

KU LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

**Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk
verwonden en hun ouders de gezinstherapie?**

Een kwalitatieve studie met behulp van de Dialogische
Feedbackschaal

Masterproef aangeboden tot het
verkrijgen van de graad van
Master of Science in de
pedagogische wetenschappen
Door

Lisa Waals

promotor: Prof. Dr. Peter Rober
copromotor: Prof. Dr. Imke Baetens

2017

KU LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

**Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk
verwonden en hun ouders de gezinstherapie?**

Een kwalitatieve studie met behulp van de Dialogische
Feedbackschaal

Masterproef aangeboden tot het
verkrijgen van de graad van
Master of Science in de
pedagogische wetenschappen
Door

Lisa Waals

promotor: Prof. Dr. Peter Rober
copromotor: Prof. Dr. Imke Baetens

2017

*"I hurt myself today
To see if I still feel
I focus on the pain
The only thing that's real"*

- Johnny Cash

Samenvatting

Lisa Waals. Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden en hun ouders de gezinstherapie? Een kwalitatieve studie met behulp van de Dialogische Feedbackschaal.

Masterproef aangeboden tot het verkrijgen van de graad van: Master in de Pedagogie

Examenperiode: juni 2017

Promotor: Prof. Dr. Peter Rober

Copromotor: Prof. Dr. Imke Baetens

Zelfverwonding is een prevalent probleem in onze maatschappij. Gezinstherapeutische interventies lijken veelbelovend voor de behandeling van zelfverwonding. Toch is bestaand onderzoek hieromtrent beperkt. Dit is het eerste onderzoek dat de ervaring van jongeren die zichzelf verwonden en hun ouders binnen de gezinstherapie onderzoekt. Het geeft een unieke kijk op hun visie, wat zowel voor de klinische praktijk als voor wetenschappelijk onderzoek een meerwaarde biedt.

Deze masterproef zoekt een antwoord op de vraag: *‘Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden en hun ouders de gezinstherapie?’* Het onderzoek start met een literatuurstudie die een overzicht geeft van wetenschappelijk onderzoek omtrent zelfverwondend gedrag (ZVG), gezinstherapie, en feedbackgericht werken.

De masterproef is een exploratieve en kwalitatieve studie. Het onderzoek gaat op zoek naar de meningen, ideeën, en beleving van de participanten over de gezinstherapie. De Dialogische Feedbackschaal (DFS) is het onderzoeksinstrument dat de studie hierbij hanteert. Het is een instrument dat gebruikt wordt om feedbackgericht te werken binnen de gezinstherapie. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat ouders en jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden de gezinstherapie ervaren als een zoektocht waarin ze geleidelijk meer openheid kunnen tonen. De participanten beschrijven die zoektocht met vallen en opstaan. De therapie biedt hierbij handvatten aan, maar legt ook verschillende (oude) wonden bloot. De moeilijke herinneringen, de redenen waarom jongeren zichzelf verwonden, en de grenzen van de jongeren worden opgespoord, benoemd, en gedeeld binnen de gezinstherapie. Daarnaast blijkt ook dat de gezinstherapie plaats maakt om meer begrip en inzicht in de situatie te verkrijgen. De participanten kunnen bezorgdheden delen en grenzen (h)erkennen. Ten slotte bespreken de participanten enkele valkuilen binnen de therapie: de emoties die jongeren (nog) niet durven tonen, de hulp die ze (nog) niet kunnen aanvaarden, en de complexe gevoelens die ze (nog) ervaren.

Het onderzoek betreft een kleine en exploratieve studie, waarbij geen vergelijkingsgroep werd gebruikt. Deze studie kon dus niet nagaan wat precies specifiek is voor jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden. Verder onderzoek is hiervoor aangewezen.

Woord van dank

Als orthopedagoog in spe heb ik vaak te horen gekregen: *'it takes a village to raise a child'*. Als onderzoeker heb ik de voorbije maanden mogen ervaren: *'it takes a whole network to write a dissertation'*. Daarom wil ik ook enkele mensen bedanken die bijzonder veel hebben betekend voor deze masterproef én voor mij.

Allereerst wil ik graag Professor Rober en Professor Baetens bedanken. Ik kreeg de voorbije twee jaar de kans om nauw met hen samen te werken. Professor Rober maakte me wegwijs in het kwalitatief onderzoek en in de bijzondere wereld van de systeemtherapie. Professor Baetens nam me op in de onderzoeksgroep rond zelfverwonding en begeleidde me naast deze masterproef ook in het schrijven van een artikel (*'Gezinstherapeutische interventies bij jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden'*; *Waes et al., in press*), het indienen van een FWO-onderzoeksvorstel, en het oefenen van mijn presentatievaardigheden bij het geven van lezingen en workshops rond zelfverwonding. Allereerst wil ik hen dan ook van harte bedanken voor de buitengewone steun die ik van hen heb gekregen. Ze geloven in mijn krachten en kwaliteiten en laten me groeien als onderzoeker, orthopedagoog, én als persoon.

Daarnaast wil ik ook de participanten en de gezinstherapeuten bedanken. Ze namen me mee in hun zeer intieme gedachten, bezorgdheden, en bedenkingen. Ik ervaar het als een eer dat ze die met mij wilden delen.

Ook wil ik graag mijn vriend, Dries, bedanken voor het nalezen, de opmaak te optimaliseren, maar vooral om er elke keer opnieuw weer te zijn voor mij. Ook mijn zus, Elly, wil ik bedanken voor haar kritisch nalezen en meedenken.

Daarenboven wil ik mijn ouders bedanken die mij de kans geven om de 'eeuwige student' te zijn.

Ten slotte wil ik ook mijn vrienden bedanken. Samen in de Agora tot in de late uurtjes werken aan deze masterproef werd een heel stuk aangenamer met jullie erbij.

Bedankt!

Toelichting aanpak en eigen inbreng

Geïnspireerd door de mogelijkheden die gezinstherapie biedt binnen de context van de orthopedagogische wetenschappen, verdiepte ik me in de literatuur hieromtrent. Op die manier kwam ik in contact met het werk van Professor Rober. Gedreven door motivatie om hierover onderzoek te verrichten, diende ik bij hem een voorstel in voor een masterproef. Hij bood me aan om in te stappen in een onderzoeksproject, waar hij samen met Professor Baetens aan werkte: een interventiestudie voor jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden. Meewerken aan dit onderzoek bracht veel opportuniteiten met zich mee. Vanaf de start van de studie werd ik nauw betrokken in het gehele proces. Ik was vrijwillig medewerker bij 'VUB foundation zelfverwonding' waar ik de info mail mee opvolgde. Mijn taak hierin bestond uit het beantwoorden van de hulpvragen van cliënten, het opvolgen van de therapeuten, en het verzorgen van de sensibilisering voor het onderzoek. Naast het opvolgen van de mails, vormde het geven van lezingen, workshops, en preventielessen ook een deel van het takenpakket. Zo kreeg ik o.a. de opportuniteit om op een congres voor huisartsen- en psychiaters het onderzoek toe te lichten. Naast die activiteiten, kreeg ik ook de kans om deel te nemen aan onderzoekseminaries m.b.t. kwalitatieve data-analyse, supervisies van de therapeuten bij te wonen, en trainingen te volgen. Ik werd zelfs uitgenodigd om mijn kwalitatieve data-analyse voor te stellen op de onderzoeksgroep van Prof. Rober, gespecialiseerd in thematische analyse. Als kers op de taart schreef ik een artikel omtrent gezinstherapeutische interventies bij jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden (zie Bijlage 1; Waals et al., in press) dat werd ingediend ter publicatie.

De taken die ik mocht opnemen waren de uitgelezen manier om voeling te krijgen met de doelgroep en de problematiek die in deze masterproef besproken wordt. De problematiek en het onderzoek boeide mij zodanig dat ik een FWO-project heb ingediend, waarin ik voorstel om onderzoek te verrichten omtrent zelfverwonding binnen de gemeenschapsinstellingen in België.

Ik ging bij de opzet van deze masterproef van start met een literatuurstudie omtrent zelfverwonding, toegespitst op gezinstherapeutische aanknopingspunten en doelstellingen. Daarnaast heb ik me verdiept in de wetenschappelijke onderbouwing van de DFS, het gebruikte instrument bij deze studie dat ontworpen werd om feedbackgericht te werken met gezinnen. De volgende stap was de verwerking en interpretatie van de data. Thematische analyse werd toegepast op de resultaten die weerhouden werden uit de DFS. Die resultaten analyseren, bundelen, en bestuderen was een boeiende opdracht omdat het veel vragen oproep; 'Wat verrast me?', 'Welke verschillen kan ik terugvinden binnen het gezin?', 'Welke resultaten komen voornamelijk naar voor?'... De antwoorden op die vragen vormden de uitgangspunten waarop ik mijn discussie baseerde en boden een nieuwe kijk op de beschikbare literatuur rond dit thema. Het schrijven van de conclusie vormde de allerlaatste stap binnen deze zeer boeiende en praktijkgerichte masterproef.

Inhoud

SAMENVATTING	I
WOORD VAN DANK	II
TOELICHTING AANPAK EN EIGEN INBRENG	III
LIJST MET TABELLEN	VII
LIJST MET FIGUREN	VIII
INLEIDING	1
1 LITERATUURSTUDIE	3
1.1 ZELFVERWONDEND GEDRAG	3
1.1.1 <i>Definiëring</i>	3
1.1.2 <i>Zelfverwondend gedrag in de DSM-5</i>	5
1.1.3 <i>Prevalentie</i>	5
1.1.4 <i>Zelfverwondend gedrag in de adolescentie</i>	7
1.1.5 <i>Comorbiditeit</i>	8
1.1.6 <i>Risicofactoren</i>	9
1.1.7 <i>Functies van zelfverwondend gedrag</i>	9
1.1.8 <i>Verklaring voor zelfverwondend gedrag vanuit theoretische modellen</i>	11
1.2 ZELFVERWONDEND GEDRAG EN GEZINSTHERAPIE	12
1.2.1 <i>Wat is gezinstherapie?</i>	12
1.2.2 <i>De dynamische relatie tussen het gezinsfunctioneren en zelfverwondend gedrag</i>	13
1.2.3 <i>Gezinstherapie bij de behandeling van zelfverwondend gedrag</i>	14
1.3 FEEDBACKGERICHT WERKEN	16
1.3.1 <i>Wat is feedbackgericht werken?</i>	16
1.3.2 <i>Feedbackgericht werken binnen de gezinstherapie</i>	18
1.4 CONCLUSIE LITERATUURSTUDIE	19
2 METHODOLOGIE	21
2.1 PARTICIPANTEN	21
2.2 PROCEDURE	22
2.3 ONDERZOEKSINSTRUMENT	23
2.4 ANALYSE	24
3 RESULTATEN	27
3.1 DE ZOEKTOCHT ALS GEZIN (1)	28
3.1.1 <i>Het doel van de zoektocht (1.1)</i>	28
3.1.2 <i>De zorgen bespreken (1.2)</i>	29

3.1.3	<i>Het (wederzijds) begrip dat mogelijk wordt (1.3)</i>	31
3.1.4	<i>Het aanvaarden van de hulp (1.4)</i>	34
3.1.5	<i>Het verkrijgen van meer inzicht in de situatie (1.5)</i>	35
3.1.6	<i>Het negatieve zelfbeeld van de jongeren (1.6)</i>	36
3.1.7	<i>De moeilijke herinneringen delen (1.7)</i>	37
3.1.8	<i>De grenzen (h)erkennen (1.8)</i>	38
3.1.9	<i>Het zelfverwondend gedrag (1.9)</i>	38
3.1.10	<i>Het gezin (1.10)</i>	40
3.2	HET THERAPEUTISCH PROCES (2)	45
3.2.1	<i>De openheid (2.1)</i>	46
3.2.2	<i>Het verloop van de sessies (2.2)</i>	49
3.2.3	<i>De evaluatie van de gezinstherapie (2.3)</i>	50
3.2.4	<i>Feedback over de gebruikte methodieken (2.4)</i>	51
3.2.5	<i>De therapeutische relatie (2.5)</i>	52
3.3	DE HINDERNISSEN BINNEN DE GEZINSTHERAPIE (3)	53
3.3.1	<i>De eigen wijze (3.1)</i>	54
3.3.2	<i>Het contact met de binnenkant (3.2)</i>	55
3.3.3	<i>De ontkenning (3.3)</i>	56
3.3.4	<i>De complexe gevoelens (3.4)</i>	57
3.4	DE KWANTITATIEVE DATA VANUIT EEN KWALITATIEF PERSPECTIEF BEKEKEN	58
3.4.1	<i>Heb je verteld wat je wou vertellen tijdens de sessie?</i>	59
3.4.2	<i>Heb je je begrepen gevoeld door de therapeut(en) tijdens de sessie?</i>	61
3.4.3	<i>Heb je je begrepen gevoeld door de andere gezinsleden tijdens de sessie?</i>	63
4	DISCUSSIE	65
4.1	DE ERVARING VAN JONGEREN DIE ZICHZELF VERWONDEN EN HUN OUDERS BINNEN DE GEZINSTHERAPIE	65
4.1.1	<i>De zoektocht als gezin</i>	65
4.1.2	<i>Het therapeutisch proces</i>	68
4.1.3	<i>De hindernissen binnen de therapie</i>	69
4.1.4	<i>De kwantitatieve data vanuit een kwalitatief perspectief bekeken</i>	70
4.1.5	<i>Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden en hun ouders de gezinstherapie?</i>	71
4.2	DE BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK	73
4.3	EEN EXPLORERENDE KWALITEITSCONTROLE	75
5	CONCLUSIE	77
	REFERENTIELIJST	79

BIJLAGEN	91
BIJLAGE 1: ARTIKEL: GEZINSTHERAPEUTISCHE INTERVENTIES BIJ JONGEREN DIE ZICHZELF OPZETTELIJK VERWONDEN	91
BIJLAGE 2: VOORSTEL VOOR CRITERIA IN DE DSM-5: NIET SUÏCIDALE ZELFBESCHADIGING.....	102
BIJLAGE 3: DIALOGISCHE FEEDBACK SCHAAL.....	104
BIJLAGE 4: INFORMED CONSENT	106
BIJLAGE 5: EXTRA ACHTERGRONDGEGEVENS VAN DE PARTICIPANTEN.....	108
BIJLAGE 6: GOEDKEURING ONDERZOEK DOOR DE SOCIAAL-MAATSCHAPPELIJKE ETHISCHE COMMISSIE VAN KU LEUVEN	109
BIJLAGE 7: WORD CLOUD.....	110
BIJLAGE 8: MINDMAP VAN DE CODES.....	111
BIJLAGE 9: CODEBOOM	112

Lijst met Tabellen

TABEL 1 <i>OVERZICHT VAN DE PARTICIPANTEN, HUN LEEFTIJD, EN GESLACHT</i>	22
--	----

Lijst met Figuren

<i>FIGUUR 1.</i> CLASSIFICATIE VAN ZELFVERWONDENDE GEDACHTEN EN GEDRAGINGEN (NOCK & FAVAZZA, 2009, p. 11).....	4
<i>FIGUUR 2.</i> STUDIES VAN DE PREVALENTIE VAN ZVG IN EEN NIET-KLINISCHE POPULATIE (PLENER ET AL., 2015, p. 8).....	6
<i>FIGUUR 3.</i> OMGAAN MET VERANDERINGEN IN DE ADOLESCENTIE (CLAES & VANDEREYCKEN, 2007, p. 26)	8
<i>FIGUUR 4.</i> THEORETISCH MODEL VOOR DE FUNCTIES VAN ZVG. GEBASEERD OP VIERFUNCTIEMODEL (NOCK, 2009,p.67).....	10
<i>FIGUUR 5.</i> DE ZOEKTOCHT ALS GEZIN SCHEMATISCH WEERGEGEVEN OVER DE TIJD	72

Inleiding

“1 op de 5 jongeren verwondt zichzelf: de epidemie die we niet willen zien” (Peuteman, 2016, par. 1).

“Ik hoef mezelf niet meer te snijden. Maar de pijn zit nog in mij” (Beel, 2016, par. 1).

“Zelfverwonding is besmettelijk” (cka, 2016, par. 1).

“Paniek om de blue whale” (Nath, 2016, par. 1).

“Richt op school ruimte in waar jongeren zichzelf kunnen verwonden” (Van Lent, 2016, par. 1).

“1 op de 5 jongeren verwondt zichzelf: Zorgwekkend dat het een hype is op internet”

(A. J., 2016, par. 1).

Het zijn enkele titels van artikels die het voorbije jaar verschenen in diverse kranten en magazines. Zoals uit de koppen van de artikels naar voor komt, vormt zelfverwondend gedrag (ZVG) een prevalent probleem in onze maatschappij en kent het toegenomen media-aandacht. Ondanks de stijgende media-aandacht blijft ZVG voor velen een groot taboe en kent het nog veel vooroordelen. Daarnaast komt in bovenstaande artikels ook de ‘besmettelijkheidsfactor’ naar voor, waarin de sociale media een grote rol kan spelen. Een voorbeeld is de *blue whale challenge*, waar jongeren met depressieve stemmingen via de sociale media worden aangespoord om zichzelf te verwonden en uiteindelijk zichzelf het leven te benemen. Het zijn extreme praktijken met zeer ernstige gevolgen.

Het is duidelijk dat preventie van ZVG, maar daarnaast ook een goede behandeling voor jongeren die zichzelf verwonden, van groot maatschappelijk belang is. Uit een grootschalig onderzoek (e.g. Tatnell, Kelada, Hasking, & Graham, 2014) komt naar voor dat de steun van ouders de belangrijkste factor is om te kunnen stoppen met zelfverwonding. Een gezinstherapeutische benadering lijkt dan ook een goede methode voor de behandeling van ZVG. Toch kennen gezinstherapeutische interventies voor ZVG nog te weinig onderzoek (voor een review, zie Bijlage 1: Waals et al., in press). Daarenboven gaat beschikbaar onderzoek uitsluitend op zoek naar de effectiviteit van die interventies voor de behandeling van ZVG. Onderzoek hanteert daarbij een eenzijdige focus op de symptoomreductie, het stoppen met ZVG. Andere mogelijks gunstige effecten van de therapie worden hierbij niet in rekening gebracht. Deze studie is het eerste onderzoek dat de ervaring van jongeren die ZVG vertonen en hun ouders binnen de gezinstherapie onderzoekt. Het onderzoek wilt de stem en mening van de cliënten weergeven om op die manier een aanvulling te bieden op reeds bestaand wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast vormt het onderzoek ook een meerwaarde voor de klinische praktijk. Gezinstherapeuten kunnen de verkregen inzichten meenemen naar de therapie. Bovenstaande zaken duiden meteen ook het nut en het belang van dit onderzoek.

De masterproef situeert zich binnen een groter onderzoek dat op zoek gaat naar effectieve behandelingen voor ZVG. De doelgroep van die studie zijn jongeren tussen de leeftijd van 12 en 21 jaar die zich de voorbije drie maanden opzettelijk hebben verwond, zonder de bedoeling zichzelf het leven te benemen. Daarnaast werden jongeren die in het verleden langer dan 30 dagen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of die momenteel een andere psychotherapeutische behandeling volgen, uitgesloten. Deze masterproef betreft daarbij ook hun ouders en gaat op zoek naar een antwoord op de volgende vraag: *'Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden en hun ouders de gezinstherapie?'*

Om die vraag te beantwoorden, gaat de masterproef van start met een literatuurstudie. Daarna licht het volgende hoofdstuk de probleemstelling en methodologie van de masterproef verder toe. Vervolgens worden de resultaten van de studie besproken, waarna een kritische bespreking van die resultaten volgt in de discussie. De conclusie die het laatste deel van deze masterproef vormt, geeft een overzicht van de bevindingen van de studie en formuleert enkele aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

1 Literatuurstudie

De literatuurstudie binnen deze masterproef heeft als doel een beknopte schets te geven over wat zelfverwondend gedrag (ZVG) inhoudt en hoe dit geplaatst kan worden binnen een systemisch kader. Het eerste deel van dit hoofdstuk gaat dieper in op de definiëring van ZVG, waarbij het enkele aandachtspunten uitdiept.

Het tweede deel van dit hoofdstuk verlegt de focus naar de behandeling van zelfverwondend gedrag binnen een gezinstherapeutisch kader. Het doel daarvan is om een duidelijk beeld te krijgen over wat gezinstherapie inhoudt en om de dynamische relaties tussen ZVG en het gezinsfunctioneren uit te klaren.

Het laatste deel van de literatuurstudie bespreekt feedbackgericht werken. Er wordt dieper ingegaan op de effectiviteit en de toepassing van die werkwijze binnen de gezinstherapie.

1.1 Zelfverwondend gedrag

Een goede definitie van het studie-onderwerp vormt de basis voor een goed onderzoek. Dit hoofdstuk zoekt dus allereerst naar een eenduidige definitie van ZVG. Om een gefundeerd beeld te krijgen van zelfverwonding volgt er een uiteenzetting over de prevalentie, comorbiditeit, risicofactoren, en functies van ZVG. Ten slotte wordt er ook stilgestaan bij de functies van zelfverwonding en wordt er een verklaring gegeven voor ZVG vanuit verschillende theoretische modellen.

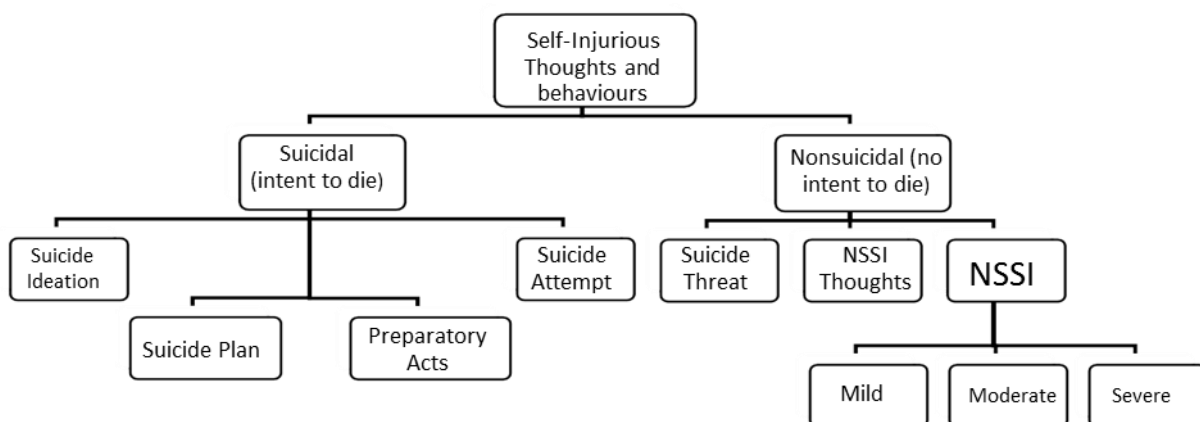
1.1.1 Definiëring

Zelfverwonding, zelfbeschadigend gedrag, en automutilatie zijn slechts enkele termen die worden gebruikt om de actie van het zichzelf opzettelijk verwonden te beschrijven. Er dient dus eerst een onderscheid gemaakt te worden tussen die termen. Zelfbeschadiging is namelijk geen synoniem van zelfverwonding. Zelfbeschadiging is veel ruimer dan zelfverwonding. Zelfbeschadiging verwijst naar zowel directe schade (vb. zelfverwonding) als indirecte schade aan zichzelf toebrengen (vb. roken) (Claes & Vandereycken, 2007). Binnen het bestek van dit onderzoek wordt uitsluitend dieper ingegaan op zelfverwonding. Er wordt geopteerd voor deze term i.p.v. automutilatie omdat die laatste uitsluitend verwijst naar extreme vormen van zelfverwonding die een verminking van het lichaam als gevolg hebben (bijvoorbeeld amputatie van ledematen).

In wetenschappelijk onderzoek bestaat er echter weinig eenduidigheid over wat ZVG precies betekent. Nochtans is een goed afgebakende definitie cruciaal om onderzoek te kunnen onderbouwen. Diverse

definities leiden immers tot verschillende resultaten. Deze masterproef sluit aan bij de definitie die Claes en Vandereycken (2007) gebruiken: “Zelfverwonding is sociaal onacceptabel gedrag waarbij een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier fysiek letsel toebrengt zonder de bedoeling te hebben zich het leven te benemen” (p. 14).

Het is belangrijk om enkele kanttekeningen bij die definitie te maken (Claes & Vandereycken, 2007). Ten eerste gaat het om gedrag waarmee een individu zichzelf opzettelijk en op directe manier fysiek letsel toebrengt: bijvoorbeeld door zichzelf opzettelijk te snijden, krassen, branden of slaan. ZVG houdt dus geen indirecte zelfbeschadiging in ten gevolge van bijvoorbeeld roken, een eetstoornis of alcoholmisbruik. Ten tweede spreekt de definitie over gedrag dat sociaal of cultureel niet aanvaard is. Dit betekent dat bijvoorbeeld tatoeages of piercings, die in de westerse cultuur worden geaccepteerd, niet beschouwd worden als ZVG. Ten derde heeft de persoon die ZVG stelt niet de bedoeling zichzelf het leven te benemen. Hierdoor wordt ZVG dus gedifferentieerd van suïcidaliteit (Nock & Favazza, 2009). Dit is een zeer belangrijk onderscheid. Om dit verschil duidelijk te maken, wordt in Figuur 1 het onderscheid tussen suïcidale en niet-suïcidale gedachten en gedragingen schematisch weergegeven. Binnen de categorie ‘suïcidale gedachten’ (*suicidal*) wordt er een verder onderscheid gemaakt tussen het vormen van ‘suïcide ideeën’ (*suicide ideation*), het ‘suïcide plan’ (*suicide plan*), ‘voorbereidende daden’ (*preparatory acts*), en de ‘effectieve poging tot zelfdoding’ (*suicide attempt*). Daarnaast wordt ook een categorie ‘zonder suïcidale gedachten’ (*non-suicidal*) onderscheiden. Binnen die categorie wordt een onderscheid gemaakt tussen ‘dreiging tot zelfdoding’ (*suicide threat*), ‘gedachten over ZVG’ (*NSSI thoughts*) en ‘ZVG’ (*NSSI*). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI), is een vaak gebruikte Engelse term voor zelfverwonding, die aansluit bij de definitie van Nock en Favazza (2009). Ten slotte wordt binnen het ZVG nog een opdeling gemaakt tussen: mild (*mild*), matig (*moderate*), en ernstig (*severe*) ZVG.



Figuur 1. Classificatie van zelfverwondende gedachten en gedragingen (Nock & Favazza, 2009, p. 11)

1.1.2 Zelfverwondend gedrag in de DSM-5

Zelfverwonding is in de Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition (DSM-5) terug te vinden in sectie III 'Aandoeningen die verder onderzoek behoeven'. ZVG wordt er beschreven als: "De betrokkene verricht de zelfbeschadigende handelingen met één of meer van de volgende verwachtingen: het verlichten van negatieve gevoelens of cognities, het oplossen van een interpersoonlijk conflict, en het opwekken van positieve gevoelens" (APA, 2014, p. 1060-1061). In Bijlage 2 kunnen de diagnostische criteria voor 'niet-suïcidale zelfbeschadiging' zoals weergegeven in de DSM-5, teruggevonden worden. Er kunnen echter enkele bemerkingen worden gemaakt bij de definiëring van ZVG door de DSM-5. De criteria die de DSM-5 voorop stelt, focussen eenzijdig op de oorzaak van het gedrag die uitsluitend bij het individu gezocht wordt zonder rekening te houden met mogelijke omgevingsfactoren (Courtney, Heather, & Song, 2016). Bovendien worden de bio-psychologische elementen van het individu niet mee in rekening gebracht, zoals: geslacht, socio-economische status, opleidingsniveau, en de ervaring van interpersoonlijk trauma (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinnazzola, & van de Kolk, 2012).

1.1.3 Prevalentie

In de literatuur worden er diverse cijfers weerhouden omtrent de prevalentie van ZVG (e.g. Jutengren, Kerr, & Stattin, 2011; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Whitlock et al., 2013). De diversiteit in prevalentiecijfers kent verschillende redenen: uiteenlopende definities van ZVG, verschillen in onderzoeksmethode, verschillende doelgroepen, de tijdsperiode waarin het onderzoek plaats vindt, het land waarin het onderzoek wordt afgenomen, enzovoort (Heath, Schaub, Holly, & Nixon, 2009; Muehlenkamp, et al., 2012). Om een gefundeerd beeld weer te geven, worden verschillende resultaten uit diverse onderzoeken besproken.

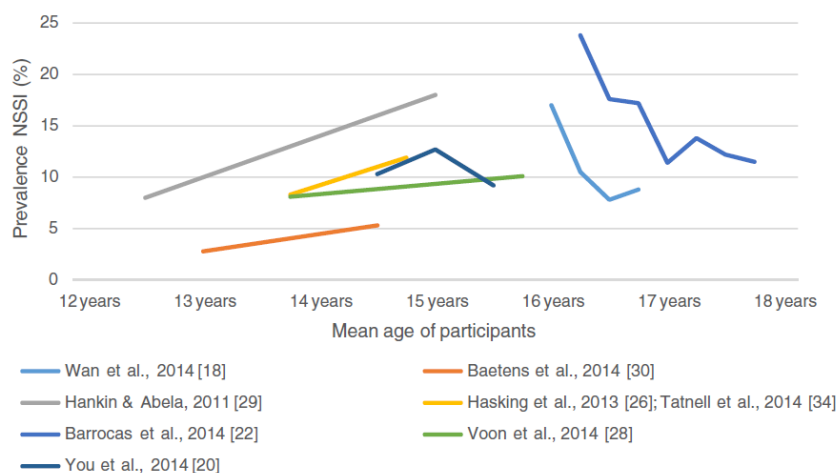
Algemeen kan worden opgemerkt dat de prevalentie van ZVG onder adolescenten tussen de leeftijd van 12 en 18 jaar oud zeer prevalent is (Jutengren, et al., 2011; Suyemoto & Macdonald, 1995; Walsh, 2007). Hier ligt mogelijk een 'contagion factor' (besmettelijkheidsfactor) aan ten grondslag (Hall & Place, 2010). Er is bijvoorbeeld sprake van een 'cutting culture' waarbij jongeren, die zichzelf opzettelijk verwonden, een set van eigen regels en normen hanteren (Hall & Place, 2010).

In een grootschalig Australisch populatieonderzoek naar ZVG bij personen tussen 10 en 90 jaar werd een life-time prevalentie vastgesteld van 8,1% (Taylor et al., 2011). De meta-studie van Muehlenkamp en collega's (2012) beschrijft een life-time prevalentie van 18% (SD = 7,3) in niet-klinische populaties binnen de leeftijdscategorie 12 tot 18 jaar. In de klinische populaties ligt dit cijfer heel wat hoger en varieert dit tussen 40 tot 80% (Lofthouse, Muehlenkamp, & Adler, 2008). Onderzoek van Nixon, Cloutier en Aggarwal

(2002) toont een prevalentie van 68% in klinische adolescentie groepen. In een ander onderzoek, binnen dezelfde populatie, vinden ze een life-time prevalentie van 50% (Glenn & Klonsky, 2013).

Er worden tegenstrijdige resultaten gevonden in antwoord op de vraag of er al dan niet een geslachtsverschil bestaat binnen de prevalentie van ZVG bij jongeren. De meeste onderzoeken geven aan dat er geen significant geslachtsverschil bestaat (e.g. Baetens, Claes, Willem, Muehlenkamp, & Bijttebier, 2011b). Dit is echter in tegenspraak met het onderzoek van Laye-Gindhu en Schonert-Reichl (2005) en Nixon, Cloutier en Jansson (2008). Zij concluderen dat ZVG vaker voor komt bij vrouwen dan bij mannen. Er kunnen wél eenduidige resultaten weerhouden worden over de geslachtsverschillen met betrekking tot de ZVG-kenmerken. Bij vrouwen wordt een jongere aanvangsleeftijd gerapporteerd, ernstigere verwondingen, en gelijklopende ZVG-episodes (periodes waarin het ZVG toeneemt en daalt; Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010). Bij mannen wordt een groter controlegevoel over hun ZVG gerapporteerd dan bij vrouwen (Andover, et al., 2010). Daarenboven kan er opgemerkt worden dat er een geslachtsverschil bestaat in de methode die gehanteerd wordt. Meisjes gaan zichzelf vaker snijden terwijl jongens zichzelf eerder gaan slaan (Nixon & Heath, 2009).

Verskillende onderzoeken geven aan dat het ZVG start tussen de leeftijd van 10 en 15 jaar (Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012; Claes, Luyckx, & Bijttebier, 2014; Heath, et al., 2009; Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013b). Een aanvangsleeftijd van 10 jaar wordt ook gerapporteerd maar lijkt eerder uitzonderlijk (Barrocas, et al., 2012; Nock & Prinstein, 2004). De meta-review van Plener, Schumacher, Munz en Groschwitz (2015) verzamelde diverse internationale cijfers omtrent de prevalentie van ZVG en concludeerde hieruit dat ZVG tijdens twee periodes het meeste voor komt. ZVG kent een piek rond de leeftijd van 14 jaar, neemt daarna terug af en stijgt vervolgens terug rond de leeftijd van 16 jaar, zoals weergegeven wordt in Figuur 2.



Figuur 2. Studies van de prevalentie van ZVG in een niet-klinische populatie (Plener et al., 2015, p. 8)

Onderzoek stelt vast dat het ZVG meestal geen éénmalige gebeurtenis is (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2012). Daarenboven rapporteert meer dan de helft van de jongeren die zichzelf verwonden (54,55%) twee of meer methoden te gebruiken. De meest gebruikte methoden om zichzelf te verwonden is door zichzelf te snijden, te krabben, en/of te slaan (Nixon et al., 2008).

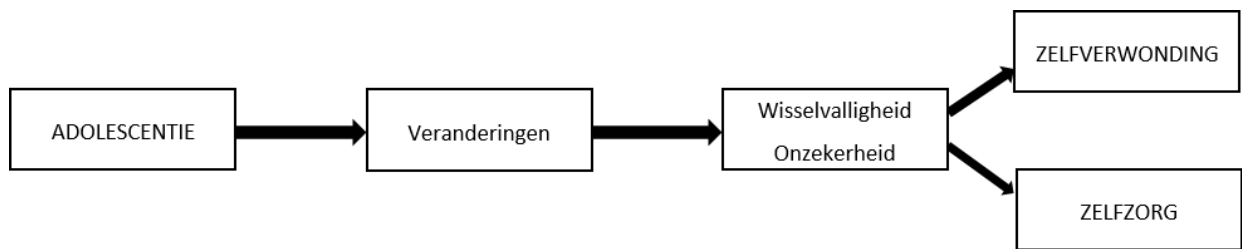
1.1.4 Zelfverwondend gedrag in de adolescentie

Zoals in de vorige paragraaf beschreven werd, vindt ZVG voornamelijk plaats gedurende de adolescentie. Onderzoek geeft aan dat 90% van de personen die zichzelf verwondt start met dit gedrag gedurende de adolescentie (Tatnell, et al., 2014). Er zijn verschillende factoren die hieraan ten grondslag liggen.

Ten eerste kunnen de ingrijpende lichamelijke, hormonale, psychische, en sociale veranderingen gepaard gaan met stress, wisselvalligheid, en onzekerheid (Claes & Vandereycken, 2007). Er kunnen gevoelens van identiteitsverwarring, twijfel, en schaamte ontstaan tijdens deze periode. Onderzoek (e.g. Claes, et al., 2014; Luyckx, Gandhi, Bijtebier, & Claes, 2015) toont aan dat ZVG negatief correleert met identiteitssynthese (adaptieve identiteitsontwikkeling) en positief correleert met identiteitsverwarring (maladaptieve identiteitsontwikkeling). Daarenboven merkt onderzoek (Breen, Lewis, & Sutherland, 2013) op dat ZVG een deel van de jongeren hun persoonlijke en sociale identiteit kan zijn. ZVG kan dus een manier zijn voor adolescenten om op zoek te gaan naar hun persoonlijke en sociale identiteit waarbij ze nog erg veel verwarring en onzekerheid ervaren.

Ten tweede zijn er ook tal van neurologische ontwikkelingen die zich afspelen tijdens de adolescentie. De hersenen van adolescenten zijn nog aan het ontwikkelen en belangrijke banen moeten nog verder gemyeliniseerd worden. Door het relatieve overwicht van de excitatoire neurotransmitter glutamaat en de immature vorm van het limbisch systeem (betrokken bij emotie, motivatie, en genot) en de prefrontale cortex (betrokken bij probleemoplossende vaardigheden en gedragsmatige inhibitie) zijn adolescenten vatbaarder voor het stellen van impulsief en risicohoudend gedrag (Arain et al., 2013).

Ten slotte speelt de omgeving tijdens deze fase ook een belangrijke rol. Enerzijds willen jongeren autonomie verwerven, zich losmaken van het ouderlijk milieu. Anderzijds zoeken ze aansluiting bij leeftijdsgenoten die zelf ook nog zoekend zijn. Sommige jongeren ervaren zodanige moeilijkheden met deze zoektocht, dat ze zich wenden tot zelfverwonding, zoals voorgesteld wordt in Figuur 3 (Claes & Vandereycken, 2007).



Figuur 3. Omgaan met veranderingen in de adolescentie (Claes & Vandereycken, 2007, p. 26)

1.1.5 Comorbiditeit

Jongeren die zichzelf verwonden worden meer geconfronteerd met zowel internaliserende als externaliserende problemen in vergelijking met leeftijdsgenoten die geen ZVG vertonen (Baetens et al., 2012). Er dient hierbij een onderscheid gemaakt te worden tussen de klinische en niet-klinische populatie. Aangezien de eerste groep niet tot het bestek van deze masterproef behoort, wordt uitsluitend de comorbiditeit binnen de niet-klinische populatie toegelicht.

Hilt, Nock, Lloyd-Richardson en Prinstein (2008) en Schade (2013) onderzochten de correlatie tussen ZVG en tal van factoren. Hun onderzoek toont aan dat ZVG vaker voor komt met onder andere: drug- en nicotinegebruik, seksueel risicogedrag, afwijkende eetgewoonten, een negatief zelf- en lichaamsbeeld, roekeloos gedrag, eenzaamheid, aandachts- en impulsiviteitsproblemen (Nixon et al., 2008; Schade, 2013), en depressieve stemmingen (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2004). Personen die zichzelf verwonden ervaren vaker gevoelens van ontevredenheid met zichzelf (Victor & Klonsky, 2013), moeilijkheden met het reguleren en identificeren van hun emoties, en verminderde toegang tot gezonde emotieregulatievaardigheden (Anderson & Crowther, 2012), in vergelijking met personen die zichzelf niet verwonden. De positieve emoties die het gevolg zijn van het ZVG, blijken nog eens een bekrachtigende rol te spelen en zo het ZVG in stand te houden (Jenkins & Schmitz, 2012).

ZVG verhoogt tevens het risico op suïcide, het kan gezien worden als een *'gateway'* voor suïcide. Personen die zichzelf verwonden hebben reeds een habituatie gecreëerd omtrent pijn, daardoor zal voor die groep de stap naar suïcide kleiner zijn (Whitlock et al., 2013). Laye-Gindhu en Schonert-Reichl (2005) en Zetterqvist en collega's (2013b) rapporteerden dat jongeren die zichzelf verwonden meer suïcidale gedachten hebben en sneller overgaan tot het maken van een suïcideplan en/of suïcidepoging, in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder ZVG. Uit onderzoek (Muehlenkamp, Williams, Gutierrez, & Claes, 2009) wordt weerhouden dat 24,15% van de jongeren die zichzelf verwonden, ooit een suïcidepoging heeft ondernomen.

1.1.6 Risicofactoren

Onderzoek stelt vast dat temperament de belangrijkste risicofactor is binnen de adolescentie. Temperament wordt door Rothbart en Bates (1998) beschreven als individuele persoonlijkheidsverschillen binnen de reactiviteit en zelfregulatie van een kind. Verschillende studies (e.g. Baetens, et al., 2011b; Hasking, et al., 2010) hebben aangetoond dat de aanwezigheid en/of ernst van ZVG positief gecorreleerd is met negatieve affectiviteit en negatief gecorreleerd is met zelfregulatie. Met andere woorden: jongeren met een negatieve affectiviteit en een gebrek aan zelfregulatie, hebben een grotere kans op het vertonen van ZVG.

Biologische factoren kunnen ook een risico vormen voor zelfverwonding. ZVG gaat gepaard met een verminderd serotonine niveau in de hersenen (Walsh, 2006) en opioïde tekortkomingen (Sher & Stanley, 2009). Bij het opzettelijk zelf verwonden komen er endorfines vrij. Die kunnen gekoppeld worden aan het gevoel dat personen met ZVG vaak verwoorden: het verlangen om 'iets' te voelen (Walsh, 2006). Een andere biologische risicofactor is een verminderde activiteit in de hersengebieden die verantwoordelijk zijn voor het executieve functioneren (Franklin, et al., 2010). Nock en Mendes (2008) observeerden dat personen die zichzelf verwonden, een hogere fysiologische reactiviteit vertonen tijdens een bedroevende taak en een verminderd vermogen ervaren om hiermee om te gaan.

1.1.7 Functies van zelfverwondend gedrag

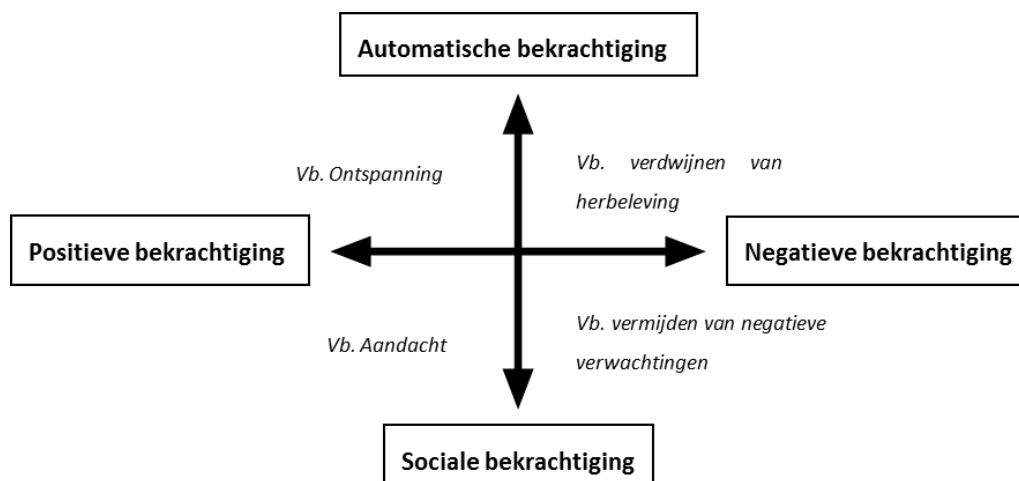
Individen die ZVG vertonen botsen snel op vooroordelen en onbegrip van anderen omwille van het gedrag dat zij stellen. Een veel voorkomende misopvatting is dat die personen dit gedrag vertonen om aandacht te krijgen en het ZVG een sociale functie aanneemt. ZVG kan inderdaad verbonden zijn met sociale functies, maar mag er niet tot verengd worden. Er zijn immers kenmerken die pleiten tegen een sociale functie: ZVG wordt voornamelijk alleen uitgevoerd (Nock, Prinstein, & Sterba, 2010) en een groot deel van de personen die zichzelf verwonden zoeken nooit een behandeling (Deliberto & Nock, 2008). Daarenboven maakt het onderzoek van Baetens en collega's (2011b) duidelijk dat slechts bij 5% van de personen die zichzelf verwonden dit gedrag een roep om aandacht is.

Een veelgebruikte theorie om ZVG te verklaren is die van Nock en Prinstein (2004; 2005). Er wordt daarbij gebruik gemaakt van een vier-functiemodel op basis van leertheoretische principes. Nock en Prinstein (2004; 2005) kennen ZVG vier functies toe, die worden voorgesteld aan de hand van twee dimensies. De eerste dimensie verwijst naar negatieve versus positieve bekrachtiging. Negatieve bekrachtiging houdt in dat een aversieve stimulus verdwijnt dankzij ZVG. Positieve bekrachtiging vindt plaats wanneer een gewenste stimulus volgt op ZVG. De tweede dimensie beschrijft de aard van de bekrachtiging. De

automatische bekrachtiging vervult daarbij een intrapersonlijke functie en de sociale bekrachtiging een interpersoonlijke functie.

Indien die twee dimensies gekruist worden, ontstaan er vier functies van ZVG die worden weergegeven in Figuur 4:

- Automatische negatieve bekrachtiging (*het ZVG wordt gesteld om negatieve emoties te verminderen*)
- Automatische positieve bekrachtiging (*het ZVG wordt gesteld om een gewenste emotionele toestand te verkrijgen*)
- Sociale negatieve bekrachtiging (*het ZVG wordt gesteld om interpersoonlijke verwachtingen te vermijden*)
- Sociale positieve bekrachtiging (*het ZVG wordt gesteld om een reactie van anderen te ontlokken*)



Figuur 4. Theoretisch model voor de functies van ZVG. Gebaseerd op vierfunctiemodel (Nock, 2009,p.67)

In het onderzoek van Nock en Prinstein (2004; 2005) werd evidentie gevonden voor alle vier de functies. Andere onderzoeken bevestigen die gegevens (e.g. Baetens, et al., 2011a; Rodav, Levy, & Hamdan, 2014; Zetterqvist, Lundh, Dahkström, & Svedin 2013a). In een niet-klinische populatie van adolescenten worden intrapersonlijke functies, met name emotieregulatie en zelfbestrafing, het meest gerapporteerd (Rodav, et al., 2014; Zetterqvist, et al. 2013a). Daarenboven vindt onderzoek ook evidentie voor de interpersoonlijke functies. Jongeren verwonden zichzelf omdat ze trachten autonomie te verwerven, de band met leeftijdsgenoten te versterken, en uitdagingen op te zoeken (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007). Onderzoek van Baetens en collega's (2011b) maakt hierbij de aanvulling dat minstens 30% zichzelf verwondt omwille van interpersoonlijke functies.

Diverse studies hebben de functies van ZVG nog verder uiteengezet (e.g. Rodav et al. 2014; Gratz, 2003; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). De resultaten van die studies geven wederom diverse redenen aan voor het gebruik van ZVG. Enkele daarvan zijn: zichzelf straffen, eenzaamheid verbergen, negatieve gevoelens t.o.v. zichzelf uiten, afleiding zoeken, en depressieve gevoelens verminderen. Gratz (2003) vond dat jongeren na een episode van ZVG minder aversieve gevoelens ervoeren en emoties die als positief werden beschouwd verhoogden. Tevens voelden ze zich na én tijdens zo'n episode erg zelfbewust (Rodham, Hawton, & Evans, 2004). Een minderheid van de bevroegden gaf aan dat ze zichzelf verwonden omdat ze problemen willen vermijden of om sensatie/aandacht te zoeken.

Opvallend in het onderzoek van Lloyd-Richardson en collega's (2007) en Zetterqvist en collega's (2013b) is dat er een geslachtsverschil bestaat binnen de functies van ZVG. Mannelijke participanten rapporteerden dat ze ZVG vertonen om te communiceren of invloed uit te oefenen op anderen. Ze vermeldden dat ze het gedrag stellen uit verveling, omwille van vermijding of omdat ze denken dat het leuk zou zijn. Enkele jongens gaven aan dat ze ZVG vertonen omdat ze bij een groep willen horen. Algemeen kan er opgemerkt worden dat jongens meer ZVG gaan stellen omwille van sociale positieve bekrachtiging (Nock & Prinstein, 2004; 2005). Meisjes rapporteerden dat ze zichzelf verwonden omdat ze zichzelf willen straffen of om de depressieve gevoelens die ze ervaren te verminderen. Bij hen is er dan sprake van automatische negatieve bekrachtiging (Nock & Prinstein, 2004; 2005).

1.1.8 Verklaring voor zelfverwondend gedrag vanuit theoretische modellen

Verschillende theoretische benaderingen verklaren de functies van ZVG (Lecloux, 2012). De volgende paragraaf belicht enkele theoretische modellen en hun visie op ZVG.

Vanuit een systemisch perspectief is ZVG een gedrag dat de omgeving beschermt tegen de woede die het individu echt ervaart (Podvoll, 1969). ZVG kan een manier zijn om een homeostase binnen de familie te bewaren (Suyemoto, 1998). Tevens kan het ZVG grenzen tussen zichzelf en anderen aantonen (Suyemoto, 1998). Daarenboven hebben contextuele, sociale, en gedragsfactoren bij adolescenten een grote invloed op ZVG (Voon, Hasking, & Martin, 2014).

Vanuit de trauma theorie wordt ZVG bekeken als een manier van de persoon om aan te tonen dat die persoon weerbaar is en fysieke pijn kan doorstaan (Deiter & Nicholls, 2000). Individuen kunnen dit gedrag gebruiken om hun gevoelens aan te geven in situaties waar het moeilijk is om die direct te uiten (Deiter & Nicholls, 2000) of als een manier om hulp te zoeken bij hun omgeving (Favazza, 2011).

Gedragsperspectieven geven aan dat het gebruik van ZVG wordt versterkt door een interne of externe beloning (Nock & Prinstein, 2005). Zoals eerder werd aangegeven, voelen individuen zichzelf na een episode erg zelfbewust en zijn aversieve gevoelens verminderd (Rodham et al., 2004).

Volgens de sociale leertheorie zijn er verschillende factoren die een rol spelen in het al dan niet overgaan tot ZVG. Enerzijds spelen de psychologische karakteristieken, verleden, en/of blootstelling aan trauma een rol. Anderzijds spelen de sociale factoren ook een grote rol in de beslissing om al dan niet ZVG te vertonen (Bandura, 1986; 1997). De sociale factoren hebben o.a. betrekking op het observeren (*modeling*) of het vernemen van anderen dat ZVG positieve gevolgen kan teweegbrengen (*vicarious reinforcement*).

Er kan geconcludeerd worden dat ZVG een zeer complex gegeven is dat door veel verschillende factoren wordt beïnvloed. Het is een maladaptieve manier om met emoties om te gaan en deze te beheersen. Het is belangrijk dat onderzoek verdere stappen onderneemt om de etiologie van dit gedrag te achterhalen.

1.2 Zelfverwondend gedrag en gezinstherapie

Zelfverwonding is, zoals eerder werd besproken, erg complex en veelzijdig en kan via diverse invalshoeken benaderd worden. Binnen dit onderzoek wordt die complexe problematiek verder bekeken vanuit een systemisch perspectief, aangezien de participanten binnen dit onderzoek uitsluitend gezinstherapie volgen. Daarom wordt in dit deel van de literatuurstudie ook eerst de gezinstherapie verder toegelicht om daarna de dynamische relatie tussen ZVG en het gezinsfunctioneren na te gaan. Ten slotte wordt ook de effectiviteit van gezinstherapie binnen de behandeling van ZVG uiteengezet.

1.2.1 Wat is gezinstherapie?

Algemeen kan gesteld worden dat de gezinstherapie een overkoepelende term is voor alle methodieken en strategieën die gebruikt worden in de begeleiding en behandeling van gezinnen met uiteenlopende psychosociale problemen (Savenije, van Lawick, & Reijmers, 2008). Het benadert de klachten van de aangemelde cliënt niet enkel vanuit zijn/haar perspectief, maar ook vanuit zijn/haar context. De context wordt in de enge zin begrepen als het kerngezin, maar kan zich ook verder uitbreiden.

Gezinstherapie activeert de betrokkenheid van de gezinsleden, verhoogt de motivatie om aan verandering te werken, en zorgt voor een betere moraal in het gezin (Brent, et al., 2013). Uit onderzoek blijkt dat gezinstherapie even effectief is als individuele therapie. Het onderzoek van Shadish en Baldwin

(2003) vult aan dat het in een aantal gevallen zelfs effectiever is. Gezinstherapie, eventueel in combinatie met een farmacologische therapie en andere therapieën, is effectief bij slaapproblemen, voedingsproblemen, attachment-problemen bij baby's (Carr, 2009), en gedragsproblemen bij kinderen en jongeren (Northey, Wells, Silverman, & Bailey, 2003).

1.2.2 De dynamische relatie tussen het gezinsfunctioneren en zelfverwondend gedrag

Vanuit cross-sectioneel onderzoek worden vaak negatieve verbanden tussen ZVG en gezinsfactoren beschreven. Zo vinden bijvoorbeeld Bureau en collega's (2010) en Andrews, Martin, Hasking en Page (2014) een negatieve correlatie tussen ZVG en warmte/betrokkenheid van de ouders. Wanneer longitudinale onderzoeken in rekenschap worden gebracht, vinden die echter geen bevestiging voor dit oorzakelijk verband. Er worden niet altijd verschillen gevonden tussen gezinnen van jongeren die zichzelf verwonden en gezinnen van niet-verwondende jongeren op vlak van opvoeding (Baetens et al., 2014) of gezinsfunctioneren (Baetens, 2013). Uit de meta-review van Arbuthnott & Lewis (2015) kunnen volgende risicofactoren bij gezinnen waar jongeren zichzelf verwonden, weerhouden worden: vervreemding van ouders (Tatnell et al., 2014), ernstige straffen (Jutengren et al., 2011), het ontbreken van steun (Baetens et al., 2015), ernstige ziekte bij een van de ouders (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005), misbruik (Duke, Pettingell, McMorris, & Borwosky, 2010), echtscheiding (Warzocha, Pawelczyk, Gmitrowicz, 2010), financiële moeilijkheden (Zetterqvist et al., 2013a), trauma in de kindertijd, en seksueel trauma (Warzocha, et al., 2010). Er lijkt een dynamische relatie te bestaan tussen de jongere die ZVG vertoont en het disfunctionele familiegebeuren (Simeon & Favazza, 2001). Het kind dat zichzelf verwondt voegt nog meer stress toe aan een al kwetsbaar systeem (Byrne et al, 2008).

De resultaten uit longitudinaal onderzoek geven aan dat ZVG een grote impact heeft op het gezinsfunctioneren (Baetens et al., 2015b). De studie van Baetens en collega's (2015b) toont dat ouders in hun opvoeden minder steun, meer regels, en meer gedragscontrole gaan hanteren nadat zij het ZVG bij hun zoon of dochter ontdekten. Ouders worden erg achterdochtig, wat zich soms uit in het schenden van de privacy van hun kind (Byrne et al., 2008). Ouders hanteren een waakzamere opvoedingsstijl omdat ze willen vermijden dat hun kind ZVG zal vertonen (McDonald, O'Brien, & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008). Tevens rapporteerden de moeders in het kwalitatieve onderzoek van McDonald en collega's (2007) gevoelens van eenzaamheid. Ze gaven aan dat ze niet met anderen over het ZVG durven te praten uit angst om veroordeeld te worden. De moeders rapporteerden dat ze zich vaak schuldig voelen en schamen. Ze gaven aan dat ze geconfronteerd werden met emotionele dilemma's zoals de mate waarin ze zelf verantwoordelijk zijn voor het ZVG van hun kind. Ook voelden ze zich erg onzeker en ervoeren ze moeilijkheden om het ZVG te begrijpen. In een ander

onderzoek (Raphael, Clarke, & Kumar, 2006) rapporteerden ouders dat het ZVG van hun kind erg traumatisch is voor hen. Het leidde tot gevoelens van hulpeloosheid en ernstige zorgen over hun kind. Ook in het onderzoek van McDonald en collega's (2007) en Byrne en collega's (2008), rapporteerden ouders dezelfde gevoelens. Een gebrek aan kennis en begrip over het ZVG werden als pijnpunten aangehaald.

Het ZVG heeft een invloed op het hele gezin: andere familieleden krijgen minder aandacht, gezinsdynamieken worden ontwricht, en het gezinsfunctioneren wordt bemoeilijkt (Byrne et al., 2008). Het ZVG wordt de focus van de familie en zo krijgt het kind dat zichzelf verwondt, een centrale positie binnen de familie (McDonald et al., 2007).

Ondanks al deze moeilijkheden benadrukten de moeders in het onderzoek van McDonald en collega's (2007) ook de liefde en steun die ze aan hun kinderen willen geven. Ouders erkennen dat communicatie erg belangrijk is. Ze willen hun kind helpen om zijn/haar emoties op een gezonde manier te uiten en bij het ontwikkelen van aangepaste copingvaardigheden (Byrne et al., 2008). Ouders ervaren nood aan steun en geven aan dat die steun hen zou helpen om met de impact van het ZVG om te gaan (Byrne et al., 2008; Arbuthnott & Lewis, 2015).

1.2.3 Gezinstherapie bij de behandeling van zelfverwondend gedrag

Er bestaat tot op heden weinig onderzoek naar de effectiviteit van gezinstherapeutische behandelingen voor ZVG. In het artikel van Waals, et al. (in press) wordt dieper ingegaan op die interventies. Dit artikel kan teruggevonden worden in Bijlage 1.

Bestaande overzichtsartikelen (e.g. Nock, Teper, & Hollander, 2007; Turner, Austin, & Chapman, 2014) verwijzen naar de gedragstherapie als evidence-based interventie voor de behandeling van psychopathologische stoornissen, waaronder ZVG. Andere vormen van therapie die bij zelfverwondingsproblemen worden gebruikt zijn groepstherapieën, mindfulness trainingen, dialectische gedragstherapieën, en behandeling met psychofarmaca (Halstead, Pavkov, Hecker, & Seliner, 2014). Bij de meeste van die therapieën ligt de focus op het behandelen van de symptomen. Dit kan nefaste gevolgen hebben voor de therapeutische relatie, aangezien de cliënt het gevoel kan krijgen dat er niet naar hem geluisterd wordt (Murray, 1998). Een symptomatische behandeling van ZVG zou er bovendien ook vaak toe leiden dat er sprake is van symptoomshifting, waarbij ZVG ingeruild wordt voor ander problematisch gedrag zoals suïcidaal gedrag of eetstoornissen (Courtney et al., 2016). Vanuit die

bevindingen kan geadviseerd worden dat een eenzijdige symptomatische aanpak onvoldoende lijkt om ZVG op lange termijn te behandelen.

In het onderzoek van Schade (2013) wordt gezinstherapie voorgesteld als een goede behandeling voor ZVG omwille van verschillende redenen.

Allereerst toont gezinstherapie een grote effectiviteit bij een variëteit aan stoornissen (Kaslow, Broth, Smith, & Collins, 2012). Gezinstherapie is een beproefde manier om toegang te krijgen tot de primaire emoties van het kind (bijvoorbeeld deze waarmee de jongere omgaat door ZVG te vertonen). Daarenboven werd gezinstherapie reeds met succes gebruikt in de behandeling van depressie en suïcidaliteit (Johnson, 2004).

Ten tweede wijst onderzoek uit dat adolescenten, die ZVG vertonen, sneller hulp zoeken bij vrienden dan bij familieleden (Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008; Rossow & Wichtstrøm, 2010). Hulp van familieleden wordt meer na het ZVG gezocht dan ervoor. Verschillende onderzoeken tonen echter aan dat dit mechanisme niet bevorderlijk is voor het ZVG. Steun vanuit het gezin is zowel een significante voorspeller om te stoppen met het ZVG als een beschermende factor tegen het beginnen met ZVG (Rotolone & Martin, 2012; Tatnell et al., 2014; Rissanen, Kylma, & Laukkanen, 2009). Ouders kunnen een essentiële rol opnemen in de behandeling van hun kind met ZVG (Rissanen, et al., 2009; Fadum, et al., 2013; Clarke et al., 2004). Ze kunnen een motiverende factor zijn bij het zoeken naar professionele hulp en hen helpen om deze hulp ook te aanvaarden.

Ten derde kan de systemische aanpak een dysfunctie binnen de familie bloot leggen die door de zelfverwonding verborgen wordt (Messer & Fremouw, 2008; Suyemoto & Macdonald, 1995). De gezinstherapeut is dan ook goed gepositioneerd om de dysfunctie binnen de familie op te merken en te bespreken binnen de gezinstherapie. Het bespreken ervan wordt vervolgens een deel van de behandeling voor het ZVG.

Ten vierde toont onderzoek (e.g. Claes, De Raedt, Van de Walle, & Bosmans, 2016; Hilt et al., 2008; Bureau et al., 2010) aan dat er een associatie is tussen ZVG en onveilige gehechtheid. Het onderzoek van Claes en collega's (2016) vult daarbij aan dat jongeren met ZVG die minder vertrouwen in hun moeder tonen, minder communiceren met haar. Dit is op zijn beurt gekoppeld aan het vertonen van meer zelfverwondend gedrag. De eerste stap binnen de gezinstherapie is dan om de communicatie tussen de ouder en het kind te herstellen. Attachment Based Family Therapy kan hierbij aangewezen zijn, aangezien deze benadering vertrekt vanuit dit standpunt (Diamond et al., 2010).

Ten slotte legt gezinstherapie de focus op het verhogen van de opvoedingsverantwoordelijkheid en het bevestigen van nieuwe interacties tussen kinderen en hun ouders. Hierdoor kan een stabiele relatie geïnstalleerd en gegarandeerd worden. Vanuit deze geborgen zekerheid is exploratie en autonomie mogelijk (Johnson, 2004). Beide zijn essentiële bouwstenen voor een gezonde ontwikkeling. Ook het concept van *'social sharing'* staat centraal binnen de gezinstherapie. Het delen van emoties met anderen is een cruciaal element in het ontwikkelen en onderhouden van een adequate emotieregulatie. *'Social sharing'* kan een vermindering van ZVG als gevolg hebben. De jongere leert op een gezonde manier met zijn emoties om te gaan. Uit onderzoek blijkt immers dat jongeren hun problemen gemakkelijker met vrienden zullen delen (Fortune, et al., 2008; Rossow & Wichtstrøm, 2010), maar dat ze het liefst hun emoties delen met hun ouders (Rimé, 2009).

De gezinstherapie moet gericht zijn op het bieden van inzicht in het ZVG, zowel voor het kind als de ouders (Hughes, Allan, & Le Grange, 2014). Ouders de juiste informatie geven over het ZVG, hun ouderlijke vaardigheden trainen, en hen voldoende sociale steun bieden zijn essentiële bouwstenen opdat ouders terug de kracht en moed vinden om hun kind op een adequate manier te ondersteunen.

1.3 Feedbackgericht werken

Het onderzoek van deze masterproef maakt gebruik van de Dialogische Feedbackschaal (DFS). Het is een instrument dat ontwikkeld is om feedbackgericht te werken binnen de gezinstherapie. De DFS is terug te vinden in Bijlage 3.

Het laatste deel van deze literatuurstudie legt uit wat feedbackgericht werken precies inhoudt. De werkwijze, de effectiviteit, en enkele voordelen van feedbackgericht werken worden toegelicht. Ten slotte wordt feedbackgericht werken binnen de gezinstherapie verder uitgeklaard.

1.3.1 Wat is feedbackgericht werken?

Feedbackgericht werken is een manier om de ervaringen van de cliënt in de therapie na te gaan. Het is een directe manier om de therapie rechtstreeks te ondersteunen vanuit de resultaten van de feedbackinstrumenten (Stinckens, Smits, Rober, & Claes, 2012). Na elke sessie wordt een feedbackvragenlijst afgenomen waarop de cliënt zijn visie over de therapie kan meegeven. Diverse onderwerpen kunnen daarbij aan bod komen: het nut of de werkzaamheid van de therapie, de gevoelens die de cliënt ervaart bij de therapie, de aanpak van de therapeut ... (Rober & Van Tricht, 2015).

Er bestaat reeds veel onderzoek (e.g. Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2005) dat de effectiviteit van feedbackgericht werken aantoont. Feedbackinstrumenten kunnen de therapeut helpen om de therapeutische relatie te optimaliseren (Rober & Van Tricht, 2015). Uit onderzoek komt naar voor dat feedbackgericht werken zorgt voor betere outcome, minder drop-out (Lambert, 2010; Miller, Duncan, Sorrell, & Brown, 2005), en een betere dosis-effectverhouding van de therapie. Goedlopende therapieën blijven langer bestaan met betere resultaten (Lambert, et al., 2005). Dit laatste zou vooral te wijten zijn aan het sneller detecteren van problemen in de therapeutische alliantie.

Uit onderzoek van Gray en Lambert (2001) en Lambert en collega's (2002) kwam naar voor dat veel therapeuten niet in staat waren om in te schatten hoe cliënten zich voelen bij de therapie. Ze kunnen meestal wel goed inschatten wanneer een therapie goed loopt, maar wanneer de therapie minder vlot verloopt en cliënten afhaken hadden ze dit vaak niet verwacht (Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2004). Indien therapeuten feedback krijgen over de ervaring van hun cliënten boeken ze beduidend betere therapieresultaten (Sapyta, Riemer, & Bickman, 2005). Een ander voordeel van feedbackgericht werken is dat het een aanleiding is tot zelfreflectie bij de therapeut. Zo kunnen de nieuwe inzichten die verkregen zijn, op hun beurt weer toegepast worden in de volgende sessies (Baert, 2011).

De effectiviteit van feedbackgericht werken is vooral bewezen bij therapieën waarbij de relatie tussen de therapeut en de cliënt minder vlot loopt (Baert, 2011). De impact op de outcome is het hoogst als de therapeut en de cliënt de feedback gebruiken om zich op elkaar af te stemmen. Daarnaast is het ook belangrijk dat de hulpverlener gemotiveerd is om feedbackgericht te werken en open staat voor de inbreng van de cliënt.

Bij de cliënten kan er aarzeling ontstaan wanneer gevraagd wordt om feedbackvragenlijsten in te vullen. Het is daarom ook belangrijk om samen met de cliënt het nut van deze werkwijze te bespreken. De meeste cliënten ervaren feedbackgericht werken als een meerwaarde binnen de therapie. Er zijn echter ook cliënten die dit als een overbodige belasting beschouwen (Rober & Van Tricht, 2015).

Stinckens en collega's (2012) vatten het bovenstaande samen door aan te geven dat feedbackgericht werken een goede methode is om zowel de effectiviteit als de efficiëntie van psychotherapie te vergroten. Een voorwaarde is wel dat de therapeut en de cliënt het nut van de werkwijze begrijpen en open staan voor feedback.

1.3.2 Feedbackgericht werken binnen de gezinstherapie

Er is slechts weinig onderzoek uitgevoerd waarbij feedbackgericht werken wordt toegepast binnen de gezinstherapie. Dit is een jammere zaak, want ook binnen dit werkgebied kan deze manier van werken een meerwaarde bieden. Feedbackgericht werken activeert allerlei processen tussen de gezinsleden onderling en tussen de gezinsleden en de therapeut. Feedbackgericht werken kan de gezinsdynamieken bloot leggen (Minuchin & Fishmann, 1981) en voor een samenwerkingsverband tussen alle partijen zorgen. Tevens kan het gebruikt worden als aanzet tot gesprek tussen de gezinsleden onderling of tussen de gezinsleden en de therapeut. De feedbackinstrumenten kunnen daarbij gebruikt worden als *'conversational tools'* die de dialoog tussen de therapeut en het cliëntsysteem op gang brengen, in stand houden, en verrijken (Rober & Van Tricht, 2012).

Omdat de gezinsleden tussen de sessies door vragenlijsten invullen, ontstaan er ook processen binnen de gezinstherapie. Op die manier worden de gezinsleden verplicht om op een systematische manier aan zelfreflectie te doen. Er wordt zo ruimte gemaakt om na te denken over de therapie, de eigen verhouding ten aanzien van de therapie, het gezinsfunctioneren, en/of de relatie met de therapeut (Rober & Van Tricht, 2012). Onderliggende processen kunnen op die manier uiteengezet worden. Doordat de therapeut bij het begin van elke sessie de vragenlijsten terug opneemt, ontstaat er vervolgens ook een tweede moment van reflectie en communicatie.

Naast het feedbackgericht werken, hebben deze vragenlijsten ook nog andere voordelen. Deze instrumenten worden vaak gebruikt om bepaalde onderwerpen aan te snijden die gezinsleden niet rechtstreeks tijdens de therapie durven in te brengen. Doordat ze weten dat de andere gezinsleden datgene wat ze opschrijven te horen krijgen, kan dit drempelverlagend werken om moeilijke onderwerpen aan te kaarten. Een bijkomend element bij de gezinstherapie, in tegenstelling tot de individuele therapie, is dat de feedbackinstrumenten niet in de eerste plaats gericht zijn naar de therapeut maar eerder naar elkaar. Dit is een element waar de therapeut aandachtig voor moet zijn en rekening mee dient te houden (Rober & Van Tricht, 2015).

1.4 Conclusie literatuurstudie

De literatuurstudie is van start gegaan met het geven van een eenduidige definitie voor ZVG. Daarnaast werden de prevalentie, comorbiditeit, risicofactoren, en functies van ZVG besproken. Er kwam naar voor dat ZVG een complexe en veelzijdige problematiek is die vanuit verschillende benaderingen bekeken kan worden.

Dit onderzoek bekijkt ZVG vanuit een systeemtheoretische benadering. De literatuurstudie toonde aan dat zowel de jongeren als hun directe omgeving een belangrijke ondersteuning kunnen vinden bij een goed uitgewerkte gezinstherapie. Het is dan ook logisch om, vanuit deze bevinding, op zoek te gaan naar de meerwaarde van een gezinstherapie. Feedbackgericht werken kan in deze context helpen omdat er op een systematische wijze vragen worden gesteld en informatie wordt toegevoegd.

De voorbije jaren zijn er tal van nieuwe (gezinstherapeutische) benaderingen naar voor gekomen die mogelijks helpen bij de behandeling van ZVG. Het meeste onderzoek focust hierbij eenzijdig op de effectiviteit van die interventies. Deze masterproef wil echter de beleving en de ervaring van de cliënten weergeven. Dit vormt zowel voor het wetenschappelijk onderzoeksveld, als voor de klinische praktijk een meerwaarde. Het is het eerste onderzoek dat de ervaring van jongeren die zichzelf verwonden en hun ouders binnen de gezinstherapie onderzoekt. Hierdoor kunnen de resultaten van deze masterproef niet vergeleken worden met voorgaand onderzoek. Het gebrek aan (kwalitatief) onderzoek duidt echter wel meteen het nut en het belang van dit onderzoek.

Binnen het bestek van deze masterproef wordt met behulp van de Dialogische Feedbackschaal een antwoord gezocht op de volgende vraag:

‘Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden en hun ouders de gezinstherapie?’

Het antwoord op die vraag wordt gezocht door middel van een kwalitatief onderzoek. Die benaderingswijze is aangewezen om het onderzoeksveld te exploreren en te verkennen (Boeijs, 2009). Aangezien dit een eerste exploratief onderzoek is naar die onderzoeksvraag worden geen onderzoekshypothesen vooraf gespecificeerd.

2 Methodologie

Het volgende hoofdstuk belicht het onderzoeksdesign van deze masterproef. Het kadert eerst de participanten binnen dit onderzoek. Vervolgens gaat het hoofdstuk dieper in op de gevolgde procedure. Daarna worden de vragen van de Dialogische Feedbackschaal, het gebruikte onderzoeksinstrument, bestudeerd. Ten slotte wordt de analyse van deze studie toegelicht.

2.1 Participanten

De participanten werden geselecteerd uit een breed publiek dat bereikt werd m.b.v. media- en sensibiliseringscampagnes. Aangezien er hierbij geen sprake is van toeval, werd er dus gebruik gemaakt van een selecte steekproef. De inclusiecriteria voor het onderzoek waren: jongeren moesten tussen de 12 en 21 jaar oud zijn en zich de laatste drie maanden opzettelijk hebben verwond. Exclusiecriteria waren: jongeren die in het verleden langer dan 30 dagen waren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of die momenteel een andere psychotherapeutische behandeling volgden. Daarenboven moesten de ouders van de participanten een *informed consent* ondertekenen, waarin ze hun akkoord gaven voor deelname aan het onderzoek. Dit formulier is terug te vinden in Bijlage 4.

In totaal werden er 31 jongeren, samen met hun ouders, betrokken bij het onderzoek. Slechts negentien daarvan vulden de Dialogische Feedbackschaal (DFS) in. Het onderzoek telt achttien meisjes en één jongen. De leeftijd is niet gekend van alle participanten, maar de jongste participant met gekende leeftijd is 14 jaar en de oudste is 21 jaar oud. In Tabel 1 kan een overzicht gevonden worden van de participanten, hun leeftijd, en geslacht. In Bijlage 5 kunnen extra achtergrondgegevens van de participanten teruggevonden worden. De jongeren en ouders krijgen pseudoniemen om de privacy van de participanten te garanderen.

Tabel 1

Overzicht van de Participanten, hun Leeftijd, en Geslacht

	Leeftijd	Geslacht
Margot	17 jaar	Vrouw
Melanie	Leeftijd niet gekend	Vrouw
Ina	17 jaar	Vrouw
Laetitia	15 jaar	Vrouw
Jonas	16 jaar	Man
Marthe	16 jaar	Vrouw
Louise	14 jaar	Vrouw
Yasmien	Leeftijd niet gekend	Vrouw
Evelien	21 jaar	Vrouw
Elke	Leeftijd niet gekend	Vrouw
Karolien	Leeftijd niet gekend	Vrouw
Emma	20 jaar	Vrouw
Jessica	18 jaar	Vrouw
Lore	14 jaar	Vrouw
Anke	Leeftijd niet gekend	Vrouw
Lara	17 jaar	Vrouw
Femke	Leeftijd niet gekend	Vrouw
Valerie	15 jaar	Vrouw
Elien	Leeftijd niet gekend	Vrouw

2.2 Procedure

Deze masterproef maakt deel uit van een grootschalige studie die op zoek gaat naar de effectiviteit van de behandeling voor opzettelijk zelfverwondend gedrag tijdens de adolescentie. Het onderzoeksprotocol werd voorgelegd en goedgekeurd door de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven, zie Bijlage 6.

Binnen het grootschalige onderzoek werd gespecialiseerde psychotherapie opgestart bij jongeren en jongvolwassenen die zichzelf de voorbij drie maanden opzettelijk hebben verwond. Er werden minimaal acht sessies bij een gespecialiseerde therapeut gevolgd. Na elke sessie vulden de jongeren en hun ouders enkele vragenlijsten online in. Eén van die vragenlijsten is de DFS.

De data voor deze masterproef werd verzameld binnen het grootschalige onderzoek. Alle gegevens van de participanten werden geanonimiseerd en de data werd vervolgens toevertrouwd aan de onderzoeker. Vervolgens ging de onderzoeker aan de slag met de data. Er werd door middel van een kwalitatief onderzoek, op zoek gegaan naar een antwoord op de volgende vraag:

‘Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden en hun ouders de gezinstherapie?’

De mogelijkheden van een dergelijke kwalitatieve onderzoeksstrategie werden reeds door verschillende auteurs beschreven (e.g. Hill, Thompson, & Nutt Williams, 1997; Braun & Clarke, 2006; Maso & Smaling, 1998). Deze onderzoeksmethode maakt het mogelijk om op een unieke wijze gecompliceerde fenomenen te onderzoeken (Hill, et al., 1997). De nadruk binnen het kwalitatief onderzoek ligt immers op het inzichtelijk maken van die fenomenen door middel van het exploreren van de ideeën, meningen, en visies van de participanten (Braun & Clarke, 2006). Het geeft een levendige en unieke beschrijving van het bestudeerde fenomeen (Eisner, 1991; Miles & Huberman, 1994; Polkinghorne, 1994). Binnen kwalitatief onderzoek wordt gestreefd om zo dicht mogelijk bij de gewone, sociale, en persoonlijke werkelijkheid te blijven (Maso & Smaling, 1998). Het kwalitatief onderzoek focust zich op de wereld zoals de participanten die benoemen, beleven, en vormgeven (Maso & Smaling, 1990). Daarnaast maakt kwalitatief onderzoek het ook mogelijk om zowel de data van één participant, als die van alle participanten samen, toe te lichten (Hill, et al., 1997). Daarenboven is kwalitatief onderzoek zich ook bewust van de rol die de onderzoeker speelt in het proces (Elliott, Fisher, & Rennie, 1999). De onderzoeker wordt als het ware het instrument voor het onderzoek (Mortelmans, 2013). De achtergrondkennis over ZVG, de ervaring van de onderzoeker met jongeren die zichzelf verwonden, en de aanwezigheid van de onderzoeker bij de supervisies van de gezinstherapeuten, hebben een invloed op het perspectief dat de onderzoeker hanteert.

2.3 Onderzoeksinstrument

De data werd verzameld door middel van de DFS die weergegeven wordt in Bijlage 3. Het is een werkinstrument dat gezinstherapeuten gebruiken om feedbackgericht te werken. Daarenboven is het een hulpmiddel voor de gezinsleden om op een dialogische wijze over de sessie te reflecteren.

De eerste vraag van de DFS peilt naar de mate waarin de gezinsleden konden vertellen wat ze wilden vertellen. Het is belangrijk dat de gezinstherapeut bij die vraag voldoende respect toont voor datgene wat (nog) niet gezegd kan worden (Rober & Van Tricht, 2015). De tweede vraag gaat na of de cliënt zich begrepen voelt door de therapeut. Bij de toelichting wordt er vervolgens nog een onderscheid gemaakt tussen datgene waarin hij zich wél en niet begrepen voelde. De derde vraag lijkt sterk op de tweede

vraag, met het verschil dat die nu gericht is naar de andere gezinsleden. Wederom wordt hier een onderscheid gemaakt tussen datgene waarin de cliënt zich wél en niet begrepen voelde. De vierde en vijfde vraag toetsen naar wat de cliënt het meest heeft verrast en geraakt tijdens de sessie. Bij de vierde vraag krijgt de therapeut vaak zicht op hoopvolle perspectieven en mogelijkheden tot verbetering. Bij de vijfde vraag komen de gevoelens en belevingen van de cliënten naar boven. Vaak uiten de cliënten bij die vraag hun appreciatie of erkenning voor een ander gezinslid (Rober & Van Tricht, 2015).

De afname van de DFS gebeurt thuis: de participanten vullen de vragenlijst na elke sessie thuis online in. Indien de therapeut feedbackgericht aan de slag wilt gaan met dit instrument dient hij/zij, bij het begin van elke sessie, de vragenlijsten met het gezin te bespreken (Rober & Van Tricht, 2015).

2.4 Analyse

Het analyseren en interpreteren van de data gebeurde aan de hand van een thematische analyse volgens de methode van Braun & Clarke (2006). Bij die methode moest de onderzoeker zes fasen doorlopen.

In een eerste fase was het voornaamste doel om vertrouwd te worden met de data (Braun & Clarke, 2006). Dit gebeurde door de data meermaals te lezen, naar patronen te zoeken, en bijzonderheden te noteren. Daarnaast werd een onderzoeksdagboek bijgehouden waarin de verschillende ideeën, bijzonderheden, en suggesties omtrent de data werden genoteerd.

In een tweede fase werden initiële codes toegekend aan de data (Braun & Clarke, 2006). Een woordenwolk, zoals weergegeven in Bijlage 7, hielp de onderzoeker bij de codering. Hierin werden de woorden die het meest gebruikt werden groter afgebeeld dan andere woorden. De onderzoeker bleef in deze fase zo dicht mogelijk bij de woordkeuze van de participant en er werd regelmatig gebruik gemaakt van in-vivo codering: een code die gebruik maakt van de letterlijke bewoording van de respondent. Bij het coderen werd er zowel op een inductieve als een deductieve wijze te werk gegaan. De inductieve werkwijze vertrok vanuit de data en ontwikkelde gedetailleerde codes. Er werd daarbij gebruik gemaakt van lijn-tot-lijn coderingen (Howitt, 2016). Na het coderen van de eerste vragenlijst kwam de deductieve werkwijze aan bod door verschillende codes te groeperen tot een thema. Vervolgens werd een volgende vragenlijst op een inductieve wijze gecodeerd en werd de groepering van de codes nadien opnieuw op deductieve wijze benaderd. Dit proces werd doorlopen totdat er een theoretische saturatie werd bereikt: nieuwe data voegde geen relevante nieuwe informatie meer toe voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (Mason, 2010). Als resultaat van dit proces werd een lijst van thema's en bijhorende subthema's bekomen die binnen een hiërarchische structuur konden

worden voorgesteld. De nauwkeurigheid van dit onderzoek werd vergroot doordat, voor de thematische analyse, gebruik werd gemaakt van het software programma 'Nvivo Pro 11' (Mortelmans, 2013).

In een derde fase ging de onderzoeker op zoek naar thema's binnen de data (Braun & Clarke, 2006). De focus werd verlegd naar een analyse op een breder niveau, over de verschillende codes heen. Alle verwante codes, over de verschillende vragenlijsten heen, werden verzameld en in een hiërarchische structuur geplaatst. De betekenis en context van bepaalde codes werd steeds geverifieerd in de originele ingevulde DFS vragenlijsten. Om dit proces vlot te doorlopen werd een mindmap opgesteld als leidraad. Deze is in Bijlage 8 terug te vinden.

In een vierde fase herbekeek en evalueerde de onderzoeker de thema's, die in de vorige fase opgesteld werden (Braun & Clarke, 2006). De coherentie, consistente, en betekenis van de codes binnen de verschillende thema's werden bestudeerd. Sommige thema's, die niet aan de opgestelde criteria voldeden, werden verwijderd of aangepast. Daarnaast werden er nieuwe thema's gevormd.

In een vijfde fase definieerde en benoemde de onderzoeker de thema's (Braun & Clarke, 2006). De onderzoeker maakte van elk thema een gedetailleerde analyse. Daarenboven werd de betekenis van elk thema ook neergeschreven in het onderzoeksdagboek. Er werd daarbij extra aandacht besteed aan hoe de verschillende thema's een antwoord bieden op de onderzoeksvraag. Ten slotte werd ook de onderlinge verhouding van de thema's t.o.v. elkaar bestudeerd. Om de betrouwbaarheid en kwaliteit van de codering te verzekeren werd de data-analyse voorgelegd aan verschillende auditors (Elliott, et al., 1999). De codes binnen dit onderzoek werden voorgesteld binnen de onderzoeksgroep van de unit Context UPC KU Leuven. De onderzoeker gaf een gedetailleerd overzicht van de (sub)thema's die zij had opgesteld en vervolgens werd de werkwijze en het tot stand komen van de codering verder uiteengezet. De onderzoeksgroep ging daarbij na of de codes een antwoord konden bieden op de onderzoeksvraag. Specifiek werd ook de consistentie en coherentie nagegaan. De feedback die de onderzoeker kreeg werd vervolgens verwerkt en de onderzoeker stelde een nieuw codesysteem op. Dit codesysteem werd met de promotoren overlopen. Hun suggesties en opmerkingen werden opgenomen in een nieuw rapport dat vervolgens opnieuw naar de promotoren werd gestuurd zodat hun finale goedkeuring bekomen kon worden.

Een laatste stap was het schrijven van het rapport waarin de fasen van het onderzoek verder werden toegelicht en de onderzoeksbevindingen werden weergegeven (Braun & Clarke, 2006; Howitt, 2016). Daarnaast werden de resultaten ook voorgelegd aan de gezinstherapeuten. Hun mening, visie, en bedenkingen werden vervolgens ook mee opgenomen in het onderzoek.

3 Resultaten

In totaal wezen we 195 codes toe aan de data. Die codes groepeerden we vervolgens in een hiërarchische structuur met de drie onderstaande hoofdthema's, die we in de volgende paragrafen uitgebreider bespreken. Binnen deze hoofdthema's werden verschillende subthema's gedefinieerd. Bij de toelichting van de (sub)thema's wordt steeds verwezen naar de positionering van de code in de codeboom die in Bijlage 9 terug te vinden is¹.

1. De zoektocht als gezin.

De participanten geven in de DFS aan dat ouder zijn van een kind dat zichzelf verwondt heel wat teweegbrengt. Dit geven ze vaak aan in hun taalgebruik, bijvoorbeeld in de beelden die ze gebruiken. De weg die de ouders en de jongeren samen afleggen wordt door één ouder beschreven als een zoektocht.

2. Het therapeutisch proces.

Uit een analyse van de DFS merken we op dat de participanten tijdens het therapeutisch proces een groeiende openheid jegens zichzelf en de anderen tonen. In de DFS geven de respondenten hun visie omtrent dit therapeutisch proces. Ouders en jongeren geven aan wat er goed loopt, maar benoemen ook de pijnpunten.

3. De hindernissen binnen de therapie.

De gezinstherapie kent tal van kansen en mogelijkheden, maar eveneens verschillende hindernissen en valkuilen. Ze hebben een nefast effect op de beoogde openheid die noodzakelijk is om tot een goed proces te komen.

In een vierde paragraaf bespreken we de kwantitatieve data van de DFS. Het doel is niet om die data statistisch te analyseren, gezien de DFS niet gevalideerd, noch genormeerd is. Binnen het onderzoek willen we de kwantitatieve data gebruiken om te begrijpen wat het betekent indien jongeren en ouders lage en hoge cijfers toekennen aan de vragen. Daarenboven wordt voor elke vraag de evolutie van de antwoorden van drie gezinnen over de sessies heen geëvalueerd.

We gebruiken pseudoniemen om de privacy van de participanten te garanderen. Enkele socio-demografische gegevens werden vrijgegeven aan de onderzoeker zodat deze over achtergrondinformatie van de respondenten beschikte. Een overzicht van de participanten kan

¹ De code die verwijst naar de plaats van het (sub)thema in de codeboom wordt tussen ronde haken gerapporteerd in de tekst.

teruggevonden worden in Tabel 1 en Bijlage 5. Om een goed onderscheid te bewaren tussen de verschillende respondenten, wordt bij elk citaat vermeld of dit afkomstig is van de ouder of de jongere. Daarbij wordt ook de leeftijd van de jongere vermeld, indien deze gekend is. Er kon echter geen onderscheid gemaakt worden tussen wat door de moeder of de vader vermeld werd. In kader van eenduidige rapportage, werd in dit onderzoek geopteerd om bij de beschrijving van de data, afkomstig van een van de ouders waarvan het geslacht van de ouder niet verder gespecificeerd is, een mannelijke notatiewijze te hanteren. Wanneer codes expliciet verwijzen naar antwoorden van moeders, wordt wel een vrouwelijke notatiewijze gebruikt.

3.1 De zoektocht als gezin (1)

Ouders en jongeren hebben de stap gezet om hulp te zoeken bij de gezinstherapeut. Ze willen de zoektocht als gezin verder aangaan. De ouder van Yasmien verwoordt dit ook.

“Ik ervoer een meer open Yasmien die heel stilaan beter zicht krijgt op wat ze zelf wil en de zoektocht in zichzelf en met ons aangaat, vond ik mooi om te ervaren [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

3.1.1 Het doel van de zoektocht (1.1)

Wat precies het doel is van de zoektocht, lijkt voor ieder gezinslid verschillend te zijn. Sommige ouders willen beter kunnen communiceren met hun kind, andere ouders willen hun opvoedingsvaardigheden verbeteren, en een van de jongeren beschrijft dat ze de reden waarom ze zichzelf verwondt duidelijk wilt maken. De ouder van Yasmien geeft aan dat hij wilt werken aan de communicatie zodat er een betere afstemming kan ontstaan tussen Yasmien's vraag en datgene wat de ouder aanbiedt.

“...dat Yasmien best thuis ook kan aangeven wat voor haar goed aanvoelt en wat niet zodat ik de beste zorg kan geven die ze nodig heeft [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

De ouder van Anke durft zijn eigen opvoedingsaanpak in vraag te stellen en geeft aan dat hij wilt leren om meer aandacht te schenken aan de positieve zaken.

“Meer leren om ook positieve extra te benadrukken naar Anke toe [ouder van Anke, leeftijd onbekend].”

Lara wilt begrip krijgen van de andere gezinsleden over de reden waarom ze zichzelf verwondt.

“Dat het begrepen wordt dat de reden dat ik mezelf verwond niet aandacht is [Lara, 17 jaar].”

De ouders en jongeren formuleren allemaal verschillende doelen. Wat de participanten wel gemeen hebben, is dat ze samen als gezin die doelen willen bereiken. Ze vragen aan de gezinstherapeut om hen daarin te ondersteunen en samen met hen de zoektocht verder te zetten. Uit de DFS komt naar voor dat die zoektocht met vallen en opstaan verloopt. Ze komen tal van putten en zijwegen tegen, maar ook lichtpunten die hen helpen bij het bereiken van hun doel.

3.1.2 De zorgen bespreken (1.2)

De respondenten vinden het belangrijk om in de gezinstherapie hun zorgen te uiten. Ouders zijn soms lang onwetend geweest omtrent het gedrag van hun kind. De ouders worden geconfronteerd met tal van vragen, bedenkingen, en gevoelens over dit gedrag. Bovenal ervaren zij grote zorgen over hun kind. Vaak is een eerste stap die gezet wordt, het uiten van die bezorgdheden in de gezinstherapie (1.2.1).

“Dat ik toch wel inzit met onze dochter [ouder van Jessica, 18 jaar].”

Ook de ouder van Laetitia maakt zich zorgen en hij waardeert het dat hij die zorgen in de therapie kan uiten. Hij geeft volgend antwoord wanneer hem de vraag wordt gesteld waarin hij zich begrepen heeft gevoeld door de andere gezinsleden (1.2.1).

“Dat ik toch heb duidelijk kunnen maken dat ik mij zorgen maak om de gemoedstoestand van Laetitia. En dat zij dat heeft opgepikt en er blijkbaar op een andere manier mee omgaat [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Anderen, onder wie de ouder van Yasmien, waardeerden het dat ze binnen de sessie ruimte krijgen om te vertellen over hun bezorgdheden. De ouder van Yasmien maakt zich zorgen over de gebeurtenissen in het verleden, de emotionele (1.2.1.2) en medische toestand (1.2.1.1), en het zelfverwondend gedrag van zijn dochter (1.2.1.3).

“Mijn bezorgdheid, zowel emotioneel als medisch [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“De bezorgdheid (en waarschijnlijk vraagtekens) die ik had rond de impact van het verlies van Yasmien's beste vriendin en de impact op Yasmien van de moeilijke relatie zijn aan bod gekomen en daarbij heb ik als mama ook mijn zorg kunnen benoemen [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“Ik heb haar ook de vraag kunnen stellen over haar krassen waar dit thuis moeilijk lukt [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Bovenstaand citaat illustreert dat de gezinstherapie het bespreken van het ZVG mogelijk maakt. Iets wat voorheen niet mogelijk leek.

We merken op dat ouders in de gezinstherapeutische sessie ook geraakt worden door de zorgen die hun andere kinderen verwoorden. Wederom zijn dit niet enkel zorgen over het ZVG. Ook zij rapporteren zorgen over diverse zaken, bijvoorbeeld het overlijden van een grootvader. Dit rapporteert een van de ouders wanneer hem de vraag wordt gesteld wat hem het meest heeft geraakt tijdens de sessie.

“Dat de kinderen zich ook zorgen maken en nog met niet verwerkte situaties zitten (o.a. plotse overlijden van hun grootvader) [ouder van Ina, 17 jaar].”

Ook de ouder van Jessica geeft aan geraakt te zijn door de bezorgdheid van zijn zoon.

“De bezorgdheid van onze zoon naar zijn zus toe [ouder van Jessica, 18 jaar].”

De jongeren rapporteren in de DFS dat ze het waarderen dat ze hun zorgen in de gezinstherapie met de andere gezinsleden kunnen delen. Elke, bijvoorbeeld, rapporteert de zorgen omtrent haar moeders ziekte (1.2.1.1), wanneer haar de vraag wordt gesteld waarin ze zich begrepen heeft gevoeld door de andere gezinsleden.

“Dat ik bezorgd ben over mijn mama haar ziekte als ik op school ben [Elke, leeftijd onbekend].”

De moeder van Elke beschrijft in de DFS dat zij juist erg verrast was over die zorgen van haar dochter (1.2.1.1).

“Dat Elke haar zoveel zorgen maakt op school over mijn chronische pijnklachten [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

De dynamiek tussen moeder en dochter die beschreven wordt in bovenstaande citaten, kan een belangrijke ontwikkeling zijn binnen de zoektocht van dit gezin. De gezinstherapie lijkt die dynamiek bloot te leggen, iets wat voorheen misschien niet mogelijk was.

De participanten rapporteren ook dat het uiten van deze bezorgdheden niet altijd mogelijk is. De ouder van Lara, bijvoorbeeld, ervaart dat zijn dochter haar zorgen juist niet kan/wil delen met hem (1.2.2). Hij geeft dit antwoord wanneer de vraag wordt gesteld wat hem het meest heeft verrast tijdens de sessie.

“Dat Lara haar zorgen niet met ons kan/wil delen. Wel begrijp ik dat dit voor haar niet

gemakkelijk is [Ouder van Lara, 17 jaar]."

De participanten geven aan dat het delen van bezorgdheden een belangrijke stap is binnen hun zoektocht als gezin. Ze zijn opgelucht dat ze hun zorgen met anderen kunnen delen, zoals de ouder van Laetitia aangeeft. Ze waarderen het als anderen hun zorgen met hen delen, zoals de ouder van Ina. Ze zijn verrast als ze merken dat anderen zich over hen zorgen maken, zoals de moeder van Elke. Ze vinden het spijtig als anderen hun zorgen niet met hen kunnen delen, zoals de ouder van Lara.

Er worden zorgen over het ZVG gerapporteerd, maar ook over onverwerkte situaties, ziekte, en emotionele en medische conditie.

3.1.3 Het (wederzijds) begrip dat mogelijk wordt (1.3)

Uit de antwoorden van de DFS blijkt dat er tijdens de gezinstherapie meer (wederzijds) begrip ontstaat tussen de ouders en hun kind. Ze beschrijven dat er meer inzicht ontstaat in de interesses van de jongeren, de opvoedingsaanpak, de zorg van de ouders, en de conflicten thuis.

In het volgende citaat beschrijft de ouder van Laetitia dat hij binnen de gezinstherapie zijn onbegrip met zijn dochter kon delen. Hierdoor werd wederzijds begrip mogelijk (1.3).

"Maar ik denk wel dat ik duidelijk heb gemaakt naar Laetitia toe dat ik nu meer begrijp waarom zij dingen wil. En ik had het gevoel dat zij wel meer begreep dat wij het niet verstonden wat zij soms opzoekt en dat daaruit problemen ontstaan [ouder van Laetitia, 15 jaar]."

De ouder van Yasmien rapporteert dat er meer begrip ontstond omtrent Yasmien's gevoelswereld, zijn opvoedingsaanpak (1.3.1), de zorg voor Yasmien (1.3.1), en het verlies dat ze beiden ervoeren (1.3).

"Dat Yasmien regelmatig bevestigde wat ik vertelde waardoor ik het gevoel heb haar toch een beetje te begrijpen in haar gevoelswereld (verlies van vrienden en ook Yasmien als kind en op welk moment ik haar heb zien veranderen)... [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend]."

"...en zo Yasmien hopelijk ook kan ervaren dat ik er wil en kan zijn voor haar als het nodig is, dat er mensen zijn die betrouwbaar kunnen zijn [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend]."

"Ik heb kunnen benoemen naar Yasmien toe dat ik graag goed wil zorgen voor haar en dat ze me daarbij kan helpen door aan te geven wat haar helpt of stoort [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend]."

"Ik had het gevoel dat, wat ik vertelde i.v.m. het verlies van belangrijke personen voor Yasmien,

bevestigd werd waardoor ik het gevoel had dat zij mij begreep en ik haar [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Bovenstaande uitspraken lijken erop te wijzen dat het bespreken van dit verlies, binnen de therapie, voor meer afstemming tussen Yasmien en haar ouder heeft gezorgd. Voor beide partijen betekent dit waarschijnlijk een grote stap vooruit in hun zoektocht.

Zoals eerder aangegeven, ontstaat er in het gezin van Laetitia, sinds de start van de gezinstherapie, ook meer begrip tussen de ouders en Laetitia. In de DFS rapporteert deze ouder dat de groeiende bespreekbaarheid van de conflicten hem het meest heeft geraakt (1.3.3).

“Hoe Laetitia toch ziet dat wij niet altijd ruzie hebben om niets. Dat het soms wel volgens haar ook juist is als we boos zijn [ouder van een Laetitia, 15 jaar].”

Een aantal sessies later vermeldt dezelfde ouder dat hij ervaart dat zijn dochter begrijpt dat hij zijn best doet om de conflicten thuis op te lossen (1.3.3).

“Het moment dat Laetitia door haar uitspraak toch liet voelen dat ze snapt dat ik telkens de inspanning doe om de ruzies bij te leggen [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Daarenboven geeft de ouder aan dat er meer begrip ontstond voor de interesses van Laetitia. Tijdens de gezinstherapie kon Laetitia de achterliggende motivatie van haar interesses delen met haar ouders (1.3.2).

“De uitleg van Laetitia waarom zij zo fel bezig is met haar muziek en internet. De diepte die erin zit en dat zij dat eigenlijk zelf zo kan verwoorden. Haar manier dus om dingen te verwerken en steun/troost te zoeken hierin. En dat ik dat zelf niet zo zag tot nu ook al is het iets dat mij niet onbekend is. Ik wist het wel dat ze dat had met sommige liedjes maar nooit met dit type van muziek [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Laetitia zelf geeft echter aan dat haar ouders sommige zaken niet begrepen (1.3.4).

“Ze begrepen sommige dingen niet dat ik gezegd had [Laetitia, 15 jaar].”

Uit bovenstaande citaten stellen we vast dat de gezinstherapie het mogelijk maakt om interesses, conflicten, en zorgen te bespreken in het gezin van Laetitia. Het bespreken ervan zorgt voor meer begrip binnen het gezin. We merken echter wel op dat dit enkel door de ouders wordt gerapporteerd. Laetitia zelf ervaart dat haar ouders haar niet steeds begrijpen.

Veel gezinnen ervaren dat er meer begrip ontstaat omdat ze hun zorgen kunnen delen. Waarover precies meer begrip ontstaat, is zeer divers. De respondenten rapporteren ook grenzen aan het begrip. Het volgende subthema licht dit verder toe.

3.1.3.1 De grenzen aan het begrip (1.3.1)

Sommige ouders en jongeren botsen op grenzen wat betreft het begrip dat ze krijgen van hun gezinsleden. De ouder van Ina geeft dit aan wanneer hem de vraag wordt gesteld waarin hij zich niet begrepen heeft gevoeld door de andere gezinsleden. Hij beschrijft de incongruente afstemming tussen de zorg en liefde, die hij voor zijn dochter voelt, en hoe zij dit lijkt te ervaren.

“Ina schijnt nog steeds niet goed te beseffen hoe bezorgd we wel zijn om haar en hoeveel we om haar geven [ouder van Ina, 17 jaar].”

Ook de ouder van Jessica geeft aan dat hij niet alles kon vertellen wat hij wilde. Hij beschrijft dat er beperkingen zijn in het begrijpen van elkaars gevoelens en gedachten. Hij geeft hierbij aan dat hij er nooit volledig in zal slagen. Enerzijds wijt hij dit aan zichzelf, anderzijds geeft hij aan dat de anderen, die betrokken zijn bij de gezinstherapie, dit ook bemoeilijken.

“Soms heb ik nog het gevoel dat ze niet volledig mijn gedachten en gevoelens begrijpt of weet. Natuurlijk kan dit nooit volledig lukken en ligt het volgens mij ook gedeeltelijk aan mezelf en dat er nog anderen bij zijn [ouder van Jessica, 18 jaar].”

Evelien beschrijft in de DFS dat het ook moeilijk is voor haar vriend om haar volledig te begrijpen, ondanks het feit dat hij dit zo graag wilt.

“Mijn vriend bijvoorbeeld wil me dolgraag begrijpen maar dit is niet altijd vanzelfsprekend [Evelien, 21 jaar].”

Bovenstaande citaten vonden we telkens terug wanneer aan de participanten werd gevraagd waarin ze zich niet begrepen hebben gevoeld door de andere gezinsleden. Binnen de zoektocht naar wederzijds begrip, botsen de gezinsleden en de partners van de jongeren dus ook op grenzen.

3.1.4 Het aanvaarden van de hulp (1.4)

De antwoorden op de DFS suggereren dat het opzoeken van een gezinstherapeut voor veel gezinnen waarschijnlijk al een grote stap was. Door de stap te zetten naar de therapie, hebben de participanten al enigszins aangetoond dat er de wil is om te veranderen. Toch geven ouders aan dat ze verrast zijn over de wil die hun kind toont in de sessie om geholpen te worden en om verandering te bewerkstelligen. Ook over het inzicht dat hun kind toont, waren vele ouders verrast. De antwoorden van de ouders op de DFS suggereren dat dit voor hen erg belangrijk is en dat het een opluchting is te merken dat hun kind echt hulp wil.

“...er is duidelijk wil van haar om geholpen te worden. Ook haar inzicht in de situatie is toch al vrij concreet [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

“...de wil om verandering en verbetering te brengen [ouder van Margot, 17 jaar].”

De ouder van Margot geeft in het laatste citaat aan dat er sinds de opstart van de gezinstherapie gewerkt wordt om de huidige situatie te veranderen. Voor dit gezin was de opstart van de gezinstherapie misschien het keerpunt en konden ze beginnen aan hun zoektocht naar verbetering van de huidige situatie.

Ook enkele ouders geven aan dat ze hulp willen. De ouder van Laetitia, bijvoorbeeld, erkent dat hij de zoektocht niet alleen aankan.

“Ik maak mij zorgen en ik wil ook hulp omdat het niet zomaar zichzelf zal oplossen [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Eén jongere rapporteert dat ze nog meer hulp nodig heeft, ze wilt namelijk residentieel worden opgenomen (1.4.1). Emma geeft aan dat de steun die ze ervoer haar de kracht gaf om die moeilijke stap te zetten.

“Het voorstellen van een spoedopname. Het was iets waar ik wel achter stond maar niet durfde [Emma, 20 jaar].”

Het zijn voornamelijk de ouders die rapporteren dat ze aangenaam verrast zijn over de hulp die hun kind kan en wil aanvaarden. Mogelijks zijn de ouders al lang op zoek naar manieren om de situatie te veranderen en botsten ze op grenzen betreffende de hulp die hun kind kon of wilde aanvaarden. De gezinstherapie lijkt jongeren te helpen om hun problemen te erkennen en hulp te aanvaarden.

3.1.5 Het verkrijgen van meer inzicht in de situatie (1.5)

De gezinstherapie zorgt er soms voor dat de gezinsleden een andere kijk op de problemen en bezorgheden krijgen. De ouder van Valerie beschrijft hoe hij een beter zicht kreeg op de situatie van zijn dochter. Hij geeft aan dat de situatie erger is dan hij had gedacht.

“Dat Valerie dieper zit dan ik dacht [Ouder van Valerie, 15 jaar].”

Als antwoord op de vraag waarin de ouder van Laetitia zich het meest begrepen voelde, beschrijft hij dat hij beter zicht kreeg op hoeveel hij bezig is met het ZVG en de gevoelens van zijn dochter.

“Het gevoel dat ik toch wel vrij veel bezig ben met Laetitia haar zelfverminking en hoe ze met gevoelens omgaat [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Een van de ouders geeft aan dat de therapeut hem ook leert de situatie vanuit een ander perspectief te bekijken. De ouder van Anke geeft volgend antwoord wanneer hem de vraag wordt gesteld waarin hij zich begrepen heeft gevoeld door de therapeut.

“Ze (de therapeut) leert me hoe de dingen anders te bekijken [ouder van Anke, leeftijd onbekend].”

De ouder van Laetitia beschrijft hoe hij meer inzicht kreeg in de gevolgen die hevige reacties te weeg kunnen brengen.

“De situaties die ontstaan door hevige reacties thuis zijn duidelijk geworden [Ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Uit de antwoorden op de DFS komt ook naar voor dat de participanten op zoek zijn naar een verklaring voor het ZVG. Ze vinden het dan ook belangrijk wanneer ze in de therapie aanwijzingen vinden naar mogelijke verklaringen voor de problemen en het ZVG. In het gezin van Lara wordt er verwezen naar de stress die Lara ervaart. De gezinstherapeut van het gezin van Jessica geeft aan dat Jessica misschien hoogbegaafd is.

“Dat het vooral door stress is [Lara, 17 jaar].”

“Er werd geopperd dat zij misschien hoogbegaafd is. Dat hieruit ook al een verklaring van haar problemen kan komen [ouder van Jessica, 18 jaar].”

“Wat ik ook verrassend vond is dat de therapeute aangaf dat Jessica misschien wel hoogbegaafd

is, dit heb ik nooit zo ervaren behalve misschien op een aantal punten [ouder van Jessica, 18 jaar].”

Het betrekken van een gezinstherapeut lijkt dus ook nieuwe inzichten te bieden in de problematiek. Mogelijks kan dit voor ouders en jongeren als een steun ervaren worden en kan dit helpend zijn binnen hun zoektocht.

3.1.6 Het negatieve zelfbeeld van de jongeren (1.6)

In de DFS rapporteren enkele ouders dat ze geraakt worden door het negatieve zelfbeeld dat ze bij hun kind herkennen. Ze ervaren moeilijkheden met een kind dat zichzelf voortdurend bekritiseert en niet tevreden is met zichzelf. De ouder van Ina verwijst enerzijds naar kinderen in het algemeen die hier moeilijkheden mee ervaren. Anderzijds verwijst hij naar zijn dochter die zeer kritisch is voor zichzelf.

“Dat het voor sommige kinderen blijkbaar moeilijk is om iets positiefs over zichzelf te zeggen [ouder van Ina, 17 jaar].”

“Ik blijf het er moeilijk mee hebben hoe Ina zichzelf blijft afbreken [ouder van Ina, 17 jaar].”

De ouder van Ina stelt zich ook vragen bij de oorzaak van dit gedrag. Hij geeft aan dat hij Ina wil empoweren, maar durft zichzelf en zijn aanpak hierbij ook in vraag te stellen.

“Dat mijn dochter zichzelf afbreekt en een negatief zelfbeeld heeft. Dat wens je toch niet voor je kind. Ik vraag me ook af waar dat vandaan komt. We proberen onze kinderen te bevestigen in wat ze goed doen, belonen hen verbaal en soms materieel. We praten vaak en toch vindt ze zichzelf minder waard dan een ander [ouder van Ina, 17 jaar].”

De ouder van Yasmien beschrijft in het volgende citaat dat hij erg geraakt is door het negatieve zelfbeeld dat hij bij zijn dochter herkent. De ouder geeft aan dit niet te begrijpen omdat hij zijn dochter zelf “een pracht van een meid” vindt.

“Het blijft me raken hoe ongelukkig Yasmien is en hoe ze een zeer negatief zelfbeeld heeft terwijl ze een pracht van een meid is [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Ook de ouder van Jessica beschrijft dat hij erg geraakt werd tijdens de sessie door het negatieve zelfbeeld van zijn dochter.

“Nog steeds het negatieve zelfbeeld van onze dochter [ouder van Jessica, 18 jaar].”

Binnen de gezinstherapie kunnen jongeren hun negatieve zelfbeeld bespreken. Ouders geven aan hierdoor verrast en geraakt te zijn. Het bespreken ervan lijkt een positief effect te hebben op de jongeren. Het volgende subthema licht dit verder toe.

3.1.6.1 De krachten en kwaliteiten kunnen (h)erkennen als stap vooruit in de therapie (1.6.1)

In aansluiting bij het negatieve zelfbeeld van de jongeren, geven sommige ouders aan dat ze een positieve evolutie in de therapie zien wanneer hun kind zichzelf toelaat om krachten en kwaliteiten bij zichzelf te herkennen. Zo geven de ouders van Yasmien aan dat ze sinds de start van de therapie heel wat veranderingen bij haar ervaren; een duidelijke stap in de goede richting binnen hun zoektocht. Een van de veranderingen die zij ervaren is dat hun dochter haar kwaliteiten en krachten kan (h)erkennen.

“Fijn te ervaren dat Yasmien het praten over haar kwaliteiten (en daardoor onrechtstreeks complimenten) beter kan toelaten [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“Yasmien die ook kan kijken naar haar krachten en kwaliteiten en niet enkel meer het negatieve van zichzelf ervaart, deed me deugd dat te mogen zien [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Beide citaten lijken aan te geven dat Yasmien sinds de therapie het praten over kwaliteiten en krachten bij zichzelf toelaat, een ontwikkeling die sinds de start van de therapie mogelijk werd.

3.1.7 De moeilijke herinneringen delen (1.7)

De ouders en jongeren rapporteren dat ze tijdens de gezinstherapie tal van moeilijke herinneringen delen. Er wordt voornamelijk verwezen naar de moeilijke herinneringen wanneer de vraag wordt gesteld naar wat hen tijdens de sessie het meest heeft geraakt. Er wordt gesproken over het verlies van dierbaren (1.7.1), over conflicten (1.7.2), en over trauma's (1.7.3).

“Het terugdenken aan wat er gebeurd is in het verleden. (Het overlijden van mijn stiefmoeder, de momenten dat mijn vader domme dingen deed wanneer hij bedronken was) [Jonas, 16 jaar].”

“Wanneer er gepraat werd over het plotse overlijden van mijn papa [Ina, 17 jaar].”

“Die momenten van vroeger toen ik klein was terug aan denken [Karolien, leeftijd onbekend].”

“Praten over mijn abortus [Elien, leeftijd onbekend].”

Een ouder vermeldt bij de vraag naar wat hem het meest heeft geraakt, dat hij het erg moeilijk vond om al die moeilijke herinneringen terug te bespreken (1.7.2).

“Dat die hele ruzie weer moest opgerakeld worden...[ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

De participanten lijken in de DFS aan te geven dat het herinneren van moeilijke gebeurtenissen lastige, maar betekenisvolle momenten zijn binnen hun zoektocht. Het delen van de herinneringen over een dierbare die overleden is, het terugdenken aan trauma's, en het spreken over de ruzies thuis wordt mogelijk binnen de gezinstherapie en wordt beleefd als een belangrijke gebeurtenis binnen het therapeutisch proces.

3.1.8 De grenzen (h)erkennen (1.8)

Binnen de zoektocht die ouders samen met hun zoon/dochter aangaan, hebben ouders het gevoel dat ze de grenzen van hun kind dienen te (h)erkennen, te bewaken, en te respecteren.

“Misschien het deel van bevestiging van meer een plaats geven van het gedrag dan te proberen het te verbannen [ouder van Louise, 14 jaar].”

“Hoe Yasmien toch wel voeling heeft met haar grenzen maar deze moeilijk duidelijk kan stellen en haar hier vaak onzeker in voelt. Dat mijn goede bedoelingen om haar te helpen door haar positieve aandacht te geven niet ondersteunend aanvoelen voor Yasmien [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

In het laatste citaat lijkt de ouder van Yasmien aan te geven dat hij wilt dat zijn dochter haar grenzen naar hem aangeeft. De ouder beschrijft dat de gezinstherapie het duidelijk maakte dat zijn huidige opvoedingsaanpak niet als ondersteunend wordt ervaren door zijn dochter. Hij wilt deze graag aanpassen zodat er een betere afstemming kan ontstaan tussen de vraag van de dochter en het aanbod van de ouder.

3.1.9 Het zelfverwondend gedrag (1.9)

De participanten binnen dit onderzoek worden allemaal aangemeld in kader van ZVG. Het is dan ook niet verwonderlijk dat dit gedrag besproken wordt in de therapie. De ouders hebben vragen en zorgen over dit gedrag. Uit hun antwoorden op de DFS blijkt dat het als een belangrijke stap wordt ervaren wanneer ZVG tijdens de therapie bespreekbaar wordt gemaakt.

“Anke haar zelfverminking werd besproken [ouder van Anke, leeftijd onbekend].”

De ouder van Laetitia geeft aan dat hij veel bezig is met het ZVG en de gevoelens van zijn dochter.

“Het gevoel dat ik toch wel vrij veel bezig ben met Laetitia haar zelfverminking en hoe ze met gevoelens omgaat [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Een andere ouder lijkt dan weer erg verbaasd te zijn omdat zijn dochter zichzelf nog steeds opzettelijk verwondt (1.9.1).

“Dat Ina zich blijkbaar nog steeds verminkt [ouder van Ina, 17 jaar].”

Ook de ouder van Lara werd geraakt tijdens de sessie omdat zijn dochter zichzelf meer verwondt dan hij initieel had gedacht (1.9.1).

“Toen ik hoorde dat ze zich toch meer sneed dan ik wist [Ouder van Lara, 17 jaar].”

De ouder van Lara lijkt niet (volledig) op de hoogte te zijn geweest van de frequentie van het zelfverwondend gedrag van zijn dochter. De gezinstherapie maakte meer inzicht in het ZVG van zijn dochter mogelijk.

Uit de antwoorden op de DFS blijkt dat er binnen de gezinstherapie ruimte gemaakt wordt om dieper in te gaan op het ZVG. Toch geven enkele jongeren in de DFS aan dat hun ouders niet kunnen begrijpen wat ZVG voor hen betekent en waarom ze dit gedrag vertonen. Margot geeft aan dat de reden waarom zij zichzelf opzettelijk verwondt enkel door zichzelf begrepen kan worden (1.9.2).

“...waarom ik aan zelfverwonding doe, kan niemand zeggen die mij niet is [Margot, 17 jaar].”

Ook Jessica beschrijft dat haar ouders niet kunnen begrijpen wat ZVG voor haar betekent en de gedachten die hiermee gepaard gaan (1.9.3).

“Zij maken zich vooral zorgen maar snappen volgens mij niet hoe diep deze gedachten/ ideeën gaan. Volgens hun stopt de automutilatie en ook veel van de gedachten hieraan gekoppeld [Jessica, 18 jaar].”

Tevens merken we op dat slechts één ouder zorgen omtrent suïcide benoemt in de DFS (1.9.4).

“Te horen dat Yasmien ook aan zelfdoding denkt, ook al had ze dit reeds gedeeld met mij. Dit nogmaals horen en horen dat ze dit ook opschrijft in de feedback na de eerste sessie is confronterend en roept angsten op [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Ouders van jongeren die zichzelf verwonden hebben tal van vragen, zorgen, en bedenkingen bij dit gedrag en dit wordt bespreekbaar gemaakt tijdens de gezinstherapie. We merken hierbij op dat enkele jongeren aangeven dat het, ondanks deze bespreekbaarheid, niet mogelijk is om te begrijpen waarom ze zichzelf verwonden.

3.1.10 Het gezin (1.10)

Gezinstherapie brengt de verschillende standpunten, perspectieven, en bezorgdheden van alle gezinsleden bij elkaar. Samen met het gezin in dialoog gaan over die verschillende standpunten, vormt een stap binnen de zoektocht. In de gezinstherapie wordt plaats gemaakt om de gezinsdynamieken bloot te leggen en de verschillende perspectieven over de bezorgdheden te delen.

Daarenboven stellen we uit een analyse van de DFS vast dat de ouders gevoelens van onmacht, onzekerheid, en hulpeloosheid ervaren. Ouders lijken zeer betrokken te zijn. Ze willen het allerbeste voor hun kind en ze plaatsen zichzelf dan ook volledig op de achtergrond. De volgende subthema's lichten bovenstaande zaken verder toe.

3.1.10.1 De gezinsdynamieken bespreken (1.10.1)

De gezinstherapeut dient de verschillende dynamieken binnen het gezin bespreekbaar te maken. Uit de antwoorden op de DFS blijkt dat dit bij vele gezinnen ook is gebeurd; de ouders en de jongeren vertellen over hoe ze de relaties met de andere gezinsleden ervaren.

In het gezin van Valerie lijkt er heel wat spanning tussen de gezinsleden te heersen. De ouder geeft aan dat hij geen openheid van alle gezinsleden ervaart en beschrijft dat de andere gezinsleden *“er schijnheilig bij zitten”* (1.10.1.1).

“Dat sommige gezinsleden niets durfden te zeggen en sommige er gewoon schijnheilig bij zaten [ouder van Valerie, 15 jaar].”

Ook de ouder van Laetitia geeft aan dat zijn rol en relatie t.o.v. de andere gezinsleden besproken werd tijdens de gezinstherapie (1.10.1.1).

“Het kwam duidelijk naar voren hoe discussies eraan toe gaan en ook hoe men op mij terug valt om "scheidsrechter" te zijn [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

De termen die de ouder hierbij gebruikt wijzen mogelijks naar de frustratie die de ouder ervaart over zijn positie binnen het gezin. Mogelijks betekent het een belangrijke evolutie binnen de gezinstherapie dat dit bespreekbaar is geworden. De volgende stap is dat de gezinstherapeut die hypothese verder aftoetst en bespreekt.

De gezinstherapie is ook voor Jessica een plaats waar zij de relatie die ze heeft met haar ouders kan bespreken (1.10.1.1). Ze geeft daarbij aan dat ze moeilijkheden ervaart om met haar ouders over haar diepgaande gevoelens te praten.

“Dat ze doorhebben dat ik met papa op het vlak van praten over gevoelens geen ervaring heb en dat deze bij mama vaak oppervlakkig is [Jessica, 18 jaar].”

Er worden ook tal van positieve gevoelens over de relaties binnen het gezin beschreven (1.10.1.2). De ouder van Louise, bijvoorbeeld, beschrijft hoe hij zich geen zorgen maakt over zijn gezin en dit niet de reden is waarom zijn gezin gezinstherapie volgt.

“Ons gezin zit heel goed op 1 lijn, we zoeken geen hulp om onderlinge meningsverschillen recht te trekken [ouder van Louise, 14 jaar].”

Ook Melanie geeft aan dat er binnen de gezinstherapie de mogelijkheid werd gemaakt om aan te tonen dat zij haar mama graag ziet (1.10.1.2).

“Dat ik vertelde dat ik mijn mama zo graag zie [Melanie, leeftijd onbekend].”

We merken op dat de gezinstherapie het mogelijk maakt om de verschillende gezinsdynamieken te bespreken. De positieve zaken komen aan bod, maar ook de moeilijke relaties binnen het gezin worden besproken.

3.1.10.2 Het verschil in beleving tussen de gezinsleden (1.10.2)

Uit de analyse van de antwoorden op de DFS concluderen we dat de verschillende gezinsleden andere opvattingen, belevingen, en bezorgdheden ervaren. We herkennen verschillen tussen de ouders onderling en tussen de ouder en het kind. Begrip en inzicht over ieders visie kan ontstaan wanneer die verschillen blootgelegd en geëxploreerd kunnen worden tijdens de therapie.

Binnen het gezin van Laetitia geeft de moeder van Laetitia aan dat ze ervaart dat Laetitia's vader de ernst van de problemen niet begrijpt. De ouders beleven de situatie verschillend.

“Ik heb nog niet het gevoel dat Laetitia haar papa helemaal inziet hoe het is dagdagelijks. Dit is deels ook omdat ik meestal de slechtere periodes in de ochtend mee maak [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Mogelijks verwijst het woordje “nog” in de eerste zin van dit citaat naar de hoop die de moeder koestert dat binnen de gezinstherapie de situatie zoals deze door haar wordt ervaren, duidelijker zal worden voor de vader.

In het gezin van Yasmien is er een verschil in de beleving tussen de moeder en Yasmien zelf. Zo ervoer de moeder van Yasmien een groot verschil in hoe ze terug denken aan Yasmien's vader die overleden is.

“Verhaal van de papa en het verschil van beleving tussen Yasmien en mezelf bij het vertellen van het verhaal en het ophalen van de herinneringen [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Ook in het gezin van Karolien is er sprake van onbegrip tussen de ouder en Karolien. De ouder geeft aan dat de manier waarop Karolien, volgens hem, met haar problemen omgaat, sterk afwijkt van zijn eigen strategieën om problemen daadkrachtig aan te pakken.

“Soms wilt Karolien alleen zijn maar daar kan ik mij niet in vinden. Ik vind als je het van je af kunt praten met een vertrouwd persoon dat beter is [ouder van Karolien, leeftijd onbekend].”

Sommige ouders en jongeren verwijzen juist niet naar hun verschillen, maar geven aan dat ze de zaken op dezelfde manier ervaren (1.10.2.1).

“Dat iedereen wel een beetje het zelfde vindt [Valerie, 15 jaar].”

“Was herkenbaar wat de anderen aangaven, was niets nieuws dus hierin heb ik me ook wel begrepen gevoeld [ouder van Jessica, 18 jaar].”

“Zitten als ouders toch op dezelfde golflengte [ouder van Jessica, 18 jaar].”

De meeste van bovenstaande citaten, vermelden de participanten bij de vraag: ‘*Waarom heb je je niet begrepen gevoeld door de andere gezinsleden?*’ De respondenten beschrijven dat de gezinsleden elk hun eigen visie hebben op de problemen en de aanpak hiervan. Door hierover te spreken kan mogelijks het inzicht vergroten en kan plaats gemaakt worden voor begrip tussen de gezinsleden.

3.1.10.3 De moeilijkheden binnen het gezin (1.10.3)

De resultaten van de bevraging met de DFS leggen tal van moeilijkheden binnen het gezin bloot. Zowel ouders als jongeren benoemen deze moeilijkheden. We merken op dat de participanten vaak verwijzen naar de ruzies en conflicten thuis (1.10.3.1). Daarenboven stellen we vast dat de ouders van een groot

deel van de participerende jongeren gescheiden zijn. Tot slot rapporteren twee jongeren het alcoholmisbruik van hun vader.

Sommige ouders vermelden de ruzies tussen de ouders onderling of ruzies met hun kind.

“Over de ruzie met de papa van Elke [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

“Tijdens de week hadden we, ouders, een discussie met haar, voordien zou ze dan naar haar kamer gelopen zijn maar ze bleef toen zitten en we hebben hier verder over kunnen praten. Jessica gaf aan dat ze dit heel bewust gedaan heeft, ze had een drang om naar boven te vluchten maar heeft dit niet gedaan omdat ze beseft dat dit geen oplossing is. Ik vond het verrassend van haar te horen dat ze dit heel bewust gedaan heeft [ouder van Jessica, 18 jaar].”

In dit laatste citaat komt naar voor dat er een discussie was tussen de ouders en Jessica, maar dat de ouder van Jessica ervoer dat er sinds de start van de therapie een verandering is ontstaan in de manier waarop Jessica omgaat met die discussies. Vroeger zou ze dit hebben vermeden, maar nu durft ze de discussie met haar ouders aan te gaan.

Daarenboven merken we op dat de ouders van sommige jongeren gescheiden zijn (1.10.3.2) en er sprake is van nieuwe samengestelde gezinnen.

“De grote ruzie met mijn ex-man en zijn gezin gehad over Elke... Dat dit echt niet meer door de beugel kan [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

“Dat Elke misschien toch nog eens haar stiefmama wil zien [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

“De onzekerheid van mijn dochter over mijn liefde naar haar toe. Dat ze voelt dat ik mijn andere kinderen liever zou zien dan haar omdat zij van Guido is [ouder van Margot, 17 jaar].”

In dit laatste citaat geeft deze moeder aan dat haar dochter moeilijkheden ervaart om zich goed te voelen in het nieuwe samengestelde gezin: ze twijfelt aan de liefde van haar moeder omdat ze niet de dochter is van de nieuwe partner van haar moeder.

Twee jongeren vermelden in de DFS het alcoholmisbruik van hun vader (1.10.3.3). Ze vermelden dit wanneer hen de vraag werd gesteld wat hen tijdens de sessie het meest heeft geraakt.

“Over mijn papie zijn drank probleem [Elke, leeftijd onbekend].”

“... de momenten dat mijn vader domme dingen deed wanneer hij bedronken was [Jonas, 16 jaar].”

De citaten binnen dit subthema duiden op een moeilijk gezinsfunctioneren. De meeste van bovenstaande citaten vermelden de participanten bij de vraag: *‘Waar in heb je je begrepen gevoeld door de therapeut?’* Het kan een meerwaarde zijn als er binnen de therapie ruimte wordt gemaakt om bezorgdheden over het gezin te delen, ook al zijn dit bezorgdheden over problemen die vaak al langere tijd bestaan.

3.1.10.4 Ouder zijn van een kind dat zichzelf verwondt (1.10.4)

In de DFS komt bij heel veel ouders aan bod dat ze zichzelf volledig op de achtergrond plaatsen. Hun (zorgen)kind staat centraal. Daarnaast geven ze aan zich erg hulpeloos, machteloos, en onzeker te voelen.

Het kind staat op de voorgrond (1.10.4.1)

“Het ging niet om mij [ouder van Laetitia , 15 jaar].”

“Elke haar problemen staan nu op de eerste plaats [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

“Ik ben vooral luisterend aanwezig... Yasmien moet nu eerst voldoende ruimte krijgen [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Dit zijn slechts enkele zaken die ouders antwoorden op de vraag of ze verteld hebben wat ze wilden vertellen tijdens de sessie. Ouders plaatsen hun eigen gevoelens, visies, en angsten volledig op de achtergrond. De therapie wordt door de ouders ervaren als een plaats waar uitsluitend hun kind zijn/haar gevoelens kan bespreken. Ze lijken het gevoel te hebben dat de therapie niet dient om hun eigen gevoelens te delen en blijven dan ook op de achtergrond. De ouder van Yasmien verwoordt dit als volgt:

“Ik merkte namelijk het vorige gesprek dat ik zelf meer aan het woord was en vraag me nu af of Yasmien zelf voldoende ruimte gekregen heeft... Ik heb me dus ook voorgenomen me weer iets meer op de achtergrond te houden [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

In het bovenstaande citaat lijkt de ouder van Yasmien zich bovendien enigszins schuldig te voelen omdat hij tijdens de vorige sessie meer aan het woord was dan zijn dochter.

De gevoelens van onmacht en onzekerheid (1.10.4.2)

Een kind dat zichzelf opzettelijk verwondt zorgt bij deze ouders voor gevoelens van onmacht, onzekerheid, en hulpeloosheid. Ze waarderen het dat ze die gevoelens kunnen delen binnen de gezinstherapie. De ouder van Ina benoemt, bijvoorbeeld, dat hij ervaart dat zijn dochter het moeilijk

heeft. Hij voelt zich echter machteloos omdat hij het inwendig lijden van zijn dochter niet kan veranderen. Hij vermeldt dit nadat de vraag wordt gesteld wat hem het meest heeft geraakt tijdens de sessie.

“De onmacht voor het inwendig lijden van onze oudste dochter [ouder van Ina, 17 jaar].”

De onmacht, die ouders ervaren, lijkt hen soms handelingsverlegen te maken: ze twijfelen over hun opvoedingsvaardigheden, aanpak, en verantwoordelijkheid voor het gedrag van hun kind. De moeder van Yasmien beschrijft haar onzekerheid in de DFS.

“Ook het misschien over-compenseren van mij verantwoordelijk voelen voor het niet-welbevinden van Yasmien [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“Ik voel me als mama vaak bezorgd, onmachtig en radeloos in het ondersteunen van Yasmien [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

De ouder van Laetitia geeft daarenboven aan dat de draaglast voor hem heel zwaar wordt en hij waardeert het dat de therapeut dit opmerkt en bespreekt. Hij rapporteert volgend antwoord wanneer hem de vraag wordt gesteld waarin hij zich wel begrepen heeft gevoeld door de therapeut.

“Dat er bij mij weinig of geen energie over is [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Bij het bestuderen van bovenstaande citaten merken we op dat de draagkracht van de ouders op de proef wordt gesteld en de draaglast van de ouders erg zwaar is. Daarbij lijken ouders de gezinstherapie voornamelijk een plaats te vinden waar hun kind zijn/haar gevoelens kan bespreken en plaatsen ze zichzelf vaak volledig op de achtergrond.

3.2 Het therapeutisch proces (2)

Binnen de beleving van ouders en jongeren, komt het therapeutisch proces dat wordt aangegaan, als belangrijk thema naar voor. Verschillende subthema's worden zichtbaar uit de antwoorden. Zo beschrijven ouders en jongeren dat ze veel (onverwachte) openheid ervaren bij hun kind/zichzelf. Daarnaast bespreken ze het verloop van de therapie en vindt er een evaluatie hiervan plaats. Ten slotte geven de respondenten hun mening over de gebruikte methodieken en de therapeutische relatie. De onderstaande paragrafen diepen elk van de subthema's verder uit.

3.2.1 De openheid (2.1)

Zowel ouders als jongeren ervaren dat ze binnen de gezinstherapie zich erg open kunnen opstellen. Sommige ouders beschrijven hun kind met de woorden 'eerlijk', 'spontaan', en 'oprecht'. De openheid die wordt getoond tijdens de gezinstherapie wordt voornamelijk vermeld wanneer aan de respondenten de vraag werd gesteld wat hen het meest heeft verrast tijdens de sessie. Mogelijks zorgt de durf van jongeren om zich open te stellen voor dit verrassingseffect bij de jongere zelf en bij zijn/haar ouders. De therapie creëert een klimaat waarin verhalen en bezorgdheden gedeeld kunnen worden. Dit lijkt vaak thuis niet zo goed te lukken. Er zijn tal van citaten die dit duidelijk maken.

“Laetitia door haar onmiddellijke openheid. Er is duidelijk wil van haar om geholpen te worden. [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

“De openheid van Ina. Ik had echt het gevoel dat ze er met meer zin bij zat. De manier waarop ze vertelde gaf me dit keer het gevoel dat ze zich goed en ontspannen voelde [ouder van Ina, 17 jaar].”

“Dat Lore meer en meer begint te praten en dat ze durft praten en zich niet beschaamd voelt [ouder van Lore, 14 jaar].”

De openheid werd binnen heel het gezin ervaren.

“Dat iedereen zo openlijk praat over hun gevoelens en mening [Ouder van Marthe, 16 jaar].”

“De openheid en spontaniteit van de kinderen [ouder van Ina, 17 jaar].”

“Ik heb het gevoel gehad dat iedereen meer open was om te praten dat op zich geeft het gevoel dat zij meer inzien waarom wij dit doen [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

“Mijn partner praat tijdens het dagelijks leven niet vlug over zijn gevoelens maar het heeft mij wel geraakt om te zien dat hij dit wel toeliet tijdens deze sessie, ik denk dat dit voor Jessica een hele openbaring is [ouder van Jessica, 18 jaar].”

Uit bovenstaande citaten wordt duidelijk dat de gezinstherapie ook voor meer openheid zorgt bij de andere gezinsleden; er wordt openheid beschreven bij de partner en de andere kinderen.

Ook de jongeren lijken zelf verbaasd te zijn over de openheid die ze tonen tijdens de sessie.

“Dat ik zo open durf te praten tegen iemand die ik niet ken [Melanie, leeftijd onbekend].”

Een ouder geeft ook aan dat de openheid aanwezig blijft buiten de therapieruimte. Bijvoorbeeld in het gezin van Yasmien merken we op dat sinds de start van de gezinstherapie er meer openheid binnen dit gezin is ontstaan.

“...ik merkte de dagen nadien dat Yasmien iets meer open was (ze lachte meer, maakte grapjes met de zus,...) [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Twee ouders geven daarbij wel aan dat ze bedenkingen hebben bij de oprechtheid van hun dochters.

“... zorgt ze ook tijdens de gesprekken voor anderen door 'wenselijk gepast te antwoorden' vraag ik me dan af [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend]?”

“Dat Ina haar verhaal eindelijk deed. Ik hoop dat het allemaal oprecht was... [ouder van Ina, 17 jaar].”

Ook de jongeren zelf merken op dat ze moeilijkheden ervaren om open te zijn over bepaalde zaken. Dit geeft Ina ook aan wanneer haar de vraag wordt gesteld of ze tijdens de sessie verteld heeft wat ze wilde vertellen.

“Soms was het moeilijk om over bepaalde onderwerpen te praten [Ina, 17 jaar].”

Uit de overvloed van citaten betreffende dit onderwerp blijkt dat de meeste ouders en jongeren zich erg open kunnen opstellen tijdens de gezinstherapie. Er wordt opgemerkt dat noch de ouders, noch de jongeren deze openheid hadden verwacht. Toch maken enkele ouders zich wel bedenkingen bij de openheid die hun kind toont en geven de jongeren aan dat ze (nog) niet alles konden vertellen. Dit lichten we verder toe in het volgende subthema.

3.2.1.1 De beperkingen binnen de openheid die ouders en jongeren kunnen tonen (2.1.1)

De openheid in de gezinstherapie wordt door alle gezinsleden sterk gewaardeerd, toch is deze soms nog begrensd en behaalt deze geen volledige graad van transparantie. Tijdens de therapiesessies kunnen respondenten meer delen dan in de thuissituatie, maar er blijven zaken die ook tijdens therapie niet gedeeld kunnen worden.

Er worden hiervoor verschillende verklaringen gegeven. Valerie, bijvoorbeeld, beschrijft hoe ze niet alles kan vertellen tijdens de gezinstherapie omdat haar ouders nog niet op de hoogte zijn van al haar problemen. Ze ervaart nog drempels om deze problemen te delen binnen de gezinstherapie.

“Ik heb niet echt alles verteld, er zijn een paar problemen op school waarvan mijn ouders niets weten ... [Valerie, 15 jaar].”

Elke geeft ook aan dat ze niet alles kan vertellen wat ze wil. Dit is volgens haar te wijten aan de beperkte duur van een sessie en omdat iedereen aan het woord moet komen.

“Ik heb niet alles kunnen vertellen omdat mijn mama en papie ook dingen hadden te bespreken [Elke, leeftijd onbekend].”

Bijzonder, want de ouders van Elke geven in de DFS aan dat ze juist willen dat Elke nu alle ruimte krijgt om te spreken en dat zij pas later hun bezorgdheden willen delen.

“Elke haar problemen staan nu op de 1e plaats, in de verdere toekomst wil ik wel meerdere zaken bespreken [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

Yasmien rapporteert dat ze niet goed weet wat ze precies kan vertellen. Mogelijks vindt Yasmien het moeilijk om zelf te beslissen wat ze wel en niet deelt binnen de gezinstherapie.

“Ik antwoord meestal gewoon op de vragen. Ik weet niet wat ik zelf moet vertellen [Yasmien, leeftijd onbekend].”

De ouder van Yasmien lijkt dit op te merken: hij beschrijft dat hij meer sturing van de therapeut verwacht omdat het voor Yasmien moeilijk is om zelf haar bezorgdheden aan te geven.

“Ik vraag me af of de inhoud en de vorm van de gesprekken niet wat meer gestuurd moet worden omdat ik de indruk heb dat Yasmien op dit moment zelf moeilijk kan aangeven waar ze het over wil hebben en op welke manier, wat denk ik ook haar proces is (niet kunnen aangeven waar ze mee zit en mijn aanvoelen zegt dat ze hier even in gestuurd moet worden voor ze zelf met thema's kan komen, maar misschien ben ik hier mis in...). In de eerste gesprekken werd dit naar mijn aanvoelen meer gedaan (praten over de papa, vrienden, zus,...)[ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Bij dit citaat merken we op dat de ouder een verschil ervaart in de mate van sturing door de therapeut. In het begin van de therapie ervoer hij meer sturing door de therapeut dan na een paar sessies.

Ouders rapporteren dat ze soms niet goed weten wat ze wel en niet kunnen vertellen. De moeder van Laetitia ervaart nog drempels en/of aarzelingen om sommige zaken te vertellen tijdens de gezinstherapie.

“Ik had iets meer willen zeggen over Laetitia haar zwaarmoedige gevoelens in de ochtend [ouder

van Laetitia, 15 jaar].”

Ook geeft deze moeder aan moeilijkheden te ervaren om sommige zaken te bespreken in het bijzijn van haar dochter.

“Sommige zaken op relatie vlak die gevolgen hadden voor mij en Marco bespreek ik liever niet met Laetitia erbij [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

De ouder van Yasmien beschrijft dit ook. Hij geeft aan dat het moeilijk is te weten wat hij wel en niet kan vertellen in de aanwezigheid van zijn dochter.

“Niet altijd gemakkelijk om in te schatten wat wel en wat niet te vertellen in het belang van Yasmien haar welzijn [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

De ouder rapporteert echter wel dat hij voldoende ruimte ervaart van de therapeut om zaken te bespreken.

“Ik krijg wel voldoende ruimte voor inbreng indien dit nodig is in het proces van Yasmien [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Als we de bovenstaande citaten analyseren merken we op dat de ouders drempels ervaren om bepaalde zaken te bespreken. De gezinstherapie wordt door deze ouders ervaren als het zoeken naar een evenwicht: enerzijds willen ze de moeilijkheden bespreken, maar anderzijds willen ze hun kind niet belasten met hun bezorgdheden.

3.2.2 Het verloop van de sessies (2.2)

In de antwoorden op de DFS vermelden de respondenten ook het verloop van de sessies.

“Het was een betrekkelijk korte afsluitende sessie die heel goed verliep [ouder van Louise, 14 jaar].”

Ina's gezin geeft aan dat elke sessie een eigen intensiteit kent. Na de tweede sessie geeft Ina aan dat het gesprek redelijk vlot verliep, terwijl zowel Ina als haar ouders na de derde sessie rapporteren dat ze de sessie heviger ervoeren.

“Het verliep redelijk vlot [Ina, 17 jaar].”

“Het was iets heftiger dan normaal [Ina, 17 jaar].”

“De heverige conversaties t.o.v. vorige sessies [ouder van Ina, 17 jaar].”

We merken dus op dat de manier waarop een sessie verloopt sterk kan fluctueren over de verschillende sessies heen.

3.2.3 De evaluatie van de gezinstherapie (2.3)

In de DFS vertellen de respondenten hoe zij de therapie ervaren. Er komen zowel positieve als negatieve gevoelens over de sessie naar voor.

Enkele ouders geven aan dat ze een goed gevoel hadden bij bepaalde sessies (2.3.1). Ze konden hun zorgen delen en voelden zich begrepen. De ouder van Elke geeft aan dat hij zijn verhaal kon delen.

“Ik was heel blij dat ik mijn verhaal heb kunnen doen en zo een luisterend oor heb gehad. Ik heb ook begrip gekregen, dat maakt het makkelijker om het een plaats te kunnen geven [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

“Fijn gesprek [ouder van Louise, 14 jaar].”

“Goed gevoel bij de sessie ook omdat het beter gaat met onze dochter en zij dit ook tijdens de sessie uitstraalde [ouder van Jessica, 18 jaar].”

In het laatste citaat geeft de ouder van Jessica aan dat hij een goed gevoel had bij de sessie (2.3.1) en linkte dit aan de verbeterde gemoedstoestand van zijn dochter.

De jongeren evalueren de sessies voornamelijk positief (2.3.1). Margot geeft aan dat het delen van de zorgen “bevrijdender” werkt dan ze initieel had gedacht. Elke beschrijft in onderstaand citaat dat ze de sessie leuk vond.

“Dat het bevrijdender werkt dan ik dacht, het uiten tegen iemand die je niet kent, het gaat gemakkelijk [Margot, 17 jaar].”

“...dat ik met een glimlach naar buiten ging [Margot, 17 jaar].”

“Ja helemaal het was wel super fijn [Elke, leeftijd onbekend].”

Een van de jongeren sluit haar laatste sessie af met de volgende woorden, die getuigen van een favorabele evaluatie (2.3.1):

“Dat ik beter ben en dat dit echt gewerkt heeft [Lara, 17 jaar].”

“Ik ben mijn psycholoog ontzettend dankbaar voor alles en haar medeleven en dat ze me begrijpt raakt me [Lara, 17 jaar].”

Lara is duidelijk erg positief over haar proces binnen de gezinstherapie. Ze geeft daarbij aan dat de gezinstherapie voor haar een duidelijke meerwaarde heeft opgeleverd.

Een van de participanten rapporteert in de DFS dat ze zich na de sessie niet goed voelde. Evelien geeft aan dat ze na de sessie heel wat moeilijkheden ondervond (2.3.2).

“Dat ik na de sessie heel uitgeput was en ik de rest van de dag slecht gezind was. En ik was bovendien vrij snel geïrriteerd. Door dat ik over mijn gevoelens en mijn zorgen heb gepraat met iemand kwam daardoor alles weer in me op [Evelien, 21 jaar].”

In de antwoorden op de DFS vinden we veel getuigenissen terug over een gunstig effect van de gezinstherapie. Jongeren geven aan dat het bevrijdend werkt en ouders zijn opgelucht dat ze hun verhaal kunnen delen. Eén jongere geeft echter wel aan dat ze na de therapie moeilijkheden ervoer.

3.2.4 Feedback over de gebruikte methodieken (2.4)

De therapeuten krijgen positieve feedback over de methodieken die ze gebruiken. Een jongere geeft aan dat hij het een meerwaarde vond dat er gebruik werd gemaakt van een genogram, zo kreeg hij een duidelijk overzicht van zijn familie. Hij geeft dit aan bij de vraag naar wat hem het meest heeft verrast.

“Het maken van het overzicht van mijn familie (in positieve zin)[Jonas, 16 jaar].”

Elke geeft aan dat ze het als een hulp heeft ervaren dat haar knuffel werd betrokken in de therapie.

“Toen je zei dat als mijn beer iets wil zeggen dat dat mag dat vond ik fijn [Elke, leeftijd onbekend].”

Lara werd dan weer het meest geraakt door een boekje dat ze kreeg.

“Ik heb een boek gekregen en ik denk wel dat dat mij zal helpen [Lara, 17 jaar].”

Het gebruik van genogrammen, knuffels, en boekjes tijdens de therapie kwamen in de antwoorden op de DFS terug als positieve en behulpzame elementen in de gezinstherapie.

3.2.5 De therapeutische relatie (2.5)

De participanten beschrijven dat de gezinstherapeut een empathische houding aanneemt waarbij hij/zij rekening houdt met alle gezinsleden. Dit wordt verder toegelicht in de volgende paragrafen.

3.2.5.1 De empathische houding (2.5.1)

Begrip krijgen van de gezinstherapeut wordt volgens de ouders als een essentiële voorwaarde beschouwd om een goede therapeutische relatie op te bouwen. Wanneer gevraagd werd aan de ouders of ze zich begrepen voelden door de therapeut, antwoordden de ouders hier bevestigend op. De therapeut erkende hun emoties, hun verhaal, hun bezorgdheid, hun problemen, en hun gevoelens. Daarbij nam hij/zij een begripvolle en luisterende houding aan.

“Ik voel me als mama vaak bezorgd, onmachtig en radeloos in het ondersteunen van Yasmien. Ik voel me hier wel in gezien en heb het gevoel dat hier ook aandacht aan besteed wordt [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“Ik was heel blij dat ik mijn verhaal heb kunnen doen en zo een luisterend oor heb gehad. Ik heb ook begrip gekregen, dat maakt het makkelijker om het een plaats te kunnen geven [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

“Dat de therapeute mijn bezorgdheid begrijpt en mee gaat zoeken naar een oplossing voor onze dochter Karolien [ouder van Karolien, leeftijd onbekend].”

Ook de jongeren geven in de DFS aan dat ze een lieve, begripvolle, en ondersteunende therapeut ervoeren tijdens de sessies.

“Ja en ze is altijd heel lief voor me [Elke, leeftijd onbekend].”

“Ze luistert en liet me uitspreken, ze was heel meegaand [Ina, 17 jaar].”

“Ze luisterde altijd, onderbrak mij niet en ik had echt wel het gevoel dat ze me begreep [Ina, 17 jaar].”

Ook het opmerken van non-verbale kenmerken ervaren de respondenten als een meerwaarde.

“Ik vond het sterk dat non-verbale signalen (knikken) van Yasmien opgemerkt werden [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

Daarenboven merkt Evelien op dat de huiselijke sfeer die werd gecreëerd bij de therapeut haar hielp bij het opbouwen van een band met haar therapeut.

“Dat het een huiselijke sfeer was. Je voelt je er direct thuis omdat een drankje wordt aangeboden. Daardoor voelt dit als een vriendenbezoekje [Evelien, 21 jaar].”

De participanten beschrijven dat de therapeut een empathische houding aanneemt tijdens de gezinstherapie. Ouders en jongeren voelen zich begrepen door de gezinstherapeut. Hierdoor kunnen ze mogelijk sneller hun zorgen, bedenkingen, en visies met de gezinstherapeut delen.

3.2.5.2 De meerzijdige partijdigheid (2.5.2)

Binnen de gezinstherapie dient de therapeut rekening te houden met de verschillende partijen, zelfs diegene die niet fysiek aanwezig zijn. Respondenten geven aan dat ze zich begrepen voelen door de therapeut doordat hij/zij zich meerzijdig partijdig opstelt en beurtelings naar ieders bezorgdheden luistert.

“Dat ze geen partij koos. Dat ze de ook de positie van ouders t.o.v. de kinderen probeert te kaderen [ouder, meisje, 17 jaar].”

“De onpartijdigheid van de therapeute [ouder van Ina, 17 jaar].”

De gezinstherapeuten dienen rekening te houden met de verschillende gezinsleden. Iedereen zijn bezorgdheden, opvattingen, en bedenkingen dienen een plaats te krijgen binnen de gezinstherapie. Dit is geen gemakkelijke opdracht. Volgens enkele respondenten zijn de gezinstherapeuten, binnen deze studie, daar wel in geslaagd.

3.3 De hindernissen binnen de gezinstherapie (3)

Ouders en jongeren geven aan dat er tijdens de sessies tal van hindernissen zijn die de therapie kunnen belemmeren. Ouders rapporteren dat de houding van de jongeren tijdens de therapie een belangrijke hindernis kan vormen. Net zoals de moeite die jongeren ondervinden om contact te maken met hun binnenkant. Daarnaast rapporteren zowel ouders als jongeren belemmeringen ten gevolge van het (nog) niet kunnen aanvaarden van de hulp en de zeer complexe gevoelens die ze hieromtrent ervaren. Die verschillende hindernissen worden verder toegelicht in onderstaande subthema's.

3.3.1 De eigen wijze (3.1)

Ieder gaat op zijn eigen wijze om met de gezinstherapie. Sommige praten erg veel, maar vertellen eigenlijk weinig terwijl anderen niet weten waarover te spreken of steeds erg korte en bondige antwoorden geven.

Ook ouders ervaren dat hun kind op zijn/haar eigen wijze omgaat met de therapie. De ouder van Yasmien beschrijft hoe Yasmien moeilijkheden ervaart met het uiten van haar emoties en erg rationeel antwoordt op de vragen. Volgend citaat is het respons op de vraag naar wat hem het meest heeft geraakt tijdens de sessie.

“Voelen dat Yasmien het moeilijk heeft om haar emoties toe te laten of te ervaren, de vrij 'rationele' antwoorden [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

De ouder van Ina geeft aan het meest geraakt te zijn door de houding die zijn dochter aanneemt (3.1.1).

“Ina's nonchalante houding wanneer het gaat om haar persoon en haar welbevinden [ouder van Ina, 17 jaar].”

“De onbewust arrogante houding van Ina. Zij lacht alles weg, draait met haar ogen,...[ouder van Ina, 17 jaar].”

Daar tegenover wordt de houding van de jongere tijdens de therapie niet altijd als iets negatief ervaren. De ouder van Laetitia, bijvoorbeeld, geeft, in antwoord op de vraag naar wat hem tijdens de sessie het meest heeft verrast, aan dat zijn dochter op haar eigen wijze de situatie probeert op te vrolijken.

“Dat Laetitia op haar manier de situatie probeert op te vrolijken [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Een mogelijke achterliggende reden voor het opvrolijken van de sessies, kan zijn dat Laetitia bepaalde zaken wilt vermijden. Deze ouder beschrijft namelijk in de DFS hoe zijn dochter over bepaalde zaken uitweidt om moeilijkere onderwerpen te vermijden. Hij geeft aan zich hierin niet begrepen te hebben gevoeld door de andere gezinsleden (3.1.2).

“Dat Laetitia blijft doorgaan over kinderen terwijl ze weet dat dat niet aan de orde is maar volgens mij was het haar manier om diepgaandere vragen te ontwijken/vermijden [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Sommige ouders lijken niet akkoord te gaan met de manier waarop hun kind met de therapie omgaat. De jongeren lijken zich volgens de ouders nog niet volledig open te kunnen stellen. Ook hun emoties durven sommigen (nog) niet te tonen. Dit wordt in de volgende paragraaf verder toegelicht.

3.3.2 Het contact met de binnenkant (3.2)

In de gezinstherapie is het belangrijk dat jongeren en ouders hun emoties durven tonen. Ouders rapporteren echter dat hun zoon/dochter moeilijkheden ervaart met het uiten van emoties (3.2.1). Onderstaande citaten worden weerhouden uit de reacties van ouders wanneer hen werd gevraagd wat hen het meest heeft geraakt tijdens de therapie.

“Het blijft niet gemakkelijk om tijdens de gesprekken te ervaren hoe moeilijk het voor Yasmien is om contact te maken met haar binnenkant [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“Voelen dat Yasmien het moeilijk heeft om haar emoties toe te laten of te ervaren... [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“Dat Lara denkt of gelooft dat ze haar gevoelens of gemoedstoestand kan wegsteken voor ons. Wij die haar eigenlijk het beste kennen [Ouder van Lara, 17 jaar].”

In het laatste citaat geeft de ouder van Lara aan dat hij ervaart dat Lara haar gevoelens probeert te verbergen. Hij lijkt het hiermee moeilijk te hebben aangezien hij ervaart dat hij diegene is die haar het beste kent en misschien zichzelf beschouwt als iemand die haar goed kan helpen.

Ouders voelen dat hun kind zijn/haar emoties niet toelaat. Een van de jongeren bevestigt dit wanneer ze aangeeft dat hetgeen dat haar het meest geraakt heeft de verwezenlijking is om haar emoties niet te tonen (3.2.1).

“Dat het mij gelukte is om niet te wenen [Laetitia, 15 jaar].”

“Dat ik niet geweend heb [Laetitia, 15 jaar].”

Wanneer jongeren hun emoties toelaten, lijkt dit wel een sterk signaal te zijn naar hun ouders. Enkele ouders geven namelijk aan dat ze het meest geraakt werden door het verdriet van hun kind (3.2.2).

“Het verdriet van Elke [ouder van Elke, leeftijd onbekend].”

“Wenen van Lore [ouder van Lore, 14 jaar].”

“Dat Femke begon te wenen [Ouder van Femke, leeftijd onbekend].”

De afstemming tussen ouders en kinderen lijkt niet steeds soepel te lopen. Enkele ouders geven aan dat het verdriet van hun kind hen erg raakt. Desondanks rapporteren enkele jongeren in de DFS dat ze hun emoties niet willen/kunnen tonen.

Ondanks het feit dat sommige ouders aangeven dat hun kind het contact met de binnenkant probeert te vermijden, wordt door enkele ouders het omgekeerde opgemerkt. De ouders beschrijven dat de therapie ruimte maakt voor het verdriet van hun kind (3.2.2). Het is een respons op de vraag naar wat hen het meest heeft geraakt.

“De kracht, moed en de wil, inzet die Yasmien heeft en toont om in therapie te gaan, ze gaat pijnlijke en moeilijke onderwerpen niet uit de weg, is zeer oprecht in haar antwoorden, een moedige en sterke meid [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“Toen ze vertelde dat ze het liefst alleen in de kamer zit en wil slapen maar tegelijk dat ze ook toegeeft dat ze verdrietig is dat ze dit wil en zich zelf zorgen maakt hierover [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Ook Margot durft aan te geven dat ze het meest geraakt werd tijdens de sessie wanneer ze haar emoties juist wel durfde te tonen (3.2.2).

“Dat ik ben beginnen huilen terwijl het niet de eerste keer was dat ik erover sprak met iemand [Margot, 17 jaar].”

Net zoals in paragraaf ‘3.3.1 De eigen wijze’, aan bod kwam, geven sommige ouders aan dat het voor hun kind (nog) niet lukt om zijn/haar emoties te tonen en te delen. Daarentegen geven andere ouders aan dat hun kind zijn/haar emoties wél durft te delen. Er kan dus opgemerkt worden dat het delen van emoties geen vaststaand gegeven is, maar kan variëren over de gezinnen en de sessies heen

3.3.3 De ontkenning (3.3)

Ondanks het feit dat enkele jongeren erkenden dat ze hulp nodig hadden (‘3.1.3 Het aanvaarden van de hulp’), gaf één ouder ook aan dat zijn dochter ontkent dat ze hulp nodig heeft. Hij geeft dit aan bij de vragen die peilen naar wat hem het meest heeft geraakt en waarin hij zich niet begrepen voelde door de gezinsleden.

“...blijft ontkennen dat zij hulp nodig heeft [ouder van Ina, 17 jaar].”

“De ontkenning van Ina dat er niets mis is met haar [ouder van Ina, 17 jaar].”

We merken op dat Evelien het tegendeel aangeeft. Zij erkent dat ze hulp nodig heeft. Als antwoord op de vraag of ze verteld heeft wat ze wou vertellen, geeft ze aan dat ze nog niet klaar is met de therapie.

“Ik ben nog lang niet klaar met mijn sessies [Evelien, 21 jaar].”

In ‘3.1.4 Het aanvaarden van de hulp’ werd ook al vermeld dat Emma haar moeilijkheden niet ontkent en juist extra hulp vraagt.

Binnen het gezin van Ina, geeft haar ouder aan dat zijn dochter de hulp (nog) niet kan aanvaarden. Mogelijks is het voor Ina zelf nog te vroeg om haar problemen met haar gezin en de gezinstherapeut te delen. Ina, noch de andere jongeren rapporteren in de DFS dat ze geen hulp nodig hebben, noch ontkennen ze hun problemen. Het is belangrijk dat deze incongruentie, die duidelijk wordt door een analyse van de DFS, ook binnen de gezinstherapie gedeeld wordt.

3.3.4 De complexe gevoelens (3.4)

Een van de andere hindernissen waarop ouders en jongeren botsen tijdens de gezinstherapie zijn de complexe gevoelens die ze ervaren. Wanneer jongeren of ouders door deze emoties overspoeld geraken, kan dit mogelijks een nefast effect hebben op de openheid binnen de therapie. Het is de taak van de gezinstherapeut om dit op te merken en indien mogelijk te bespreken tijdens de sessie.

De ouders herkennen dat hun kinderen moeilijkheden hebben met de vele of hevige gevoelens die zij ervaren (3.4.1). Zowel de ouder van Lore als die van Laetitia beschrijven dit wanneer hen wordt gevraagd naar wat hen het meest heeft geraakt.

“Dat Lore het heel moeilijk heeft met bepaalde emoties [ouder van Lore, 14 jaar].”

“Hoe Laetitia perfect kan zeggen hoe de dingen zitten. Hoe zij toch inzicht heeft maar het allemaal emotioneel minder aankan [ouder van Laetitia, 15 jaar].”

Een van de ouders rapporteert ook gevoelens van angst. Hij beschrijft ongespecificeerde angsten maar ook de angst voor een mogelijke suïcidepoging van zijn kind (3.4.2). De ouder van Yasmien geeft aan dat hij verrast en geraakt is door de angsten die hij ervaart.

“... tijdens het gesprek zat ik vooral met mijn angsten en bezorgdheden [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

“Te horen dat Yasmien ook aan zelfdoding denkt, ook al had ze dit reeds gedeeld met mij. Dit nogmaals horen en horen ... is confronterend en roept angsten op [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend].”

onbekend].”

Mogelijks werd de ouder overspoeld door deze angsten en had dit een nefast effect op de openheid die hij binnen de gezinstherapie kon vertonen.

Ook Valerie geeft aan dat ze angst voelde (3.4.2). Die angst werkte belemmerend om zaken te bespreken. Ze beschrijft dat ze drempels ervoer om zaken te delen tijdens de therapie omdat er “ *iemand*” bij was.

“Ik had wel wat bang om sommige dingen te vertellen, omdat er iemand bij was... [Valerie, 15 jaar].”

Er zijn heel wat gevoelens die aan bod komen tijdens de therapie. Wanneer jongeren en ouders echter overspoeld worden door die emoties vormen deze een struikelblok: het werkt belemmerend om openlijk zaken te kunnen delen tijdens de therapie. Voornamelijk angst wordt door deze ouders en jongeren gerapporteerd.

3.4 De kwantitatieve data vanuit een kwalitatief perspectief bekeken

De DFS bevat ook een aantal kwantitatieve schalen. Er wordt aan de respondenten gevraagd om op een *numeric rating scale* tot 10 aan te geven in welke mate ze: (1) verteld hebben wat ze wilden vertellen, (2) zich begrepen voelden door de therapeut, (3) zich begrepen voelden door de andere gezinsleden. Zoals we eerder schreven zijn die schalen niet bedoeld om te meten (Sundet, 2014; Rober, 2017). Het zijn geen meetinstrumenten, maar ‘*conversational tools*’: ze helpen de cliënten om stil te staan bij hun ervaringen in de therapie en maken zaken bespreekbaar in de sessie (Rober, 2017).

In elk van de volgende paragrafen wordt nagegaan wat het betekent wanneer de ouders en jongeren zeer hoge scores (7/10 t.e.m. 10/10) toekennen aan een bepaalde vraag, maar ook wat het betekent wanneer ze zeer lage scores (0/10 t.e.m. 3/10) geven. Dit gebeurt door de kwantitatieve data te vergelijken met de kwalitatieve data.

In de volgende paragrafen geven we telkens grafisch weer hoe de gezinnen van Ina, Laetitia, en Yasmien over de verschillende sessies heen op de vragen antwoordden². Er werd voor die drie gezinnen gekozen omdat ze de meeste kwalitatieve feedback gaven. Het is belangrijk hierbij op te merken dat niet alle gezinsleden na elke sessie de DFS invulden.

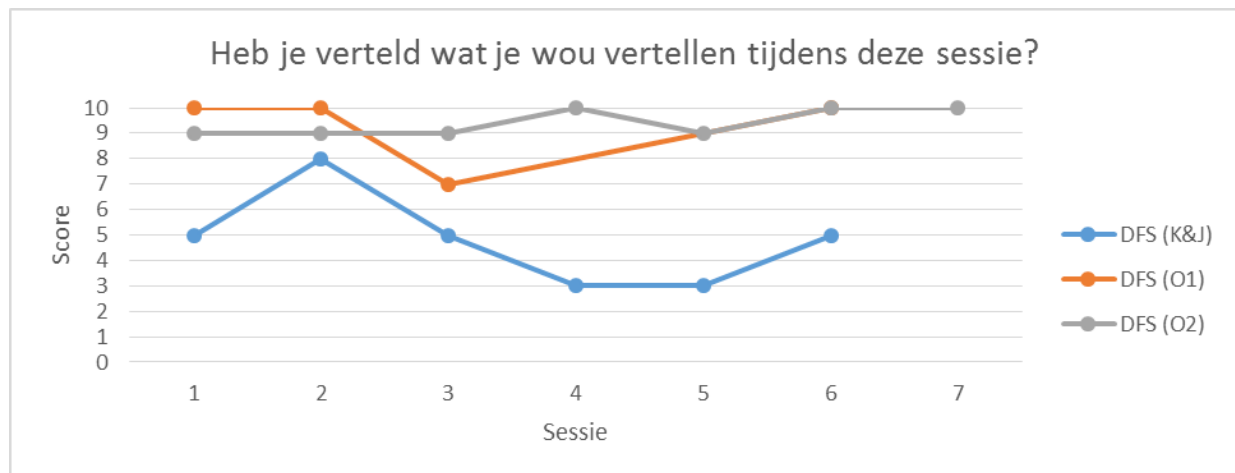
Bij elke vragenlijst verwijst ‘DFS K&J’ naar de jongere. ‘DFS O1’ en ‘DFS O2’ verwijzen naar de ouders

3.4.1 Heb je verteld wat je wou vertellen tijdens de sessie?

Er worden zowel zeer hoge cijfers, als zeer lage cijfers opgemerkt bij de vraag of ouders en jongeren verteld hebben wat ze wilden vertellen. Ouders en jongeren die een hoge score aan deze vraag toekenden, geven aan dat ze hun zorgen over diverse zaken hebben kunnen uiten, dat ze hun verhaal konden vertellen, en het gevoel kregen dat er iemand naar hen luisterde. Een jongere geeft een 10 waarna ze deze aanvult met *“Ja helemaal het was wel super fijn [Elke, leeftijd onbekend]”*. Een ouder beschrijft dat door de verschillende zaken te bespreken het makkelijker is om de bezorgdheden een plaats te geven. De ouder van Anke geeft aan dat hij ook de mogelijkheid kreeg om moeilijkheden te bespreken, *“Wat mij dwars zit vertel ik en daarop gaan we verder [ouder van Anke, leeftijd onbekend]”*, die ouder scoort de vraag vervolgens ook een 10/10.

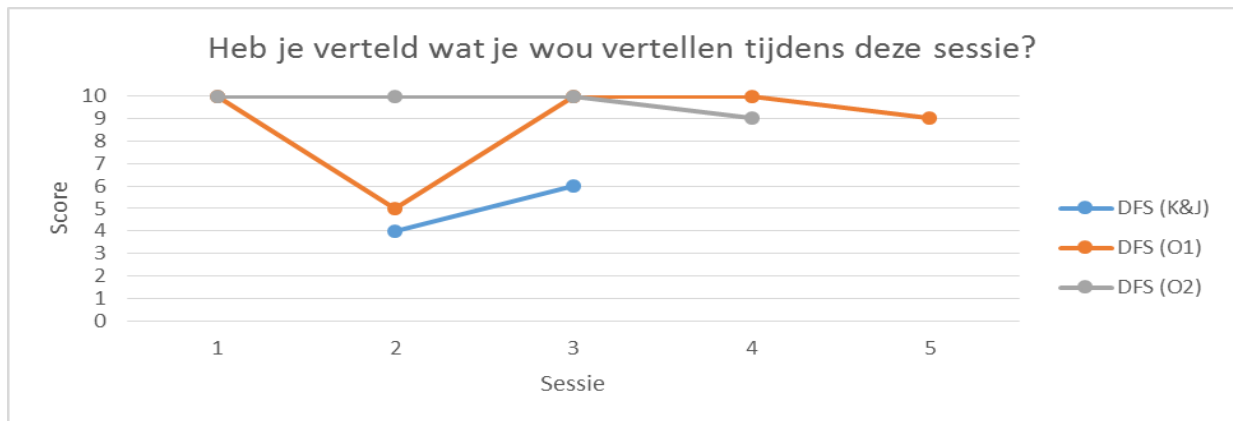
Lage cijfers op deze vraag lijken vooral samen te hangen met het feit dat jongeren nog niet durven te spreken, *“Soms hou ik mij nog in [Laetitia, 15 jaar]”*. Het laagste cijfer dat een van de ouders geeft is een 5/10. Er zijn verschillende ouders die vermelden in de DFS dat ze vaak nog iets meer hadden willen vertellen omtrent hun bezorgdheden. Bij die ouders komt naar voor dat ze hun kind op de voorgrond plaatsen en zichzelf op de achtergrond, *“Ina haar problemen staan nu op de 1e plaats, in de verdere toekomst wil ik wel meerdere zaken bespreken [ouder van Ina, 17 jaar]”*.

Gezin Ina



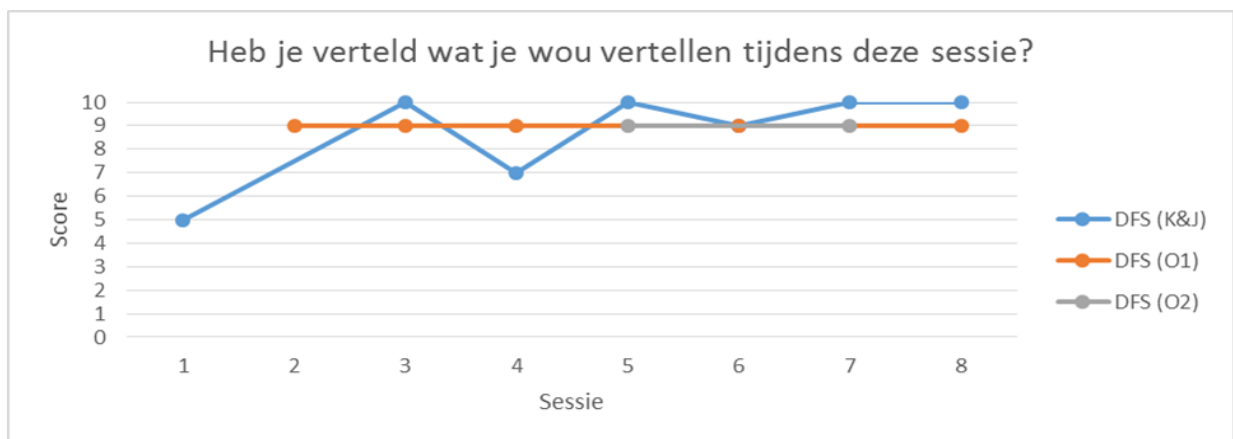
In het gezin van Ina kan vastgesteld worden dat de ouders van Ina bij de start van de sessie ervaren dat ze (bijna) alles konden vertellen wat ze wilden. Ouder 1 ervaart in sessie 3 dat hij/zij minder kon vertellen. Ouder 2 ervaart dit niet: hij/zij blijft over alle sessies heen deze vraag hoog scoren. Vanaf sessie 5 scoort ouder 1 deze vraag ook opnieuw hoog. Ina scoort deze vraag overheen de sessies relatief laag. Enkel sessie 2 geeft ze hogere cijfers. Ze geeft daarbij de volgende feedback: *“Soms was het moeilijk om over bepaalde onderwerpen te praten [Ina, 17 jaar]”*.

Gezin Laetitia



Beide ouders van Laetitia scoren deze vraag erg hoog, met uitzondering van ouder 1 tijdens de tweede sessie. Deze ouder verduidelijkt daarbij dat hij/zij iets meer had willen vertellen over Laetitia's zwaarmoedige gevoelens in de ochtend. Laetitia zelf scoort deze vraag slechts twee keer waarbij we telkens lage scores opmerken. Ze geeft in de DFS aan dat ze nog niet alles kan vertellen.

Gezin Yasmien



Yasmien scoort de mate waarin ze kon vertellen wat ze wou vertellen tijdens de eerste sessie lager dan tijdens de volgende sessies. Ze geeft hierbij aan dat ze meestal gewoon op de vragen antwoordt en zelf niet goed weet wat ze moet vertellen. De ouders scoren deze vraag over de sessies heen, hoog. Ouder 2 geeft daarbij volgende kwalitatieve feedback: *"Ik heb kunnen benoemen naar Yasmien toe dat ik graag goed wil zorgen voor haar en dat ze me daarbij kan helpen door aan te geven wat haar helpt of stoort [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend]"*.

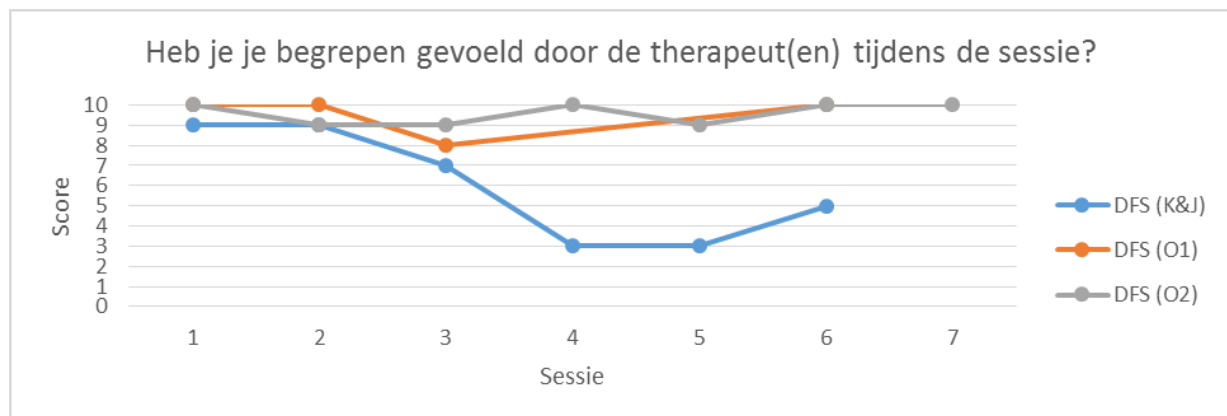
3.4.2 Heb je je begrepen gevoeld door de therapeut(en) tijdens de sessie?

Wanneer gepolst werd bij de participanten of ze zich begrepen voelden door de therapeut, merken we voornamelijk zeer hoge cijfers op. Ouders voelden zich begrepen in hun bezorgdheden en de reden waarom ze hulp zoeken. Een van de ouders geeft aan dat hij zich begrepen voelde in zijn opvoedingsaanpak, *“Ik voelde mij zeker begrepen in de aanpak die wij als ouders doen naar onze dochter [ouder van Jessica, 18 jaar]”*, hij scoort dit vervolgens een 9 op 10. Een jongere scoort deze vraag een 10. Toch geeft ze aan dat ze gewoon op de vragen antwoordt en zelf niet goed weet wat ze moet vertellen.

Er worden enkele lage cijfers opgemerkt bij deze vraag. Slechts één jongere geeft extra uitleg bij die lage cijfers, *“Ik zag het totaal niet zitten om een gezinsgesprek te houden, toch werd er zeer op doorgedrongen [Emma, 20 jaar]”*, ze scoorde het vervolgens ook een 2 op 10.

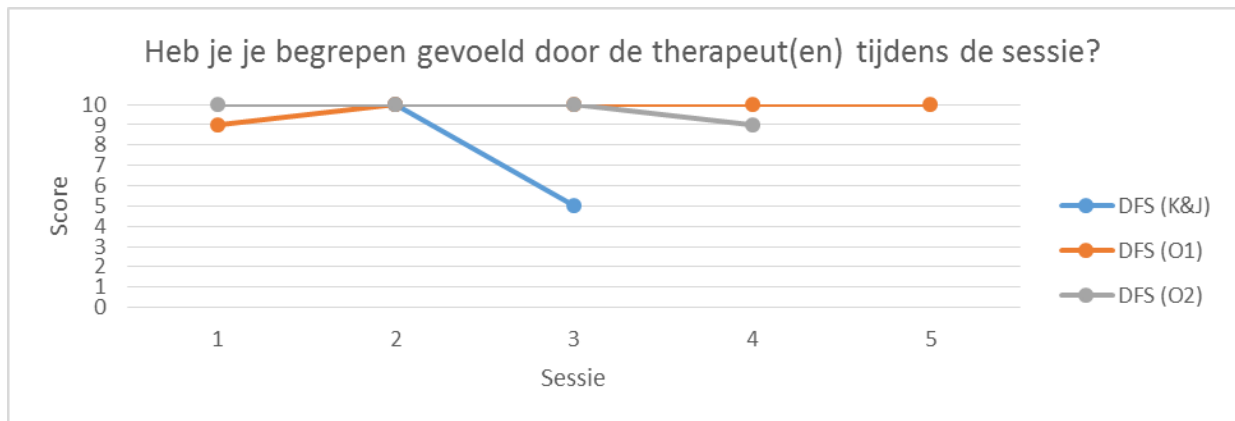
De reden waarom de andere participanten de mate van begrip door de therapeut zeer laag scoren, blijft ongekend. Deze lage scores worden best verder opgenomen in de therapie, aangezien dit mogelijk een teken kan zijn dat de cliënt de therapie niet als zinvol beschouwt.

Gezin Ina



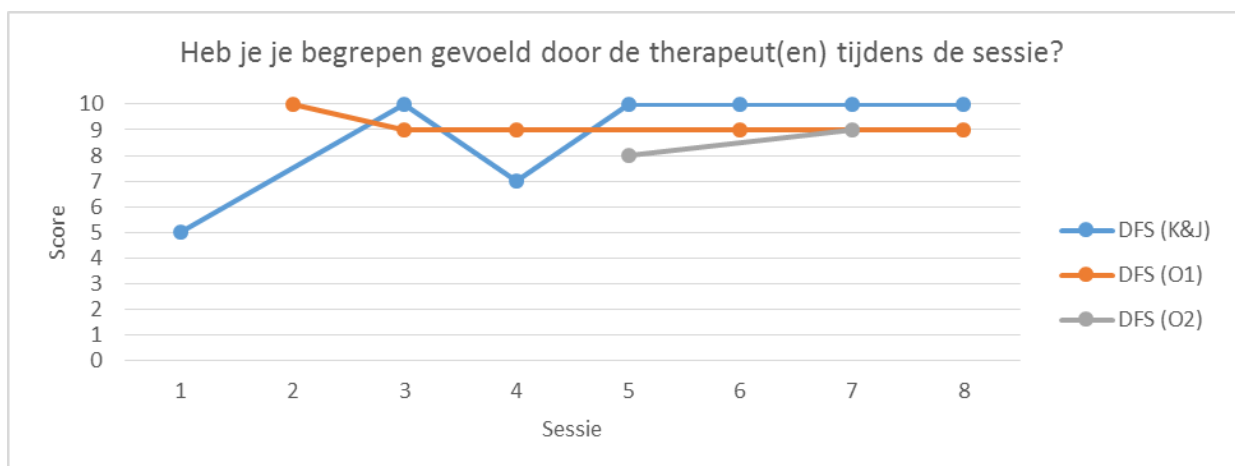
De drie gezinsleden scoren de mate waarin ze zich begrepen hebben gevoeld door de therapeut hoog, tijdens de eerste drie sessies. Vanaf sessie 4 scoort Ina dit heel wat lager. De lage cijfers gaan echter niet gepaard met een extra woordje uitleg. Tijdens de eerste sessies geeft Ina aan dat ze een luisterende therapeut ervoer die haar niet onderbrak. Ouder 1 geeft aan dat hij/zij het belangrijk vond dat de therapeut geen partij koos. Ouder 2 geeft ook aan dat de meerzijdige partijdigheid van de therapeut hem/haar hielp om zich begrepen te voelen.

Gezin Laetitia



Over de verschillende sessies heen worden hoge scores binnen dit gezin opgemerkt, met uitzondering van sessie 3. Laetitia scoort de mate waarin ze zich begrepen voelde een 5 op 10. Zij geeft echter geen extra uitleg over dit cijfer. De ouders geven aan dat ze zich begrepen voelden door de therapeut in de reden waarom ze hulp zoeken en de manier waarop ze met de problemen omgaan.

Gezien Yasmien



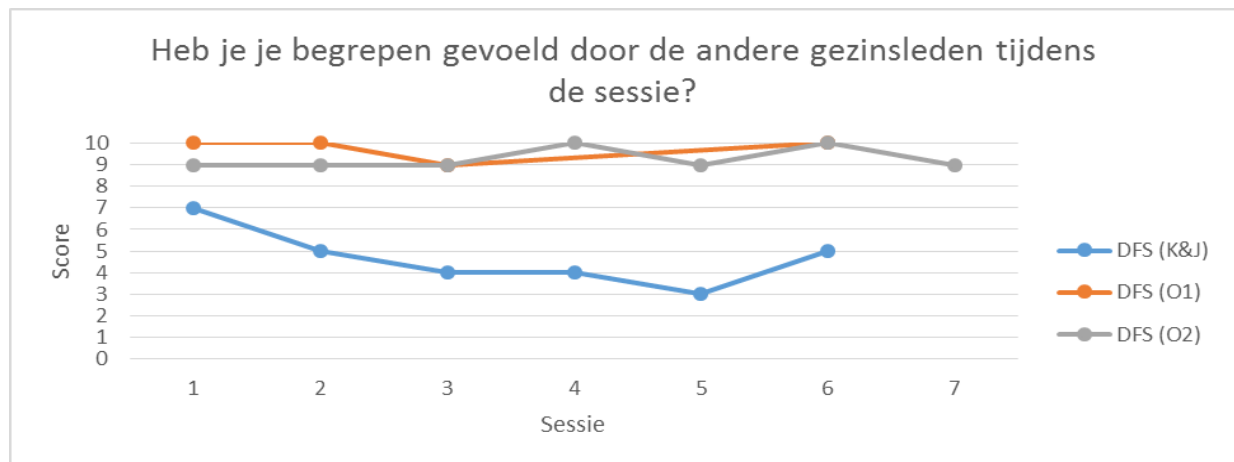
Yasmien scoort de eerste sessie erg laag. Ze geeft hier geen reden voor. De volgende sessies worden er hogere cijfers bij haar en haar ouders vastgesteld. Ouder 1 geeft aan dat hij/zij zich begrepen voelde in zijn/haar bezorgdheid over Yasmien. Ouder 2 geeft aan dat hij/zij zich niet begrepen voelde door de therapeut omdat hij/zij vond dat het gesprek meer gestuurd moest worden door de therapeut.

3.4.3 Heb je je begrepen gevoeld door de andere gezinsleden tijdens de sessie?

Ouders en jongeren scoren de mate van begrip door de andere gezinsleden zowel hoog als laag. Ouders geven aan dat er meer wederzijds begrip ontstond door naar elkaars bezorgdheden te luisteren. De moeder van Yasmien, bijvoorbeeld, geeft aan dat zij zich begrepen voelde door de andere gezinsleden in de onmacht die zij voelt, *"Ik voel me als mama vaak bezorgd, onmachtig en radeloos in het ondersteunen van Yasmien. Ik voel me hier wel in gezien en heb het gevoel dat hier ook aandacht aan besteed wordt [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend]"*.

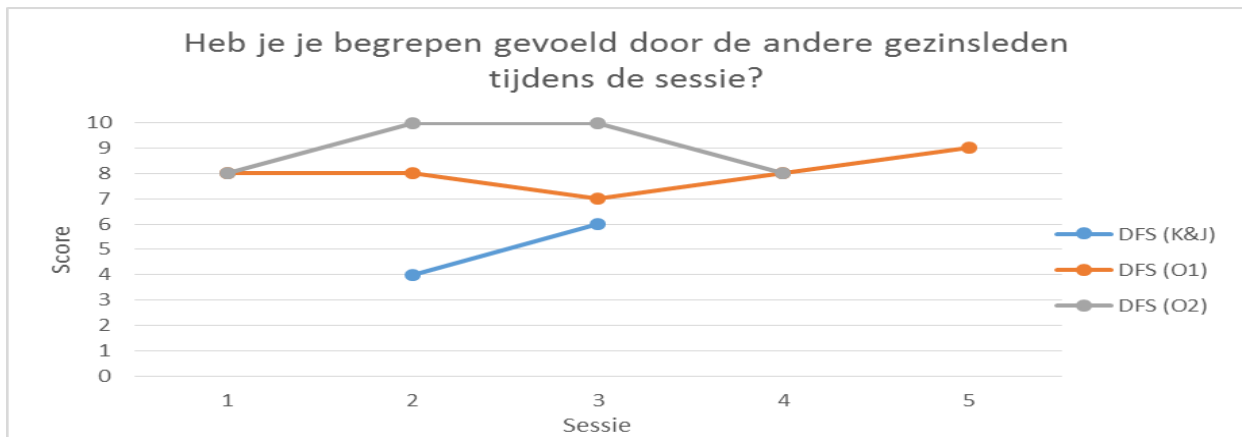
Bij de lage cijfers rapporteren de respondenten voornamelijk over het verschil in beleving tussen de verschillende gezinsleden. Dit aspect werd eerder besproken in '3.1.9.2 Het verschil in beleving tussen de gezinsleden'. Dit verschil bestaat zowel tussen de visies van de beide ouders als tussen de visie van de jongere en zijn/haar ouder(s). Bovendien geven ouders en jongeren aan dat ze moeilijk kunnen inschatten of er al dan niet meer begrip is ontstaan, *"Ik blijf het moeilijk vinden om dit te kunnen inschatten bij Elke of ze me al dan niet begrijpt...[ouder van Elke, leeftijd onbekend]"*.

Gezin Ina



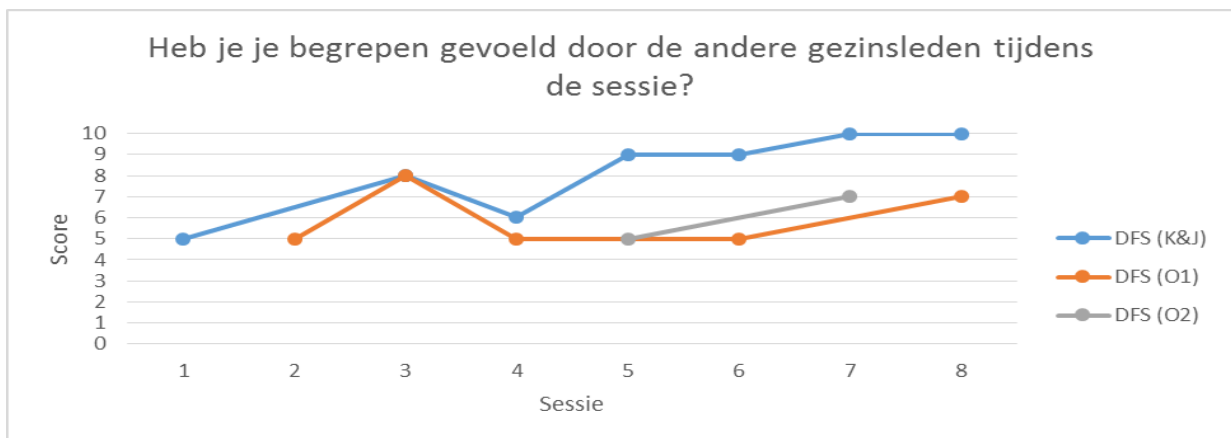
De ouders van Ina lijken zich begrepen te hebben gevoeld tijdens de sessie door de andere gezinsleden. Ina zelf scoort deze vraag heel wat lager. Over de sessies heen daalt de mate waarin ze zich begrepen voelde, met uitzondering van sessie 6. Ina geeft niet aan waarin ze zich niet begrepen voelde, ze geeft echter wel aan dat ze ervoer dat de andere gezinsleden haar niet onderbraken. Ouder 2 geeft aan dat hij/zij zich niet begrepen voelde in zijn bezorgdheden over Ina. Ook ervoer hij/zij moeilijkheden omdat Ina ontkent dat zij hulp nodig heeft. Ouder 1 geeft na sessie 1 aan dat hij/zij zich gedurende het gesprek begrepen voelde door de andere gezinsleden.

Gezin Laetitia



De ouders van Laetitia geven hoge scores aan de mate waarin ze zich begrepen voelden door de andere gezinsleden. Ouder 1 geeft aan dat hij/zij het gevoel had dat Laetitia soms vragen probeerde te vermijden. Tevens geeft ouder 1 aan dat hij/zij zich begrepen voelde in zijn/haar zorgen. Ouder 2 voelde zich echter niet begrepen door zijn/haar partner die de dagdagelijkse situatie anders beleeft dan hem/haar. Laetitia geeft aan dat haar gezinsleden haar soms niet begrepen, dit gaat dan ook gepaard met lage cijfers op de beide sessies waarover numerieke feedback werd gegeven.

Gezin Yasmien



Bij het gezin van Yasmien wordt een stijgende tendens vastgesteld in de mate waarin de gezinsleden zich begrepen voelden door elkaar. Ouder 1 geeft aan dat hij/zij het moeilijk vond om in te schatten of de andere gezinsleden hem/haar begrepen. De ouder geeft daarbij echter wel aan dat hij/zij meer begrip kreeg over de zorgen omtrent Yasmien. Ouder 2 lijkt dit ook ervaren te hebben: *“Ik had het gevoel dat, wat ik vertelde i.v.m. het verlies van belangrijke personen voor Yasmien, bevestigd werd waardoor ik het gevoel had dat zij mij begreep en ik haar [ouder van Yasmien, leeftijd onbekend]”*. De cijfers die Yasmien geeft, werden niet verder door haar toegelicht.

4 Discussie

In wat volgt bespreken we de resultaten die in het voorgaande hoofdstuk aan bod kwamen. Daarnaast staan we stil bij enkele beperkingen van het onderzoek. Het hoofdstuk ronden we af met een explorerende kwaliteitscontrole waarin we het onderzoek aan enkele kwaliteitscriteria toetsen.

4.1 De ervaring van jongeren die zichzelf verwonden en hun ouders binnen de gezinstherapie

Dit hoofdstuk bespreekt achtereenvolgens de zoektocht van het gezin, het therapeutisch proces, de hindernissen binnen de therapie, en de kwantitatieve data. In deze discussie wordt rekening gehouden met enkele belangrijke beperkingen. Het onderzoek betreft een kleine en exploratieve studie waarbij geen gebruik werd gemaakt van een vergelijkingsgroep. Tevens is dit het eerste onderzoek dat de ervaring van jongeren die zichzelf verwonden en hun ouders binnen de gezinstherapie onderzoekt. Hierdoor konden de resultaten van deze masterproef niet vergeleken worden met voorgaand onderzoek. Er werd met deze beperkingen rekening gehouden door de samenhang tussen de resultaten van dit onderzoek en de literatuur omtrent ZVG zeer voorzichtig te benaderen.

Na de verschillende resultaten uitvoerig te bespreken, formuleren we op het einde van dit hoofdstuk een antwoord op de onderzoeksvraag.

4.1.1 De zoektocht als gezin

Uit de resultaten merken we op dat een kind dat zichzelf verwondt heel wat teweegbrengt binnen een gezin. Ouders maken zich zorgen, proberen diverse zaken te begrijpen, zoeken contact met hun kind, en zoeken naar oplossingen. Ze kiezen ervoor om op een zeker moment samen met een gezinstherapeut die zoektocht verder te zetten.

Alle jongeren uit deze studie worden aangemeld met de problematiek van ZVG. Toch stellen noch de ouders, noch de jongeren het stoppen met het ZVG als enige doel voorop. Ouders willen beter leren communiceren, hun opvoeding aanpassen, en de grenzen van hun kind beter leren kennen. Een van de jongeren vermeldt dat ze het belangrijk vindt dat haar ouders de reden begrijpen waarom ze zichzelf verwondt. Het toont dat het doel van de gezinstherapie voor de participanten niet enkel is om het vertonen van zelfverwondende gedragingen stop te zetten, maar dat ze ook andere doelen willen bereiken. Een eenzijdige focus op de symptoomreductie zou hierbij dan ook tekort schieten. Dit is nochtans een veelvoorkomende aanpak, die vaak ook wordt vertaald in (outcome)onderzoek. Gezien de

veelzijdige doelstellingen die participanten aangeven voor gezinstherapie, dient hiermee ook rekening gehouden te worden bij de evaluatie van die therapievorm.

Uit de analyse van de DFS komt naar voor dat de respondenten tal van moeilijke levensgebeurtenissen meemaakten: de ziekte en verlies van een dierbaar familielid, alcoholmisbruik binnen de familie, trauma's ... Ook in de meta-review van Arbuthnott en Lewis (2015), die werd besproken in paragraaf '1.2.2 De dynamische relatie tussen het gezinsfunctioneren en ZVG', werd een samenhang tussen ZVG en enkele riscofactoren binnen het gezin aangetoond. Mogelijks zijn deze gezinnen, door de ervaringen in het verleden, meer bewust geworden van het belang van de onderlinge relaties bij de aanpak van problemen en kozen zij daarom ook vaker voor een systeemgerichte aanpak. We merken op dat ouders en jongeren de moeilijke levensgebeurtenissen tijdens de therapie met elkaar en met de gezinstherapeut kunnen delen, iets wat voor vele respondenten voorheen niet mogelijk was. Het bespreken van die zorgen resulteert in (meer) wederzijds begrip bij de ouders en hun kind. Ouders rapporteren o.a. een toegenomen inzicht in de conflicten thuis en de interesses van hun kind. We merken echter ook op dat er grenzen zijn aan het begrip dat ze voor elkaar kunnen tonen.

Bij het analyseren van de resultaten waren we enigszins verrast dat slechts één ouder zijn angst voor een suïcide(poging) vermeldt. Ondanks het duidelijk onderscheid tussen ZVG en suïcide, kan ZVG wel als een 'gateway' voor suïcide gezien worden (Whitlock et al., 2013). Er kunnen verschillende redenen naar voor gedragen worden waarom dit slechts door één ouder wordt aangehaald. Mogelijks is dit onderwerp te gevoelig en beladen om hierover te schrijven in een online vragenlijst. Een andere reden kan zijn dat therapeuten dit nog te weinig (durven) bevragen bij ouders en jongeren. Er zijn echter nog tal van andere redenen te bedenken waarom dit slechts door één ouder gerapporteerd wordt. Verder onderzoek is aangewezen om dit uit te klaren.

Uit de literatuur leerden we al dat jongeren die ZVG vertonen vaak een erg laag zelfbeeld hebben (Nixon et al., 2008). Uit een analyse van de resultaten van dit onderzoek leren we dat ze dat lage zelfbeeld durven te tonen binnen de gezinstherapie. Ouders zijn verrast en geraakt door het erg lage zelfbeeld van hun kind. Deze bevindingen lijken te suggereren dat de jongeren het lage zelfbeeld niet of weinig toonden in het bijzijn van de ouders voor de start van de therapie. Ouders merken op dat het bespreken van moeilijke thema's, waaronder het lage zelfbeeld, een positief effect heeft op hun kind (en het zelfbeeld van hun kind). Een van de ouders rapporteert dat sinds de opstart van de therapie zijn dochter haar krachten en kwaliteiten beter kan (h)erkennen.

De respondenten bespreken daarnaast ook de moeilijke herinneringen en het ZVG tijdens de gezinstherapie. Ouders lijken verbaasd te zijn dat hun kind zichzelf nog steeds verwondt en/of schrikken van de frequentie ervan. Wederom suggereert dit dat het ZVG door de jongeren in de gezinstherapie kan besproken worden, maar dat het voorafgaand thuis niet was gelukt om dit voldoende bespreekbaar te maken. Mogelijks verwachtten de ouders dat dit gedrag was gestopt van zodra ze waren gestart met de gezinstherapie. De gezinstherapeut kan helpen bij het zoeken naar een afstemming tussen de wens van de ouder en datgene wat het kind kan waarmaken. Misschien is het voor sommige jongeren nog niet haalbaar om te stoppen met het ZVG en dienen ouders hun vraag aan te passen zodat teleurstelling en ontgoocheling vermeden kunnen worden. Bij het voorleggen van deze resultaten aan de gezinstherapeuten, gaf een van de gezinstherapeuten aan dat ouders tijdens de gezinstherapie op zoek gaan naar ernstige achterliggende redenen voor het ZVG (P. Verhaert, persoonlijke communicatie, 27 maart 2017). De therapeut beschrijft hoe de ouders vaak niet begrijpen dat ZVG een deel van de sociale en persoonlijke identiteit van hun kind kan zijn. Deze bevinding werd ook uit de literatuur weerhouden, waar dit o.a. met het onderzoek van Breen en collega's (2013) werd geïllustreerd. Deze bevinding kan wel belangrijke implicaties hebben. Mogelijks voelen de jongeren, die weinig begrip ervaren van hun ouders over het ZVG, dat hun ouder uitsluitend kijkt naar het gedrag en geen rekening houdt met het feit dat ZVG ook een deel uitmaakt van hun identiteit.

In de therapie komen de grenzen van de jongeren ook aan bod. Ouders geven aan dat de gezinstherapie het mogelijk maakt dat hun kind zijn/haar grenzen kan bespreken. De ouders rapporteren dat ze na de gezinstherapie die grenzen beter kunnen (h)erkennen, bewaken, en respecteren dan voorheen.

Uit de resultaten blijkt dat bepaalde gebeurtenissen door verschillende leden van het gezin anders beleefd kunnen worden en een andere betekenis kunnen krijgen. De DFS kan de therapeut helpen om deze verschillen duidelijk in beeld te krijgen. Met deze informatie, kan de DFS gebruikt worden als een '*conversational tool*' die de dialoog tussen de therapeut en het cliëntsysteem op gang brengt, in stand houdt, en verrijkt (Rober & Van Tricht, 2012).

Ten slotte merken we op dat tal van ouders gevoelens van onmacht, onzekerheid, en hulpeloosheid rapporteren. McDonald en collega's (2007) beschrijven in hun kwalitatief onderzoek dezelfde bevindingen: moeders met een kind dat zichzelf verwondt rapporteerden dat ze zich machteloos voelen en nood hebben aan steun. Uit de analyse van de DFS blijkt dat ouders die gevoelens niet bespreken tijdens de gezinstherapie; ze plaatsen zichzelf volledig op de achtergrond en hun kind komt op de eerste plaats. Ze ervaren de gezinstherapie als een plek waar uitsluitend hun kind zijn/haar problemen kan

delen. De ouders geven daarbij aan dat ze hun zorgen niet delen binnen de gezinstherapie omdat ze hun kind niet extra willen belasten.

4.1.2 Het therapeutisch proces

Ouders en jongeren geven aan dat ze tijdens de sessie veel meer durven te vertellen dan ze initieel hadden verwacht. De respondenten stellen zich zowel tegenover de therapeut als de andere gezinsleden erg open op. Eén ouder merkt op dat dit ook een positief effect had op de openheid van zijn kind in de dagdagelijkse omgang. We herkennen openheid bij de jongeren, de ouders, en de andere gezinsleden, zowel binnen de therapie als erbuiten. Bij het voorleggen van dit resultaat aan de gezinstherapeuten, vermeldt een van de therapeuten (P. Verhaert, persoonlijke communicatie, 27 maart 2017) de vierde dimensie die door Iván Böszörményi-Nagy wordt aangehaald: de relationele ethiek. Die dimensie verwijst naar een soort relationele rechtvaardigheid: een evenwicht tussen geven en nemen in relaties, dat idealiter in evenwicht is (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). De gezinstherapeuten geven aan dat ze dit evenwicht willen bekomen door een veilige ruimte te creëren waarbinnen de gezinsleden open tegen elkaar kunnen spreken.

Ondanks deze openheid, die veel participanten bij zichzelf en de anderen herkennen tijdens de gezinstherapie, rapporteren ouders en jongeren dat ze niet alles konden vertellen wat ze wilden. Jongeren geven aan dat de tijd die ze hebben bij de gezinstherapeut verdeeld moet worden over de gezinsleden en ze bepaalde zaken (nog) niet kunnen delen. Ouders ervaren drempels om zaken te bespreken in het bijzijn van hun kind. Ze willen hen niet extra belasten met hun zorgen en problemen.

Uit de resultaten merken we op dat de ouders en jongeren zeer positief zijn over de gezinstherapie. Jongeren zelf geven aan dat het bevrijdend werkt en dat ze opgelucht waren na de sessie. Eén jongere gaf echter aan dat ze na de sessie wel heel wat moeilijkheden ondervond omdat ze moeilijke zaken had gedeeld tijdens de gezinstherapie. De participanten geven daarbij ook aan dat het verloop van de sessies verschilt over de sessies heen. De ene sessie beschrijven ze een rustig verloop, de volgende sessie geven ze aan dat het heel wat heviger was.

Bij de vraag of ouders en jongeren zich begrepen voelden door de therapeut, halen participanten voornamelijk de positieve relatie met de therapeut aan. De empathische houding en de meerzijdige partijdigheid van de therapeut worden door ouders en jongeren opgemerkt en zeer positief geëvalueerd. De participanten geven aan dat de therapeut een zeer warme, luisterende, en open houding aanneemt, waarbij hij/zij luistert naar ieders mening. De therapeuten binnen dit onderzoek kregen een

gespecialiseerde opleiding om adequaat met ZVG om te gaan. Trainingen en kennis over ZVG verbeteren mogelijks de therapeutische vaardigheden, verder onderzoek is hiervoor aangewezen. Voorgaand onderzoek wijst echter wel uit dat professionelen die training krijgen over ZVG meer empathie en een minder negatieve houding vertonen dan hulpverleners die geen training krijgen. Daarenboven blijkt ook dat training zorgt voor een grotere kennis en meer competentie omtrent ZVG (Muehlenkamp, et al., 2013).

4.1.3 De hindernissen binnen de therapie

Er worden verschillende zaken, voornamelijk door de ouders, aangehaald die een vlot verloop van de therapie belemmeren. We merken op dat ouders rapporteren dat hun kind op zijn/haar eigen wijze omgaat met de therapie. Ouders geven aan dat hun kinderen zich niet volledig kunnen open stellen. Ook hun emoties durven sommigen (nog) niet te tonen.

Een van de ouders merkt op dat zijn dochter haar problemen ontkent en hulp weigert. De ontkenning en aarzeling om hulp te aanvaarden door één of meerdere gezinsleden komt vaak voor in de gezinstherapie (Rober, 2002). Het is aangewezen dit binnen de gezinstherapie openlijk te bespreken. Het gesprek aangaan over de goede redenen van de aarzeling (Rober, 2002) is dan wellicht de beste route die de therapeut kan nemen. De gezinstherapeut moet de functie van de aarzelingen en ontkenning herkennen, erkennen, en bespreken. Misschien heeft de jongere het gedrag nog nodig of denkt hij/zij dat hij/zij nog niet klaar is om het gedrag los te laten (Claes & Vandereycken, 2007).

De respondenten beschrijven ook tal van complexe gevoelens. Die gevoelens kunnen een nefast effect hebben op de beoogde openheid binnen de gezinstherapie. Het meest wordt angst gerapporteerd als belemmerend gevoel tijdens de therapie.

Ten slotte merken we op dat de jongeren zelf minder hindernissen rapporteren dan de ouders. Mogelijks ervaren zij de situatie anders. Die discrepantie tussen de ervaring van de ouders en die van de jongeren kan misschien verklaard worden vanuit de verschillende stappen die gezet moeten worden in het geleidelijke proces tot het aanvaarden van hulp. Hierbij is het mogelijk dat de jongere wel al in staat is om op de antwoorden van de DFS aan te geven dat hulp nodig is, maar dat deze zelfde boodschap nog niet tijdens de gezinstherapie gebracht kan worden door de jongere.

4.1.4 De kwantitatieve data vanuit een kwalitatief perspectief bekeken

Gezien de DFS niet genormeerd, noch gevalideerd is, dient de analyse van deze gegevens uiterst voorzichtig te gebeuren. Het is niet onze intentie om grote waarheden te presenteren, wel bespreken we enkele opvallendheden die binnen de kwantitatieve gegevens aan bod komen.

Bij de vraag of de respondenten verteld hebben wat ze wilden vertellen, merken we op dat de respondenten zaken binnen de gezinstherapie kunnen bespreken die ze thuis niet kunnen bespreken. Dit gaat gepaard met hoge cijfers. Als lage cijfers gerapporteerd worden, zijn die voornamelijk te wijten aan het feit dat ouders zichzelf wegcijferen en hun kind op de eerste plaats zetten. Jongeren geven soms lage cijfers omdat ze niet goed weten wat ze wel en niet kunnen delen binnen de gezinstherapie.

Ouders voelen zich begrepen door de therapeut in hun zorgen en hun opvoedingsaanpak. Jongeren beschrijven een begripvolle en lieve therapeut die naar ieders mening luistert. Ze scoren de vraag of ze zich begrepen hebben gevoeld door de gezinstherapeut dan ook hoog. Enkele jongeren scoren deze vraag laag, dit gaat slechts één keer gepaard met kwalitatieve feedback. Mogelijks durven de respondenten hun feedback hierover niet neer te schrijven omdat ze weten dat de therapeut de feedback kan lezen. De gezinstherapeut neemt dit best verder op in de therapie.

Bij de vraag of de respondenten zich begrepen voelden door de andere gezinsleden vinden we dezelfde resultaten als in '3.1.3 Het (wederzijds) begrip dat mogelijk werd'. Ouders en jongeren geven aan dat er meer wederzijds begrip ontstond door naar elkaars bezorgdheden te luisteren. Dit gaat gepaard met hoge cijfers. Lage cijfers konden verklaard worden vanuit verschillen in mening en visie tussen de gezinsleden, die ook tijdens therapie (nog) niet overbrugd konden worden.

Bij elke kwantitatieve vraag gaven we voor drie gezinnen de evolutie van de score over de sessies heen, grafisch weer. Bij een grondige analyse van de drie gezinnen konden geen wederkerige patronen worden vastgesteld. Verder onderzoek met een beduidend grotere steekproef is hiervoor noodzakelijk.

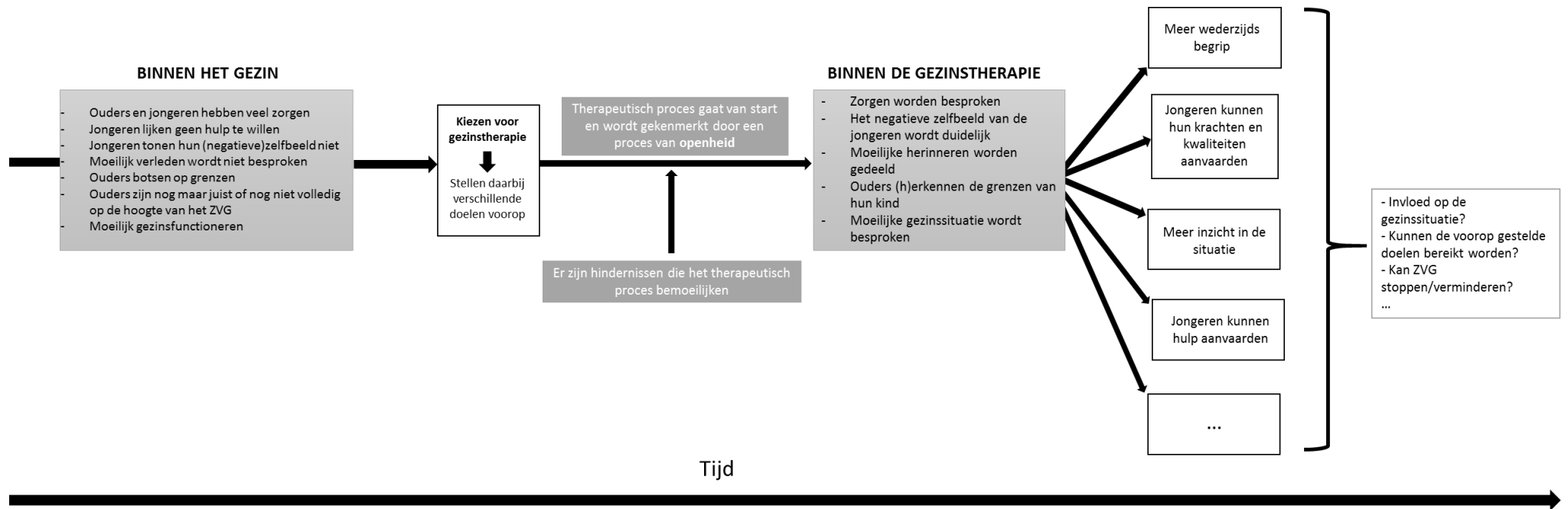
4.1.5 Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden en hun ouders de gezinstherapie?

In deze paragraaf formuleren we een antwoord op de onderzoeksvraag. In Figuur 5 wordt de conclusie schematisch weergegeven. De ouders en de jongeren ervaren gezinstherapie als een proces dat condities creëert waarbinnen ze de ruimte krijgen om zaken te delen die ze elders (thuis) niet kunnen delen. De figuur geeft schematisch weer hoe de gezinnen initieel thuis tal van zorgen ervaren die ze binnen hun gezin (nog) niet kunnen bespreken. Ze gaan samen met het gezin in therapie, waarbij elk gezinslid verschillende doelen voorop stelt. Deze doelen gaan verder dan uitsluitend het reduceren of stoppen van het ZVG.

De gezinstherapie maakt het voor de gezinsleden mogelijk om hun zorgen te delen. Jongeren krijgen de ruimte om te vertellen over hun negatieve zelfbeeld, de moeilijke herinneringen, hun grenzen, het ZVG, en het (moeilijke) gezinsfunctioneren. Dit proces leidt vervolgens weer tot meer inzicht en begrip voor elkaar. Daarenboven merken we op dat de jongeren geleidelijk aan de hulp kunnen aanvaarden en hun krachten en kwaliteiten kunnen herkennen. Verder onderzoek dient uit te wijzen of dit op zijn beurt ook een effect heeft op de gezinssituatie, de doelen die werden opgesteld, en het ZVG.

Figuur 5 toont hoe het therapeutische proces gekenmerkt wordt door een proces van groeiende openheid jegens elkaar. Er is een voortdurend aftasten en afwegen wat de jongeren en de ouders al dan niet met elkaar kunnen delen. De warme, begripvolle, en lieve therapeut die luistert naar ieders mening helpt de jongeren en de ouders open te zijn tegenover elkaar én de therapeut. Binnen dit proces van geleidelijk meer openheid tonen, stellen we echter ook enkele hindernissen vast. De complexe gevoelens waaronder angst, het nog niet kunnen aanvaarden van de hulp, en het contact dat jongeren nog niet kunnen maken met hun binnenkant zijn enkele hindernissen die voornamelijk de ouders rapporteren.

Ten slotte merken we ook de kracht van de DFS op. De vraag naar wat de jongeren en ouders het meest heeft geraakt en verrast, leverde ons de rijkste data op. Ook voor de gezinstherapie vormen deze vragen een schat aan informatie waarmee de therapie tot een hoger niveau kan worden gebracht. Deze informatie geeft de therapeut inzicht in de verschillende dynamieken en visies binnen het gezin die soms (nog) niet gedeeld kunnen worden tijdens de sessie. De kwantitatieve vragen maken het mogelijk om het traject van de jongeren en ouders t.o.v. elkaar en over de sessies heen te vergelijken. De therapeut kan op die manier de processen binnen de therapie monitoren en snel opmerken wanneer cliënten dreigen af te haken.



Figuur 5. De zoektocht als gezin schematisch weergegeven over de tijd

4.2 De beperkingen van het onderzoek

Deze studie is een exploratieve en kleine studie waarbij 31 jongeren en hun ouders de Dialogische Feedbackschaal na elke sessie bij de gezinstherapeut online invulden. Slechts negentien van de participanten vulden de vragenlijst in. Hierdoor konden we de overige twaalf gezinnen niet opnemen in het onderzoek. Daarenboven merken we op dat er binnen de DFS vragenlijsten van deze negentien gezinnen beperkingen zijn: niet iedereen (beide ouders en de jongere) vulde de DFS in, deze werd niet na elke sessie ingevuld, en de feedback is vaak heel summier. Bij een horizontale en verticale lezing van de verschillende DFS vragenlijsten kunnen we geen wederkerend patroon vaststellen in de non-respons: we kunnen bijvoorbeeld niet vaststellen dat er minder feedback wordt gegeven na de eerste sessie dan na de volgende sessies.

We kunnen tal van redenen aanhalen waarom de DFS niet nauwgezet werd ingevuld door deze participanten. Ten eerste kan dit een gevolg zijn van het feit dat de participanten de DFS online invulden: de participanten konden het invullen ervan al snel vergeten binnen de dagelijkse routine en activiteiten. Daarenboven kregen de ouders en de jongeren ook tal van andere kwantitatieve vragenlijsten die ze moesten invullen waarbij ze uitsluitend een cijfer moesten aanklikken. Mogelijks was het te moeilijk om alle vragenlijsten na elke sessie opnieuw nauwgezet en diepgaand in te vullen. Een andere mogelijke oorzaak voor de beperkte respons is dat de DFS niet werd gebruikt zoals door Rober en Van Tricht (2015) bedoeld is. De DFS moet eigenlijk met *'pencil and paper'* ingevuld worden door elk gezinslid op het einde van de sessie, in aanwezigheid van de andere gezinsleden. Bij het begin van de volgende sessie wordt de DFS dan met het gezin besproken. Wanneer de therapeuten de DFS op deze manier integreren in de therapie, is deze nagenoeg altijd door alle gezinsleden ingevuld (P. Rober, persoonlijke communicatie, 15 februari 2017). Binnen het kader van dit onderzoek werd de DFS echter losgemaakt van het therapeutische proces waar hij eigenlijk in geïntegreerd had moeten worden.

We moeten ons ervan bewust zijn dat de non-respons een vertekening in de resultaten kan teweegbrengen. Mogelijks vulden enkel diegene die zeer tevreden of juist zeer ontevreden waren over de therapie de DFS in. Daarenboven is een feedbackcultuur niet binnen elk gezin en bij elke therapeut mogelijk; beiden moeten hiervoor open staan. Misschien vulden enkel de gezinnen die hiervoor open staan de vragenlijsten in. Op die manier verkregen we mogelijks extreme resultaten.

De respondenten rapporteren voornamelijk over de zoektocht binnen de therapie; de mechanismen die zich afspelen buiten de therapie worden minder belicht. Die eenzijdige focus is te wijten aan de

vragen van de DFS die hoofdzakelijk peilen naar de mechanismen die zich afspelen binnen de gezinstherapie. Door die focus werden sommige zaken niet bevraagd en dus niet toegelicht. Tevens was er geen mogelijkheid om extra vragen te stellen over bepaalde antwoorden. Een diepte-interview of focusgroep zou deze beperkingen enigszins kunnen opvangen.

Een andere beperking van het onderzoek vormen de mogelijk sociaal wenselijke antwoorden van de respondenten. De gezinstherapeuten konden de antwoorden van hun cliënten inkijken zodat ze hiermee feedbackgericht konden werken. Mogelijks durfden de participanten hierdoor geen negatieve feedback te geven en is dit ook de oorzaak van de zeer beperkte kwalitatieve feedback bij de vraag of ze zich begrepen hebben gevoeld door de gezinstherapeut. Voor het onderzoek zou deze beperking verholpen kunnen worden door de antwoorden van de DFS niet te delen met de gezinstherapeuten. Er werd echter geopteerd om de DFS-vragenlijsten te delen zodat de gezinstherapeuten hiermee feedbackgericht konden werken.

Een laatste bemerking die we maken is dat dit onderzoek van start is gegaan met een uitgebreide schets van het theoretisch kader omtrent ZVG en gezinstherapie. Een mogelijk nadeel hiervan is dat dat deze theoretische kennis de onderzoeker stuurde (Maso & Smaling, 1998). Mogelijks verengt de achtergrondkennis het beeld van de onderzoeker en wordt er slechts gefocust op bepaalde aspecten. Aangezien dit onderzoek een exploratief onderzoek is, opteerden we toch voor deze benadering omdat deze achtergrondkennis ook tal van voordelen kent. Ten eerste maakte deze manier van werken het mogelijk om de data, die zonder theoretische achtergrond niet begrepen kan worden, te interpreteren. Ten tweede is geen enkele onderzoeker een tabula rasa: de onderzoeker heeft zijn eigen geschiedenis en overtuigingen die mee een rol spelen in het vorm geven van het onderzoek. Ten derde gaf de literatuur ons ook de kans om na te gaan welke onderzoeken reeds bestonden omtrent dit onderwerp, zo konden we vermijden dat we onderzoek verrichtten dat reeds was uitgevoerd (Maso & Smaling, 1998).

4.3 Een explorerende kwaliteitscontrole

Kwaliteitscriteria in een kwalitatief onderzoek zijn een veelbesproken onderwerp waarbij er geen algemene consensus over deze criteria bestaat (Seale, 1999). Kvale (2007) plaatst in zijn boek de *methodological awareness* als belangrijk uitgangspunt voorop. *Methodological awareness* houdt in dat de onderzoeker zich steeds bewust moet zijn van de keuzes die hij maakt en de voor- en nadelen ervan ten opzichte van elkaar dient af te wegen (Kvale, 2007). In wat volgt lichten we de keuzes die we maakten toe aan de hand van de richtlijnen die Elliott en zijn collega's voorop stellen (1999). Het blijft echter de taak van de lezer om de geldigheid van het onderzoek te beoordelen (Kvale, 1996).

Elliott en collega's (1999) stellen in hun artikel zeven verschillende richtlijnen voor om kwalitatief onderzoek af te toetsen.

Ten eerste hebben we het perspectief van de onderzoeker geduid (*owning one's perspective*). De ervaring van de onderzoeker met betrekking tot ZVG (de supervisies en workshop die de onderzoeker bijwoonde en gaf) werd vermeld en meegenomen in het onderzoek. Daarnaast zijn we ons bewust dat ook de achtergrondkennis van de onderzoeker over ZVG een invloed heeft op haar perspectief. Zoals eerder werd vermeld, was dit een bewuste keuze. Op die manier konden we de data beter begrijpen en situeren.

Ten tweede gaf de onderzoeker extra achtergrondinformatie over de participanten mee aan de lezer (*situating the sample*). Door het consulteren van de socio-demografische gegevens van de respondenten beschikten we over enkele extra achtergrondgegevens van de jongeren, weergegeven in Bijlage 5. We beschikten echter niet over extra gegevens van de ouders. Gezien de anonimiteit van de participanten konden we die ook niet achterhalen.

Ten derde haalden we verschillende voorbeelden aan bij het beschrijven van de data (*grounding in examples*). Het bespreken van de resultaten in dit onderzoek ging steeds gepaard met één of meerdere citaten van de respondenten.

Ten vierde toetsten we de geloofwaardigheid van het onderzoek af bij verschillende auditors (*credibility checks*). De data-analyse en werkwijze legden we voor aan de onderzoeksgroep van de unit Context, UPC KU Leuven. Tevens vond er op regelmatige tijdstippen overleg plaats met de promotoren van dit onderzoek. Beiden namen dan ook de rol van auditors op zich. De auditors boden een verschillend perspectief op het onderzoek (Hill, et al., 1997). Door het nalezen van de ruwe data konden ze nagaan of de codes onder de juiste thema's waren ondergebracht, de thema's de juiste

benamingen hadden gekregen, en alle mogelijke codes uit de data werden gehaald. De auditor kon ook veranderingen in de titels van de thema's suggereren of voorstellen dat bepaalde thema's werden verdeeld of gecombineerd. Daarnaast waren ze de uitgelezen personen om eventuele discrepanties op te merken (Hill, et al., 1997). Naast het voorleggen van de data en de resultaten aan de auditors, presenteerden we de resultaten aan de gezinstherapeuten. We gingen na of zij de resultaten herkenbaar vonden. Hun mening en opmerkingen namen we vervolgens op in de bespreking van de resultaten.

Ten vijfde is het onderzoek een samenhangend geheel (*coherence*): de verschillende thema's en hun onderlinge beïnvloeding werden steeds expliciet vermeld en werden grafisch weergegeven in Figuur 5. We maakten gebruik van pijlen die de temporele-sequentiële relaties aantoonde. Daarenboven gaven we een mindmap mee die een overzicht van de logische-hiërarchische codes grafisch weergeeft, hiervoor verwijzen we naar Bijlage 8.

Ten zesde besprak de onderzoeker zowel algemene, als specifieke onderzoekstaken (*accomplishing general vs specific research tasks*). Een algemeen begrip van het fenomeen werd gegeven, waarbij we de algemene bevindingen uit de resultaten mededeelden. Daarnaast besteedden we ook aandacht aan het nader bestuderen van enkele gezinnen afzonderlijk.

Ten slotte stellen Elliott en collega's dat het onderzoek de lezer moet aanspreken (*resonating with readers*). We beoogden in de tekst de ervaring van de jongeren en ouders door middel van een rijke beeldspraak weer te geven. Hierbij bleven we dicht bij de bewoording van de respondenten zelf. Een voorbeeld hiervan is de benaming van de codes die gebruik maken van de woorden die de respondenten zelf gebruiken.

5 Conclusie

Deze masterproef zoekt een antwoord op de vraag: *'Hoe ervaren jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden en hun ouders de gezinstherapie?'* Het onderzoek maakt hiervoor gebruik van de Dialogische Feedbackschaal, een instrument dat de gezinstherapeut hanteert om feedbackgericht te werken. Drie hoofdthema's worden voorgesteld: de zoektocht als gezin, het therapeutisch proces, en de hindernissen binnen de therapie.

De respondenten ervaren de gezinstherapie als een zoektocht. Een zoektocht met vallen en opstaan waarbij de gezinsleden geleidelijk steeds meer openheid tegenover elkaar en de gezinstherapeut kunnen tonen. De participanten geven aan dat er binnen de zoektocht plaats wordt gemaakt om de bezorgdheden met elkaar te delen. Het negatieve zelfbeeld, het ZVG dat jongeren (nog) vertonen, en de grenzen van de jongeren, kunnen besproken worden binnen de gezinstherapie. Het zijn zaken die de jongeren en ouders elders (thuis) niet kunnen delen. De gezinstherapie lijkt dit wel mogelijk te maken. Op deze manier kunnen gevoelens van onmacht en onzekerheid verminderd worden en kan wederzijds begrip worden geïnstalleerd. Jongeren leren de hulp van de gezinstherapeut en van de ouders geleidelijk te aanvaarden. Deze masterproef merkt op dat de participerende ouders heel erg betrokken zijn. Ondanks dat er tal van factoren zijn die het gezinsfunctioneren bemoeilijken (echscheiding, conflict, alcoholmisbruik ...), willen ouders er zijn voor hun kind. Een zware opdracht die nog moeilijker wordt door de gevoelens van onmacht en onzekerheid die ze ervaren, maar die ze niet lijken te bespreken in de gezinstherapie. Ze plaatsen zichzelf volledig op de achtergrond en geven aan dat hun kind op de eerste plaats komt.

Daarnaast blijkt uit de resultaten dat het therapeutisch proces een proces is van geleidelijke openheid die de cliënten tegenover zichzelf, de andere gezinsleden, en de therapeut kunnen tonen. De warme, lieve, en begripvolle therapeut die naar de zorgen van alle gezinsleden luistert, helpt bij het bevorderen van die openheid. Binnen het proces rapporteren de cliënten ook beperkingen bij de openheid die ze kunnen tonen. Sommigen ervaren dat ze niet goed weten wat ze wel en niet kunnen vertellen tijdens de therapie. Ouders maken daarbij de afweging of ze hun bezorgdheden wel moeten delen met hun kind; ze willen hun kind niet extra belasten met hun zorgen.

Het laatste thema merkt de hindernissen binnen de therapie op. Uiteenlopende emoties komen aan bod, die een nefast effect kunnen hebben op de openheid van de gezinsleden binnen de therapie. De participanten beschrijven moeilijkheden die ze ervaren bij het maken van contact met hun binnenkant

en bij het al dan niet durven tonen van hun emoties. Ouders geven daarnaast aan dat ze soms moeilijkheden ervaren met de manier waarop hun kind omgaat met de therapie.

Naast de bevindingen uit de resultaten komt ook de kracht van de Dialogische Feedbackschaal naar voor in dit onderzoek. De vraag naar wat de jongeren en ouders het meest heeft geraakt en verrast, levert ons de rijkste data op. Zowel voor het klinisch werkveld als voor wetenschappelijk onderzoek vormen deze vragen een bron van informatie. Verder onderzoek naar het gebruik van de DFS binnen de gezinstherapie is aangewezen.

Verder onderzoek is ook aangewezen om de specificiteit van jongeren die zichzelf verwonden binnen de gezinstherapie na te gaan. Dezelfde vragenlijsten zouden dan kunnen voorgelegd worden aan jongeren die zichzelf niet opzettelijk verwonden en hun ouders die ook gezinstherapie volgen. Op die manier kan een vergelijkende studie tot stand gebracht worden. Daarenboven is onderzoek met andere onderzoeksmethoden voor verdere exploratie van dit thema aangewezen. Een kwantitatief onderzoek waarbij een grotere steekproef genomen wordt, is nodig om de waarde van de kwantitatieve data verder te analyseren. Verschillen over de sessies heen, tussen ouder en kind, en over de gezinnen heen kunnen door die studie toegelicht worden. Daarnaast is het ook aangewezen om met andere data-verzamelmethode, bijvoorbeeld diepte-interviews of focusgroepen, de onderzoeksvraag verder te exploreren.

Het doel van deze studie was om na te gaan hoe jongeren die zichzelf verwonden en hun ouders de gezinstherapie ervaren. Dit onderzoek geeft een exploratief beeld van hoe een kleine groep participanten de gezinstherapie ervaren. Algemeen stellen we vast dat de participanten de gezinstherapie als een zoektocht ervaren waarin ze steeds meer openheid kunnen tonen tegenover zichzelf én de andere gezinsleden.

ZVG is een prevalent probleem in onze maatschappij en gezinstherapie is een beloftevolle benadering. Verder onderzoek is zeker aangewezen om deze benadering binnen de problematiek van ZVG verder te verkennen.

Referentielijst

- A. J. (2016, 14 september). 1 op de 5 jongeren verwondt zichzelf: "Zorgwekkend dat het een hype is op internet". Het Laatste Nieuws. Geraadpleegd via <http://www.hln.be>
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5), de Nederlandse vertaling van de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Anderson, N. L., & Crowther, J. H. (2012). Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. *Archives of Suicide Research, 16*(2), 124-134. doi: 10.1080/13811118.2012.667329
- Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives of Suicide Research, 14*(1), 79-88. doi: 10.1080/13811110903479086
- Andrews, T., Martin, G., Hasking, P., Page, A. (2014). Predictors of onset for non-suicidal self-injury within a school-based sample of adolescents. *Prevention Science, 15*(6), 850-859. doi: 10.1007/s11121-013-0412-8
- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., ... Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9*, 449-461. doi: 10.1007/s11121-013-0412-8
- Arbuthnott, A. E., & Lewis, S. P. (2015). Parents of youth who self-injure: A review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*(1), 1-20. doi: 10.1186/s13034-015-0066-3
- Baert, S. (2011). Feedback van behandelresultaten in de hulpverlening. *Signaal, 76*(20), 4-15.
- Baetens, I. (2013). *Non-suicidal self-Injury in adolescence: Interplay between psychological distress and parenting* (Ongepubliceerde doctoraat). Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoekseenheid Klinische Psychologie, België.
- Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P., & Martin, G. (2015a). The relationship between parental expressed emotions and non-suicidal self-injury: The mediating roles of self-criticism and depression. *Journal of Child and Family Studies, 24*(2), 491-498. doi: 10.1007/s10826-013-9861-8
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., ... Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *Journal of Early Adolescence, 34*(3), 387-405. doi: 10.1177/0272431613494006

- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2011a). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of suicide research*, *15*(1), 56-67. doi: 10.1080/13811118.2011.540467
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of Adolescence*, *35*(3), 753-759. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.11.001
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., ... Griffith, J. W. (2015b). The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: A longitudinal analyses of the perspective of the parent. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *9*(24), 1-6. doi: 10.1186/s13034-015-0059-2
- Baetens, I., Claes, L., Willem, L., Muehlenkamp, J., & Bijttebier, P. (2011b). The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child- and parent-report. *Personality and Individual Differences*, *50*(4), 527-530. doi: 10.1016/j.paid.2010.11.015
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New York: Prentice hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. (2012). Rates of non-suicidal self-injury in youth: Age, sex and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, *130*(1), 39-45. doi: 10.1542/peds.2011-2094
- Beel, V. (2016, 1 maart). Ik hoef mezelf niet meer te snijden. Maar de pijn zit nog in mij. *De Standaard*. Geraadpleegd via <http://www.standaard.be>
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible Loyalties*. New York: Harper & Row.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Breen, A. V., Lewis, S. P., & Sutherland, O. (2013). Brief report: Non-suicidal self-injury in the context of self and identity development. *Journal of Adult Development*, *20*(1), 57-62. Doi: 10.1007/s10804-013-9156-8
- Brent, D. A., McMakin, D. L., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, T. L., & Douaihy, A. (2013). Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(12), 1260-1271. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.009

- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Bureau, J.-F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 484-494. doi: 10.1007/s10964-009-9470-4
- Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, ... Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: A qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 493-504. doi: 10.1177/1359104508096765
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x
- CKA. (2016, 15 september). Zelfverwonding is besmettelijk. *De Standaard*. Geraadpleegd via <http://www.standaard.be>
- Claes, L., De Raedt, R., Van de Walle, M., & Bosmans, G. (2016). Attentional bias moderates the link between attachment-related expectations and non-suicidal self-injury. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 540-548. doi: 10.1007/s10608-016-9761-5
- Claes, L., Luyckx, K., & Bijttebier, P. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence and associations with identity formation above and beyond depression. *Personality and Individual Differences*, 61-62, 101-104. doi: 10.1016/j.paid.2013.12.019
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Zelfverwonding: Hoe ga je er mee om?* Tielt: Lannoo.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2004). Personality traits in eating disordered patients with and without self-injurious behaviours. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 399-404. doi: 10.1521/pedi.18.4.399.40346
- Clarke, A. R., Schneiden, C., Hamilton, B. A., Dudley, A. M., Beard, J. Einfeld, S. L., ... Narrelle, G. (2004). Factors associated with treatment compliance in young people following an emergency department presentations for deliberate self-harm. *Archives of suicide research*, 8(2), 147-152. doi: 10.1080/13811110490270994
- Courtney, L. M., Heather, A. L., Song, E. P. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescents: Addressing the function and the family from the perspective of systemic family therapies. *The American Journal of Family Therapy*, 44(4), 211-220. doi: 10.1080/01926187.2016.1150798
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinnazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma

- diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Deiter, P. J., & Nicholls, S. S. (2000). Self-injury and self-capacities: Assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 1173-1191. doi: 10.1002/1097-4679(200009)56:9<1173::AID-JCLP5>3.0.CO;2-P
- Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 1-13. doi: 10.1080/13811110802101096
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for suicidal adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122–131. doi: 10.1016/j.jaac.2009.11.002
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J., Borowsky, I. W. (2010). Adolescents violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 125(4), 778-786. doi: 10.1542/peds.2009-0597
- Eisner, E. W. (1991). *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York: Macmillan.
- Elliott, R., Fisher, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publications of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*. 38(3), 215-229. doi: 10.2348/014466599162782
- Fadum, E. A., Stanley, B., Rossow, I., Mork E., Törmoen, A. J., & Mehlum, L. (2013). Use of health services following self-harm in urban versus suburban and rural areas: A national cross-sectional study. *BMJ Open*, 3(7), 2570. doi: 10.1136/bmjopen-2013002570
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: the Johns Hopkins University Press.
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: A descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8(369), 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-8-369
- Franklin, J. C., Hessel, E. T., Aaron, R. V., Arthur, M. S., Heilbron, N., & Prinstein, M. J. (2010). The functions of nonsuicidal self-injury: Support for cognitive-affective regulation and opponent processes form a novel psychophysiological paradigm. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 850-862. doi: 10.1037/a0020896

- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2483-2490. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.002
- Glenn, C., & Klonsky, E. D. (2013). Non-suicidal self-injury: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 496-507. doi: 10.1080/15374416.2013.794699
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. doi: 10.1093/clipsy.bpg022
- Gray, G. V., & Lambert, M. J. (2001). Feedback: A key to improving therapy outcomes. *Behavioral healthcare Tomorrow*, 10(5), 24-25.
- Hall, B., & Place, M. (2010). Cutting to cope – A modern adolescent phenomenon. *Child: Care, Health, and Development*, 36(5), 623–629. doi:10.1111/j.13652214.2010.01095.x
- Halstead, R. O., Pavkov, T. W., Hecker, L. L., & Seliner, M. M. (2014). Family dynamics and self-injury behaviors: A correlation analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 246–259. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00336.x
- Hasking, P. A., Coric, S. J., Swannell, S., Martin, G., Thompson, H. K., & Frost, A. D. J. (2010). Brief report: Emotion regulation and coping as moderators in the relationship between personality and self-injury. *Journal of Adolescence*, 33(5), 767-773. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.12.006
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M. K. (2009). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. In Nixon, M. K., & Heath, N. L., *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (p. 9-27). New York: Routledge.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Nutt Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 512-572.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of non-suicidal self-injury among young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455-469. doi: 10.1177/0272431608316604.
- Howitt, D. (2016). *Introduction to qualitative research methods in psychology (Third edition. ed.)*. Harlow: Pearson Education.
- Hughes, E. K., Allan, E., & Le Grange, D. (2014). Family therapy for eating disorders and non-suicidal self-injury. In Claes, L., & Muehlenlamp, J. J. (Eds.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (p. 147-162). New York: Springer.

- Jenkins, A. L., & Schmitz, M. F. (2012). The roles of affect dysregulation and positive affect in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 16*(3), 212-225. doi: 10.1080/13811118.2012.69527
- Johnson, S. M. (2004). *Creating connection: The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Jutengren, G., Kerr, M., & Stattin, H. (2011). Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: A two wave longitudinal analysis. *Journal of School Psychology, 49*(2), 249–264. doi:10.1016/j.jsp.2010.11.001
- Kaslow, N. J., Broth, M. R., Smith, C. O., & Collins, M. H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital & Family therapy, 38*(1), 82-100. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00257.x
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Journal Psychopathologic Behavior Assess, 31*(3), 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 192*(3), 166-170. doi: 10.1192/bjp.bp.106.030650
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: Sage.
- Lambert, M. J. (2010). Yes, it is time for clinicians to routinely track treatment outcome. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change. Delivering what works* (pp. 239-268). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 165-174. doi: 10.1002/jclp.20113
- Lambert, M. J., Harmon, C. Slade, K. Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2004). Is it time for clinicians routinely to track client outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology, 10*(3), 288-301. doi: 10.1093/clipsy.bpg025
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*(2), 91-103. doi: 10.1002/cpp.324

- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*(5), 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Lecloux, M. (2013). Understanding the meanings behind adolescent non-suicidal self-injury: are we missing the boat? *Clinical Social Work Journal*, *41*(4), 324-332. doi: 10.1007/s10615-012-0417-y
- Lloyd-Richardson, E., Perinne, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *37*(8), 1183-1192. doi: 10.1017/S00332917070027X
- Lofthouse N., Muehlenkamp J., & Adler R. (2008). Non-suicidal self-injury and co-occurrence. In M.K. Nixon, H.L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and treatment* (pp. 59–78). New York: Routledge Press.
- Luyckx, K., Gandhi, A., Bijttebier, P., & Claes, L. (2015). Non-suicidal self-injury in female adolescents and psychiatric patients: A replication and extension of the role of identity formation. *Personality and Individual Differences* *77*, 91–96. doi: 10.1016/j.paid.2014.12.057
- Maso, I., & Smaling, A. (1990). *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PHD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, *11*(3), 1-20.
- McDonald, G., O'Brien, L., & Jackson, D. (2007). Guilt and shame: Experiences of parents of self-harming adolescents. *Journal of Child Health Care*, *11*(4), 298-310. doi: 10.1177/1367493507082759
- Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self- Mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, *28*(1), 162–178. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.006
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, *61*(2), 199-208. doi: 10.1037/cou0000168
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, Mass.: Harvard university press.

- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(10), 1-9. doi:10.1186/1753-2000-6-10
- Muehlenkamp, J., Claes, L., Quigley, K., Prosser, E., Claes, S., & Jans, D. (2013). Association of training on attitudes towards self-injuring clients across health professionals. *Archives of Suicide Research*, 17, 462-468. doi: 10.1080/13811118.2013.801815
- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., & Adams-Larsen, M. A. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 258-263. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181d612ab
- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M., & Claes, L. (2009). Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Archives of suicide research*, 13(4), 317-329. doi: 10.1080/13811110903266368
- Murray, I. (1998). At the cutting edge. *Nursing Times*, 94(27), 36-37.
- Nath, G. (2016, 27 februari). Paniek om de blue whale. *De Standaard*. Geraadpleegd via <http://www.standaard.be>
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(1), 1333-1341. doi: 10.1097/00004583-200211000-00015
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306-312. doi: 10.1503/cmaj.061693
- Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2009). *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. New York, NY: Taylor and Francis Group.
- Nock, M. K. (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In Nock, M. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (pp. 9-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28-23. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.28

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 885-890. doi: 10.1037/022-006X.72.5.885
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of adolescent self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140-146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. (2010). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology, 118*, 816-827. doi: 10.1037/a0016948
- Nock, M. K., Teper, R., & Hollander, M. (2007). Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1081-1089. doi : 10.1002/jclp.20415
- Northey, W. F., Wells, K. C. , Silverman, W. K., & Bailey, C. E. (2003). Childhood behavioral and emotional disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(4), 523-545. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01693.x
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent selfharm: Qualitative Study. *The British Journal of Psychiatry, 193*(2), 140-144. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045930
- Peuteman, A. (2016, 13 september). 1 op de 5 jongeren verwondt zichzelf: De epidemie die we niet willen zien. *Knack*. Geraadpleegd via <http://www.knack.be>
- Plener, P. P., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality disorder and emotion dysregulation, 2*(2), 1-11. doi: 10.1186/s40479-014-0024-3
- Podvoll, E. M. (1969). Self-mutilation within a hospital setting: A study of identity and social compliance. *British Journal of Medical Psychology, 42*(3), 213-221. doi:10.1111/j.2044-8341.1969.tb02073.x
- Polkinghorne, D. E. (1994). Reaction to special section on qualitative research in counseling process and outcome. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 510-512. doi: 10.1037/0022-0167.41.4.510
- Raphael, H., Clarke, G., & Kumar, S. (2006). Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Education, 106*(1), 9-20. doi: 10.1108/09654280610637166
- Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: theory and empirical review. *Emotion review, 1*(1), 60-85. doi: 10.1177/1754073908097189.

- Rissanen, M. L., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2009). Helping adolescents who self-mutilate: Parental descriptions. *Journal of Clinical Nursing, 18*(12), 1711-1721. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02672.x
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie. Gezinstherapie als dialoog*. Leuven: Acco.
- Rober, P. (2017). *In Therapy Together: Family therapy as a dialogue*. London: Palgrave Mcmillan.
- Rober, P., & Van Tricht, K. (2012) Feedbackgericht werken in relatie- en gezinstherapie. In N. Stinkens, D. Smits, Rober P. & L. Claes (Eds.), *Vinger aan de pols in psychotherapie. Feedbackgericht werken als therapeutische methodiek*. (pp. 143-162). Leuven: Acco.
- Rober, P., & Van Tricht, K. (2015) Handleiding voor het gebruik van de dialogische feedbackgericht werken. Ongepubliceerd ondersteunend materiaal verkregen door promotor.
- Rodav, O., Levy, S., & Hamdan, S. (2014). Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *European Psychiatry, 29*(8), 503-508. doi: 10.1016/J.eurpsy.2014.02.008
- Rodham, K. Hawton, K. & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(1), 80-87. doi: 10.1097/00004583-200401000-00017
- Rossow, I., & Wichtstrøm, L. (2010). Receipt of help after deliberate self-harm among adolescents: Changes over an eight-year period. *Psychiatric Services Journal, 61*(8), 783-787.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development* (pp. 105-176). New York: Willey.
- Rotolone, C., & Martin, G. (2012). Giving up self-injury: A comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers. *Archives of Suicide Research, 16*(2), 147-158. doi: 10.1080/13811118.2012.667333.
- Sapyta, J., Riemer, M., & Brickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 145-153. doi: 10.1002/jclp.20107
- Savenije, A., van Lawick, M. J., & Reijmers, E. T. M. (2008). *Handboek gezinstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schade, L. C. (2013). Non-suicidal Self-Injury (NSSI): A case for using emotionally focused family therapy. *Contemporary Family Therapy, 35*(3), 568-582. doi: 10.1007/s10591-013-9236-8
- Seale, C. (1999). Quality in qualitative research. *Qualitative Social Work, 7*(4), 400-414.

- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of multifamily therapy interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 547-570. doi: 10.1111/jcpt.12253
- Sher L., & Stanley, B. (2009). Biological models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury* (pp. 291-322). Washington, DC: American Psychological Association.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviours: Phenomenology and assessment. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviours: Assessment and treatment* (pp.1-28). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Stinckens, N., Smits, D., Rober, P., & Claes, L. (2012). Feedbackgericht werken als verbindend element: praktijkgebaseerd, procesgeoriënteerd en feedbackgestuurd. In N. Stinckens, D. Smits, Rober P. & L. Claes (Eds.), *Vinger aan de pols in psychotherapie. Feedbackgericht werken als therapeutische methodiek*. (pp. 18-39). Leuven: Acco.
- Sundet, R. (2014). Patient-focused research supported practices in an intensive family therapy unit. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 195-216. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00613.x
- Suyemoto, K. L., & MacDonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 162–171. doi:10.1037/0033-3204.32.1.162
- Suyemoto, K. L., & Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885-896. doi: 10.1007/s10802-013-9837-6
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Graham, M. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal an interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885-896. doi: 10.1007/s10802-013-9837-6
- Taylor, A., Martin, G., Dal Grande, E., Swannel, S., Fullerton, S., Hazell, P., & Harrison, J. (2011). Methodological issues associated with collecting sensitive information over the telephone-experience from an Australian non-suicidal self-injury (NSSI) prevalence study. *BMC Medical research methodology*, 11(20), 1-7. doi: 10.1186/1471-2288-11-20
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 576-585. doi : 10.1177/070674371405901103
- Van Lent, R. (2016, 14 september). Richt op school ruimte in waar jongeren zichzelf kunnen verwonden. Geraadpleegd via <http://www.standaard.be>

- Victor, S. E., & Klonsky, D. E. (2013). Daily emotion in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 70*(4), 364-375. doi: 10.1002/jclp.22037
- Voon, D., Hasking, P., & Martin, G. (2014). The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 95-113. doi: 10.1111/bjc.12030
- Waals, L., Baetens, I., Claes, L., Wolfs, E., Goethals, E., & Rober, P. (In Press). Gezinstherapeutische interventies bij jongeren die zichzelf verwonden: een literatuurstudie. *Tijdschrift Systemtherapie*.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, B. W. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1057–1068. doi:10.1002/jclp.20413
- Warzocha, D., Pawelczyk, T. Gmitrowicz, A. (2010). Associations between deliberate self-harm behaviour among depressed outpatients. *Journal of Adolescence, 32*(5), 1125-1136.
- Washburn, J., Potthoff, L., Juzwin, K., & Styver, D. M. (2015). Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychological Assessment, 27*(1), 31-41. doi: 10.1037/pas0000021
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Bareira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a getaway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health, 52*(4), 486-492. doi: 10.1016/j.adohealth.2012.09.010
- Zetterqvist, M., Lundh, L-G., Dahkström, Ö., & Svedin, C. G. (2013a). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(5), 759-773. doi: 10.1007/s10802-013-9712-5
- Zetterqvist, M., Lundh, L-G., Svedin, C. G. (2013b). A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: Self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth & Adolescence, 42*(8), 1257-1272. doi: 10.1007/s10964-012-9872-6

Bijlagen

Bijlage 1: Artikel: Gezinstherapeutische interventies bij jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden

Artikel verschijnt juni 2017 in het Tijdschrift Systeemtherapie.

Gezinstherapeutische interventies bij jongeren die zichzelf opzettelijk verwonden: Een literatuurstudie.

Lisa Waals, Imke Baetens, Laurence Claes, Eva Wolfs, Eveline R. Goethals, & Peter Rober

Zelfverwondend gedrag (ZVG) bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar is de laatste jaren sterk gestegen. Ondanks de stijgende prevalentie is zelfverwonding een term waar veel onduidelijkheid over blijft bestaan. Deze literatuurstudie sluit zich aan bij de definitie van Claes en Vandereycken (2007, p. 14): 'Zelfverwonding is sociaal onacceptabel gedrag waarbij een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier een fysiek letsel toebrengt, zonder de bedoeling te hebben zichzelf het leven te benemen'. Het is belangrijk om enkele kanttekeningen bij deze definitie te maken. Ten eerste wordt er gesproken over gedrag dat sociaal of cultureel niet wordt aanvaard. Dit betekent dat bijvoorbeeld tatoeages of piercings die in de Westerse cultuur wel worden geaccepteerd, niet beschouwd worden als ZVG. Ten tweede gaat het om gedrag waarmee men zichzelf opzettelijk en op directe manier een fysiek letsel toebrengt, bijvoorbeeld door zichzelf opzettelijk te snijden, krassen, branden of slaan. ZVG houdt dus geen indirecte zelfbeschadiging in ten gevolge van bijvoorbeeld roken, een eetstoornis of alcoholmisbruik. Ten derde heeft de persoon die ZVG stelt niet de bedoeling zichzelf het leven te benemen, en dus wordt ZVG gedifferentieerd van suicidaliteit.

Prevalentie

ZVG is een prevalent fenomeen tijdens de adolescentie. Onderzoek van Muehlenkamp, Claes, Havertape, en Plener (2012) geeft aan dat rond de 18% van de niet-klinische adolescenten -- namelijk, jongeren die tot op heden geen psychiatrische diagnose kregen -- ooit in hun leven ZVG stelt. In de klinische populatie adolescenten ligt dit cijfer heel wat hoger en varieert het tussen maar liefst 40 tot 80% (Lofthouse, Muehlenkamp, & Adler, 2008). Verschillende onderzoeken geven aan dat ZVG aanvangt tussen de leeftijd van 10 en 15 jaar (Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012; Claes, Luyckx, & Bijttebier, 2014; Heath, Schaub, Holly, & Nixon, 2009; Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013).

ZVG kan zich op verschillende manieren uiten, gaande van mild over matig tot ernstig ZVG

naargelang de frequentie waarmee het gedrag gesteld wordt en de ernst van de verwondingen die ermee gepaard gaan. De meest gebruikte methode om zichzelf te verwonden is zichzelf snijden, krabben en/of slaan (Nixon, Cloutier, & Jansson, 2008). Deze methoden kunnen verschillende functies hebben.

Functies

Nock en Prinstein (2004) verdelen de mogelijke functies van ZVG op in een vierveldentabel, op basis van twee dimensies. De eerste dimensie verwijst naar negatieve versus positieve bekrachtiging. Negatieve bekrachtiging houdt in dat een aversieve stimulus verdwijnt dankzij ZVG (vb. minder stress, spanning). Positieve bekrachtiging vindt plaats wanneer een gewenste stimulus volgt op ZVG (vb. een ontspannen of opgelucht gevoel). De tweede dimensie beschrijft de aard van de bekrachtiging met automatische bekrachtiging die een intrapersonlijke functie heeft versus sociale bekrachtiging die een interpersoonlijke functie vervult. Indien deze twee dimensies gekruist worden, ontstaan er vier functies van ZVG: automatische negatieve bekrachtiging (het ZVG heeft als doel om negatieve emoties te verminderen); automatische positieve bekrachtiging (het ZVG heeft het verkrijgen van een gewenste emotionele toestand als doel); sociale negatieve bekrachtiging (het ZVG wordt gebruikt om interpersoonlijke verwachtingen te vermijden); sociale positieve bekrachtiging (het ZVG wordt gesteld om een reactie van anderen te ontlokken). Er bestaat evidentie voor deze vier functies bij niet-klinische adolescenten (e.g. Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena 2011; Nock & Prinstein, 2005; Rodav & Hamdan, 2014)

Mogelijke andere verklaringen

Een belangrijke vraag die men zich kan stellen is waarom adolescenten overgaan tot ZVG. In zijn artikel beschrijft Nock (2008) hoe ZVG zich kan ontwikkelen wanneer hogere orde processen (zoals taal) falen om signalen van stress en psychologisch onwelzijn aan anderen duidelijk te maken. Uit onderzoek blijkt inderdaad dat jongeren die ZVG stellen over minder verbale capaciteiten beschikken en meer moeite hebben om hun emoties verbaal te uiten (Gratz, 2006; Lundh, Karim, & Quilish, 2007; Photos & Nock, 2006). LeCloux (2013) bekijkt ZVG vanuit de sociale leertheorie (Bandura, 1986) en stelt dat het optreden van ZVG wordt beïnvloed door de interactie tussen de adolescent zijn/haar psychologische karakteristieken (vb. temperament), geschiedenis en/of blootstelling aan trauma (vb. verleden van seksueel misbruik) enerzijds en sociale factoren anderzijds. Sociale factoren verwijzen onder andere naar het observeren en imiteren van anderen uit zijn of haar omgeving (genaamd, modeling) of van anderen vernemen dat men door het stellen van ZVG positieve

gevolgen kan ervaren zoals het krijgen van meer aandacht van anderen (genaamd, vicarious reinforcement). Gelijkaardig concluderen Voon, Hasking, en Martin (2014) dat contextuele (vb. relaties met familieleden), sociale (vb. bestaan van ondersteuningsnetwerk) en gedragsfactoren (vb. emotieregulatie) bij adolescenten een grote invloed hebben op ZVG, meer dan cognitieve factoren (vb. intelligentie).

ZVG en behandeling

Er bestaat tot op heden weinig onderzoek naar effectieve behandelingen voor ZVG. Bestaande overzichtsartikelen naar de behandeling van ZVG (e.g., Brausch & Girresch, 2012; Nock, Teper, & Hallander, 2007; Turner, Austin, & Chapman, 2014) verwijzen naar gedragstherapie als *evidence-based* interventie voor de behandeling van psychopathologische stoornissen, waaronder ZVG. Andere vormen van therapie die bij ZVG worden gebruikt zijn groepstherapieën, mindfulness trainingen, dialectische gedragstherapie en psychofarmaca (Halstead, Pavkov, Hecker, & Seliner, 2014). Bij de meeste van deze therapieën ligt de focus op het behandelen van de symptomen eerder dan eerst tijd en ruimte te maken voor het verhaal van de cliënt. Dit kan nefaste effecten hebben op de therapeutische relatie, vb. minder vertrouwen, openheid, en eerlijkheid bij de cliënt kan hierdoor ontstaan (Murray, 1998). Een symptomatische behandeling van ZVG zou er bovendien ook vaak toe leiden dat er sprake is van symptoomshifting, waarbij ZVG ingeruild wordt voor ander problematisch gedrag zoals suïcidaal gedrag en eetstoornissen (Courtney, Heather, & Song, 2016; Muehlenkamp et al., 2009). Hieruit kan geconcludeerd worden dat een eenzijdige symptomatische aanpak onvoldoende lijkt om ZVG op lange termijn te behandelen.

De meerwaarde van systeemtherapie voor de behandeling van ZVG is nog onbekend. In het onderzoek van Shade (2013) wordt systeemtherapie wel voorgesteld als een goede behandeling voor ZVG en wel om verschillende redenen. Ten eerste houden de kwetsbaarheden van ZVG verband met het gezinsfunctioneren. Een autoritaire opvoedingsstijl, waarbij het kind weinig steun en veel controle van zijn/haar ouders ervaart, is een significante risicofactor voor ZVG (Baetens et al., 2015). Ten tweede toont systeemtherapie een grote effectiviteit bij een grote variëteit aan stoornissen (Kaslow, Broth, Smith, & Collins, 2012). Systeemtherapie kan een manier zijn om toegang te krijgen tot de primaire emoties van het kind (deze waarmee hij/zij omgaat door ZVG te vertonen). Daarenboven werd systeemtherapie reeds met succes gebruikt in de behandeling van depressie en suïcidaliteit (Johnson, 2004).

Om de hypothese van Shade (2013) te toetsen, onderzochten we de effectiviteit van gezinstherapeutische interventies (GTIs) bij adolescenten die zichzelf verwonden. Concreet, gingen we aan de hand van een systematische literatuurstudie na (a) wat het effect is van GTIs op de frequentie

en ernst van ZVG in een niet-klinische populatie van adolescenten en (b) welke thema's deze GTIs gemeenschappelijk hebben.

Methode

Voor de selectie van literatuur werden er enkele inclusie- en exclusiecriteria geformuleerd. Ten eerste werd enkel onderzoek bij adolescenten, in de leeftijdscategorie van 12 tot 18 jaar, die ZVG vertonen geïncludeerd in deze studie. Studies uitgevoerd binnen een klinische of psychiatrische adolescenten populatie werden uitgesloten. Tenslotte werd er op zoek gegaan naar onderzoek aangaande het effect van GTIs. Op basis van deze inclusie- en exclusiecriteria werd er een zoekstring opgesteld die ingegeven werd in de databanken LIMO, PubMed, en Web of Science gedurende de periode van maart tot april 2015. Na het grondig doornemen van alle verkregen literatuur bleken er, rekening houdend met de vooraf bepaalde inclusie- en exclusiecriteria, 15 artikels (7 reviews, 1 meta-analyse, 1 randomized control trial [RCT], 3 pilootstudies en nog 3 andere studies) en 9 boeken bruikbaar. Voor het verkrijgen van inhoudelijke informatie van de verschillende GTIs, werd via e-mail contact gelegd met de auteurs van 7 verschillende behandel- en therapeutische programma's. Vier van de gecontacteerde auteurs gingen in op deze vraag.

Resultaten

Het vinden van relevante literatuur rond GTIs voor ZVG in een niet-klinische adolescenten populatie werd door enkele zaken bemoeilijkt. Het gebrek aan eenduidige definiëring en wisselend jargon voor het beschrijven van ZVG (e.g., zelfbeschadiging, automutilatie, zelfpijniging) vormden een eerste groot struikelblok. Daarnaast werd ZVG vaak samen met suïcidaliteit onderzocht, hoewel beide syndromen in de DSM-5 als aparte mentale stoornissen worden omschreven (Brent et al., 2013; De Silva et al., 2013; Glenn et al., 2014; Washburn et al., 2012). Verder werden in sommige artikels interventies voor zowel volwassenen als adolescenten geïncludeerd (Turner et al., 2014). Tot slot bevatten verschillende reviews zowel studies in klinische als in niet-klinische populaties (Fonagy et al., 2014; Glenn et al., 2014; Mehlum et al., 2014).

Effect van GTIs op ZVG

Verschillende overzichtsartikelen in onze literatuurstudie (e.g., Brausch et al., 2012; Turner et al., 2014) wijzen erop dat degelijke RCT onderzoeken naar de effectiviteit van GTIs voor ZVG bij niet-klinische adolescenten ontbreken. Doch worden in pilootstudies enkele veelbelovende

resultaten van GTIs aangehaald. Zo vergeleken Harrington en collega's (2000) kortdurende familietherapie met treatment as usual (TAU) in een adolescente populatie waaruit bleek dat kortdurende familietherapie gunstige effecten heeft op het verminderen van (suïcidaal en niet-suïcidaal) ZVG. Ook Multisystemic Therapy (MST; King et al., 2006) en Attachment Based Family Therapy (ABFT; Diamond et al., 2010) worden superieur aan TAU bevonden. Andere bewezen effectieve behandelingen zijn varianten van cognitieve gedragstherapie, maar Fonagy en collega's (2014) concluderen dat de meest effectieve programma's minimaal de ouders of het gezin betrekken door middel van bijvoorbeeld oudersessies, gezinssessies of multi-gezinssessies (De Silva et al., 2013; Glenn et al., 2014). Er kan dan ook geconcludeerd worden dat GTIs een veelbelovende invalshoek zijn voor de behandeling van ZVG bij adolescenten. Doordat er echter hoofdzakelijk pilootstudies of niet-gerandomiseerd onderzoek gerapporteerd wordt, is er dringend nood aan het uitbouwen én onderzoeken van behandelingen voor ZVG in een niet-klinische adolescente populatie waarbij een belangrijke rol voor GTIs weggelegd is.

Gemeenschappelijke factoren van GTIs bij ZVG

In het kader van onze tweede onderzoeksvraag identificeerden we verschillende gemeenschappelijke thema's van GTI's bij ZVG. Volgende thema's kwamen naar voor: het vergroten van sociale steun voor de adolescent, het ondersteunen van de ouders, het aanleren van communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden bij ouders en adolescenten, psycho-educatie omtrent ZVG, en het vermeerderen en versterken van positieve interacties tussen de gezinsleden. Alle GTIs hadden als doel onopgeloste familiale moeilijkheden zoveel mogelijk te vermijden en de emotionele nabijheid tussen ouder(s) en kind te vergroten. Daarnaast besteden verschillende interventies uitgebreid aandacht voor de ontwikkelingstaken specifiek voor de adolescent. Met name, aan het vinden van een evenwicht in het gezin tussen vrijheid en autonomie voor de adolescent en controle en toezicht door de ouder(s), met als doel de adolescent te steunen en te motiveren om zichzelf te ontwikkelen en zijn of haar leven in handen te nemen.

In weinig tot geen van de hier beschreven onderzoeken worden uitspraken gedaan over welke factoren voor een daling in ZVG zorgen. De onderzochte behandelingen omvatten verschillende componenten, waarvan het aan de slag gaan met het gezin er slechts één van is. Er kunnen dus geen uitspraken gedaan worden over mogelijke oorzakelijke verbanden tussen GTIs en dalingen in ZVG bij de adolescent. Ook op dit punt is verder onderzoek aangewezen.

Discussie

Dit literatuuronderzoek is bij ons weten de eerste studie waarin specifiek GTIs voor ZVG onder de loep genomen worden. Een van de conclusies is dat er tot op heden weinig tot geen empirisch onderbouwde GTIs voor ZVG bestaan (Gonzales & Bergstrom, 2013). Dit heeft te maken met een aantal bestaande hiaten. Ten eerste blijkt er nog geen enkele GTI specifiek voor de behandeling van ZVG te zijn uitgewerkt (Turner et al., 2014; Washburn et al., 2012). Vaak is de aanpak van ZVG een onderdeel van de behandeling van een comorbide psychiatrische problematiek zoals een eetstoornis (Hughes, Allan, & Le Grange, 2014), depressieve stoornis (Jacobson & Mufson, 2012) of borderline persoonlijkheidsstoornis (Woodberry & Popenoe, 2008). ZVG wordt daarbij gezien als een symptoom van het bredere syndroom, waarbij de focus ligt op de aanpak van het bredere syndroom. De ontwikkeling van een behandeling specifiek gericht op ZVG lijkt nochtans aangewezen, zeker aangezien een grote groep jongeren die ZVG stelt niet voldoet aan de diagnose van een psychiatrische stoornis (e.g., Baetens et al., 2012; Gollust et al., 2008). Een tweede hiaat is dat de weinige effectstudies hoofdzakelijk uitgevoerd worden voor behandelprogramma's van suicidaliteit. Hoewel ZVG en suicidaliteit enige comorbiditeit vertonen (e.g., Muehlenkamp et al., 2009; Zetterqvist et al., 2013), zijn het toch twee van elkaar te onderscheiden fenomenen (Nock & Favazza, 2009). Een derde hiaat is dat een groot deel van de behandelingen bij adolescenten die ZVG stellen hoofdzakelijk uit individuele therapie bestaat ondanks bestaande evidentie voor het betrekken van gezinsleden in die behandelingen (e.g., Klonsky et al., 2011; Nock & Cha, 2009; Zetterqvist et al., 2013). Volgens sommige auteurs lijkt het ideale behandelprogramma een kortdurend programma te zijn dat bestaat uit een combinatie van zowel individuele, gezins- als multi-gezinssessies (Hollander, 2008; Klonsky et al., 2011).

In deze literatuurstudie werden tevens enkele gemeenschappelijke factoren tussen de verschillende GTIs bij ZVG van adolescenten gevonden. Het vergroten van steun aan het gezin -- (sociale) steun aan de adolescent en de ouders -- kwam zowel in systeemtherapeutische interventies als in gedragstherapeutische interventies met een oudercomponent, als gemeenschappelijk thema naar voor. Een tweede gemeenschappelijk thema was de aandacht voor het vinden van een evenwicht tussen autonomie en verbondenheid in de adolescent-ouder relatie. Beiden zijn essentiële bouwstenen voor een gezonde ontwikkeling. Een centrale boodschap die systeemtherapeuten aan ouders kunnen meegeven is dat ze de angst en stress van hun kind moeten proberen erkennen en dat ze samen kunnen zoeken naar manieren om er op een gezonde manier mee om te gaan (Hughes et al., 2014). Daarenboven kwam het aanleren van communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden én psycho-educatie omtrent ZVG aan bod.

Er is nood is aan een verdere ontwikkeling van specifieke GTIs voor ZVG bij adolescenten waarvan de effectiviteit met degelijk (gerandomiseerd) onderzoek zou moeten worden aangetoond.

De invulling van een dergelijke interventie kan inspiratie halen bij de gemeenschappelijke factoren van reeds bestaande GTIs voor ZVG. Tevens zou de werkzaamheid van die factoren in het verminderen van zelfverwonding dienen te worden onderzocht opdat GTIs verder zouden kunnen worden geoptimaliseerd.

Opgemerkt dient te worden dat onze studie aan enkele beperkingen onderhevig was. Ten eerste beperkten we onze literatuurstudie tot een selectie van databanken. Ten tweede ondervonden we moeilijkheden op vlak van terminologie. De zoekstring die in dit literatuuronderzoek gebruikt werd, omvatte slechts enkele van de verschillende definities die er bestaan voor ZVG. Deze beperkingen hebben er waarschijnlijk toe geleid dat enkele onderzoeken over het hoofd werden gezien. Tot slot was het niet mogelijk alle auteurs tijdig te contacteren voor het opvragen van de handleidingen van de verschillende interventies waardoor we deze niet konden inkijken.

Hoewel ZVG bij adolescenten een prevalent probleem is dat verschillende functies kan vervullen en dat door diverse determinanten kan worden verklaard, moeten we echter concluderen dat er tot op heden geen goed onderbouwde (gezinstherapeutische) interventie bestaat voor de behandeling van ZVG in een niet-klinische adolescenten populatie.

Literatuur

- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K. et al. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387-405.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 753-759.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H. & Onghena, P. (2011b). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: a web-survey. *Archives of Suicide Research*, 15, 56-67.
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., . . . Griffith, J. W. (2015). The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: A longitudinal analyses of the perspective of the parent. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 24.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self injury in youth: Age, sex and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39-45.
- Barton-Breck, A. & Heyman, B. (2012). Accentuate the positive, eliminate the negative? The variable value dynamics of non-suicidal self-hurting. *Health, Risk & Society*, 14(5), 445-464.
- Brausch, A., & Girresh, S. (2012). A review of empirical treatment studies for adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-18.
- Brent, D. A., McMakin, D. L., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, T. L., & Douaihy, A. (2013).

- Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1260-1271.
- Claes, L., Luyckx, K., & Bijttebier, P. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence and associations with identity formation above and beyond depression. *Personality and Individual Differences*, 61-62, 101-104.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Zelfverwonding: Hoe ga je er mee om?* Tiel: Lannoo.
- Courtney, L. M., Heather, A.L., Song, E.P. (2016). Non-suicidal self-Injury in adolescents: Addressing the function and the family from the perspective of systemic family therapies. *The American Journal of Family Therapy*, 44, 211-220.
- De Silva, S., Parker, A., Purcell, R., Callahan, P., Liu, P., & Hetrick, S. (2013). Mapping the evidence of prevention and intervention studies for suicidal and self-harming behaviors in young people. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(4), 223-232.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131.
- Fonagy, P., Cottrell, P., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford Publications.
- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29.
- Gollust S. E., Eisenberg D., & Golberstein E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, 56(5), 491–498.
- Gonzales, A. H., & Bergstrom, L. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 124-130.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250.
- Hall, B., & Place, M. (2010). Cutting to cope – A modern adolescent phenomenon. *Child: Care, Health, and Development*, 36(5), 623–629.
- Hallstead, R. O., Pavkov, T. W. , Hecker, L. L., & Seliner, M. M. (2012). Family dynamics and self-injury behaviors: A correlation analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40, 246-259.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., & Woodham, A. (2000). Deliberate self-poisoning in adolescence: Why does a brief family intervention work in some cases and not others? *Journal of Adolescence*, 23(1), 13-20.
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M. K. (2009). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. In Nixon, M. K., & Heath, N. L., *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (p. 9-27). New York: Routledge.
- Hollander, M. (2008). *Helping teens who cut. Understanding and ending self-injury*. New York: The Guilford Press.
- Hughes, E. K., Allan, E., & Le Grange, D. (2014). Family therapy for eating disorders and

- non-suicidal self-injury. In Claes, L., & Muehlenlamp, J. J. (Eds.), *Non-suicidal self injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (p. 147-162). New York: Springer.
- Jacobson, C. M., & Mufson, L. (2012). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents and adapted for self-injury (IPT-ASI): Rationale, overview, and case summary. *American Journal of Psychotherapy, 66*(4), 349-374.
- Johnson, S.M. (2004). *Creating connection: The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, C.O., & Collins, M.H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital & Family therapy, 38*, 82-100.
- King, C. A., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D., Weisse, L., & Venkataraman, S. (2006). Youth nominated support team for suicidal adolescents (version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 199.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Advances in psychotherapy: Nonsuicidal self-injury*. Cambridge: Hogrefe Publishing.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the whats and whys of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 447-457.
- Lecloux, M. (2013). Understanding the meanings behind adolescent non-suicidal self-injury: Are we missing the boat? *Clinical Social Work Journal, 41*, 324-332.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*, 1183-1192.
- Lofthouse, N., Muehlenkamp, J., & Adler, R. (2008). Non-suicidal self-injury and co-occurrence. In M.K. Nixon, H.L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and treatment* (pp. 59–78). New York: Routledge Press.
- Lundh, L. G., Karim, J., & Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year old adolescents: A pilot study with a modified version of the deliberate self-harm inventory. *Scandinavian Journal of Psychology, 48*(1), 33-41.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S. et al. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(10), 1082-1091.
- Miller, S., Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Graae, F., & Castro-Blanco, D. (1992). Successful negotiation/acting positively (SNAP): A brief cognitive-behavioral family therapy manual for adolescent suicide attempters and their families. New York: New York State Psychiatric Institute, Columbia University.
- Miller, A., & Smith, H. (2008). Adolescent non-suicidal self-injurious behavior: The latest epidemic to assess and treat. *Applied and Preventive Psychology, 12*, 178-188.
- Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(10), 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H.

- et al. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2009), 83-87
- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M., & Claes, L. (2009). Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 317-329.
- Murray, I. (1998). At the cutting edge. *Nursing Times*, 94, 27-36.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306-312.
- Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2009). *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. New York: Routledge.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 159-168.
- Nock, M. K., & Cha, C. B. (2009). Psychological models of nonsuicidal self-injury. In Nock, M. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (p. 65-77). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In Nock, M. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (p. 9-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of adolescent self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 140-146.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
- Nock, M. K., Teper, R., & Hollander, M. Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1081-1089.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.
- Photos, V. I., & Nock, M. K. (2006). Impairments in executive functioning among self-injurious adolescents. In *Paper presented at the annual convention of the association for behavioral and cognitive therapists*.
- Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review*, 1(1), 60-85.
- Rissanen, M. L., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2009). Helping adolescents who self-mutilate: Parental descriptions. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1711-1721.
- Rodav, O., Levy, S., & Hamdan, S. (2014). Clinical characteristics and functions of non suicide self-injury in youth. *European Psychiatry*, 29, 503 - 508.
- Rotolone, C., & Martin, G. (2012). Giving up self-injury: A comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers. *Archives of Suicide Research*, 16, 147-158.
- Shade, L. C. (2013). Non-suicidal self-injury (NSSI): A case for using emotionally focused

- family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 35, 568-582.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 885-896.
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 576-585.
- Voon, D., Hasking, P. & Martin, G. (2014). The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 95-113.
- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (1).
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 277-286.
- Zetterqvist, M., Lundh, L-G., Svedin, C. G. (2013). A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: Self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth & Adolescence*, 48, 1257-1272.

Bijlage 2: Voorstel voor criteria in de DSM-5: niet suïcidale zelfbeschadiging

A. In het afgelopen jaar heeft de betrokkene op vijf of meer dagen opzettelijk letsel toegebracht aan het eigen lichaamsoppervlak met een grote kans op bloedingen, blauwe plekken of pijn (bijvoorbeeld snijden, branden, steken, slaan, excessief wrijven) met de verwachting dat de verwonding alleen licht of matig lichamelijk letsel zou opleveren (er is geen suïcidale intentie).

NB De afwezigheid van suïcidale intentie is ofwel door de betrokkene geuit of kan worden afgeleid uit het herhaald door betrokkene verrichten van handelingen waarvan hij of zij weet of heeft geleerd dat ze waarschijnlijk niet tot de dood zullen leiden.

B. De betrokkene verricht de zelfbeschadigende handelingen met één of meer van de volgende verwachtingen:

1. Het verlichten van negatieve gevoelens of cognities.
2. Het oplossen van een interpersoonlijk conflict.
3. Het opwekken van positieve gevoelens.

NB De gewenste opluchting of respons wordt ervaren tijdens of kort na de zelfbeschadiging en de betrokkene kan een gedragspatroon vertonen dat duidt op afhankelijkheid van de herhaalde handelingen.

C. De opzettelijke zelfbeschadiging gaat samen met minstens één van de volgende kenmerken:

1. Interpersoonlijke conflicten of negatieve gevoelens of gedachten, zoals somberheid, angst, spanning, boosheid, gegeneraliseerde stress of zelfkritiek, die optreden in de periode direct voorafgaand aan de zelfbeschadigende handeling.
2. Voorafgaand aan de handeling is er een periode van preoccupatie met het beoogde gedrag, die moeilijk is te beheersen.
3. De betrokkene denkt frequent aan zelfbeschadiging, ook wanneer hij of zij er niet naar handelt.

D. Het gedrag is niet sociaal aanvaard (zoals piercings, tatoeages, en een religieus of cultureel ritueel) en blijft niet beperkt tot het plukken aan een korstje of nagelbijten.

E. Het gedrag of de gevolgen ervan veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het interpersoonlijke of schoolse functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

F. Het gedrag treedt niet uitsluitend op in het beloop van psychotische episoden, intoxicatie door een middel of onttrekking van een middel. Bij mensen met een neurobiologische ontwikkelingsstoornis is het gedrag geen onderdeel van een patroon van repetitief stereotiep gedrag. Het gedrag kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis, een autismspectrumstoornis, een verstandelijke beperking, het syndroom van Lesch-Nyhan (stofwisselingsziekte), de stereotiepe-bewegingsstoornis met zelfbeschadiging, trichotillomanie (haaruittrekstoornis), de excoriatiestoornis (huidpulkstoornis)” (APA, 2014, p. 1060-1061).

Dialogische Feedback Schaal

(DFS; Rober & Van Tricht, 2014)

Naam:.....

Datum:.....

1. Heb je verteld wat je wou vertellen tijdens deze sessie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Helemaal niet											Helemaal

Toelichting:
--

2. Heb je je begrepen gevoeld door de therapeut(en) tijdens deze sessie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Helemaal niet											Helemaal

Hierin heb ik me niet begrepen gevoeld: 	Hierin heb ik me wel begrepen gevoeld:
---	--

3. Heb je je begrepen gevoeld door de andere gezinsleden tijdens deze sessie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Helemaal niet Helemaal

Hierin heb ik me niet begrepen gevoeld:	Hierin heb ik me wel begrepen gevoeld:

4. Wat heeft je het meest *verrast* tijdens deze sessie?

--

5. Wat heeft je het meest *geraakt* tijdens deze sessie?

--

Bijlage 4: Informed Consent

Beste ouder,

In de onderzoeksgroep Klinische Psychologie KU Leuven en de vakgroep Klinische en Levensloopsychologie van Vrije Universiteit Brussel zijn wij gespecialiseerd in o.a. onderzoek van psychotherapie aan adolescenten en (jong-)volwassenen. Specifiek willen we in deze studie gaan kijken naar de effectiviteit van de behandeling van opzettelijk zelfverwondend gedrag in de adolescentie. We willen graag jouw toestemming vragen voor de deelname van jouw kind (dat momenteel in begeleiding is bij een erkend psychotherapeut) aan onze studie. Concreet zoeken wij 300 jongeren en jongvolwassenen (tussen 12 en 21 jaar oud) die (alleen of met zijn/haar gezin) een gespecialiseerde psychotherapeutische behandeling voor opzettelijk zelfverwondend gedrag (en gerelateerde problemen) wensen te volgen. Met uw toestemming sturen wij een link van onze online enquête naar het persoonlijk email adres van uw zoon/dochter. Jij krijgt als ouder ook na elke sessie een email met een link naar de online vragenlijsten: Wij willen graag horen hoe jij als ouder het therapieproces ervaart, en hoe het gaat met jouw zoon/dochter én jouw gezin doorheen het therapieproces. De vragenlijsten kan je thuis invullen wanneer het jou past, en het invullen van de online vragenlijsten duurt ongeveer 5 à 10 minuten. De gegevens worden vertrouwelijk gearchiveerd in een databestand dat ALLEEN toegankelijk is voor de onderzoekers en jouw persoonlijke psychotherapeut. Het al of niet deelnemen aan deze studie heeft geen enkel effect op de psychotherapie van uw kind.

Door uw zoon/dochter toestemming te geven voor deelname aan deze studie helpt u ons om in de toekomst andere jongeren beter te kunnen begeleiden en behandelen.

Belangrijk om te weten:

- ✓ Deelname aan dit onderzoek is volledig **vrijwillig**: Jij en jouw zoon/dochter kan op elk moment beslissen om niet meer deel te nemen. Het besluit om niet (meer) mee te werken, heeft geen enkel nadelig gevolg.
- ✓ Uzelf of anderen vinden baat bij dit onderzoek omdat men met dit onderzoek meer inzicht krijgt in therapeutische processen die bijdragen aan het welslagen van therapie bij adolescenten en (jong-)volwassenen.
- ✓ Alle gegevens worden **anoniem** bevraagd en behandeld en de gegevens worden enkel bekeken door jullie persoonlijke therapeut en de onderzoekers die nauw betrokken zijn bij het onderzoek. Deze gegevens kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke publicaties, maar de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
- ✓ Resultaten van het onderzoek kan je raadplegen op www.zelfverwonding.be
- ✓ Heeft u nog vragen? Bel ons of stuur ons een mailtje. Daar zijn we voor!

Indien u er mee akkoord gaat dat wij een online link naar onze online enquête doorsturen naar U en uw zoon/dochter, gelieve dit aan te geven aan de persoonlijk therapeut van uw kind door onderstaand formulier te ondertekenen.

Ik ga akkoord met deelname van mijn zoon/dochter aan dit onderzoek:

Naam:.....

Naam zoon/dochter:

Datum:.....

E-mailadres:.....

Handtekening:.....

Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek χ

Bij vragen of onduidelijkheden kan je steeds contact opnemen met Imke Baetens: Imke.Baetens@ppw.kuleuven.be.

Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent deze studie kan je contact opnemen met de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven: smec@kuleuven.be

Met vriendelijke groet,
Prof. Baetens, Prof. Luyten en Prof. Claes

Onderzoeksgroep Klinische Psychologie KU Leuven
Tiensestraat 102, bus 03720, 3000 Leuven
Imke.Baetens@ppw.kuleuven.be
0499/30.33.35

Vakgroep Klinische en Levensloop Psychologie
Vrije universiteit Brussel
Pleinlaan 2, 1050 Brussel
Imke.Baetens@vub.ac.be

Bijlage 5: Extra achtergrondgegevens van de participanten

	Leeftijd	Geslacht	Nationaliteit	Thuisituatie	Onderwijsvorm	Hulpverleningsgeschiedenis
<i>Yasmien</i>	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
<i>Louise</i>	14 jaar	Vrouw	Nederlands	Samenwonend bij ouders	Secundair onderwijs	Psychotherapie
<i>Evelien</i>	21 jaar	Vrouw	Belg	Anders	Secundair onderwijs	Residentiële opname en Psychotherapie
<i>Margot</i>	17 jaar	Vrouw	Belg	Ouders zijn gescheiden	Secundair onderwijs	Geen hulpverleningsgeschiedenis
<i>Laetitia</i>	15 jaar	Vrouw	Belg	Samenwonend bij ouders	Secundair onderwijs	Geen hulpverleningsgeschiedenis
<i>Ina</i>	17 jaar	Vrouw	Belg	Samenwonend bij ouders	Secundair onderwijs	Psychotherapie
<i>Marthe</i>	16 jaar	Vrouw	Belg	Samenwonend bij ouder	Secundair onderwijs	Geen hulpverleningsgeschiedenis
<i>Melanie</i>	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
<i>Jonas</i>	16 jaar	Man	Belg	Ouders zijn gescheiden	Secundair onderwijs	Psychotherapie
<i>Elke</i>	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
<i>Karolien</i>	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
<i>Elien</i>	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
<i>Valerie</i>	15 jaar	Vrouw	Belg	Ouders zijn gescheiden	Secundair onderwijs	Geen hulpverleningsgeschiedenis
<i>Femke</i>	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
<i>Lara</i>	17 jaar	Vrouw	Belg	Samenwonend bij ouders	Secundair onderwijs	Psychotherapie
<i>Anke</i>	Onbekend	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
<i>Lore</i>	14 jaar	Vrouw	Belg	Anders	Secundair onderwijs	Geen hulpverleningsgeschiedenis
<i>Jessica</i>	18 jaar	Vrouw	Belg	Samenwonend bij ouders	Secundair onderwijs	Geen hulpverleningsgeschiedenis
<i>Marie</i>	20 jaar	Vrouw	Belg	Samenwonend bij ouders	Hogeschool/Universiteit	Residentiële opname en psychotherapie

Bijlage 6: Goedkeuring onderzoek door de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven

Beste Onderzoeker,

Uw onderzoeksproject “The role of interpersonal stress-sensitivity in non-suicidal self-injury (NSSI): a combined longitudinal and multi-method design --- Study 2: Therapy moderators and mediators in treatment of non-suicidal self-injury (NSSI)” (ML 10926) werd gereviewd door de SMEC raad d.d. 22 juni 2015.

De raad concludeerde dat uw protocol voldoet aan de gestelde ethische normen met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek.

Haar beslissing met betrekking tot dit protocol is daarom: Gunstig

Uw protocol kreeg het volgende finale dossiernummer:

G- 2015 069 263

Gelieve het G-nummer te vermelden bij verdere communicatie, dus bewaar deze e-mail goed.

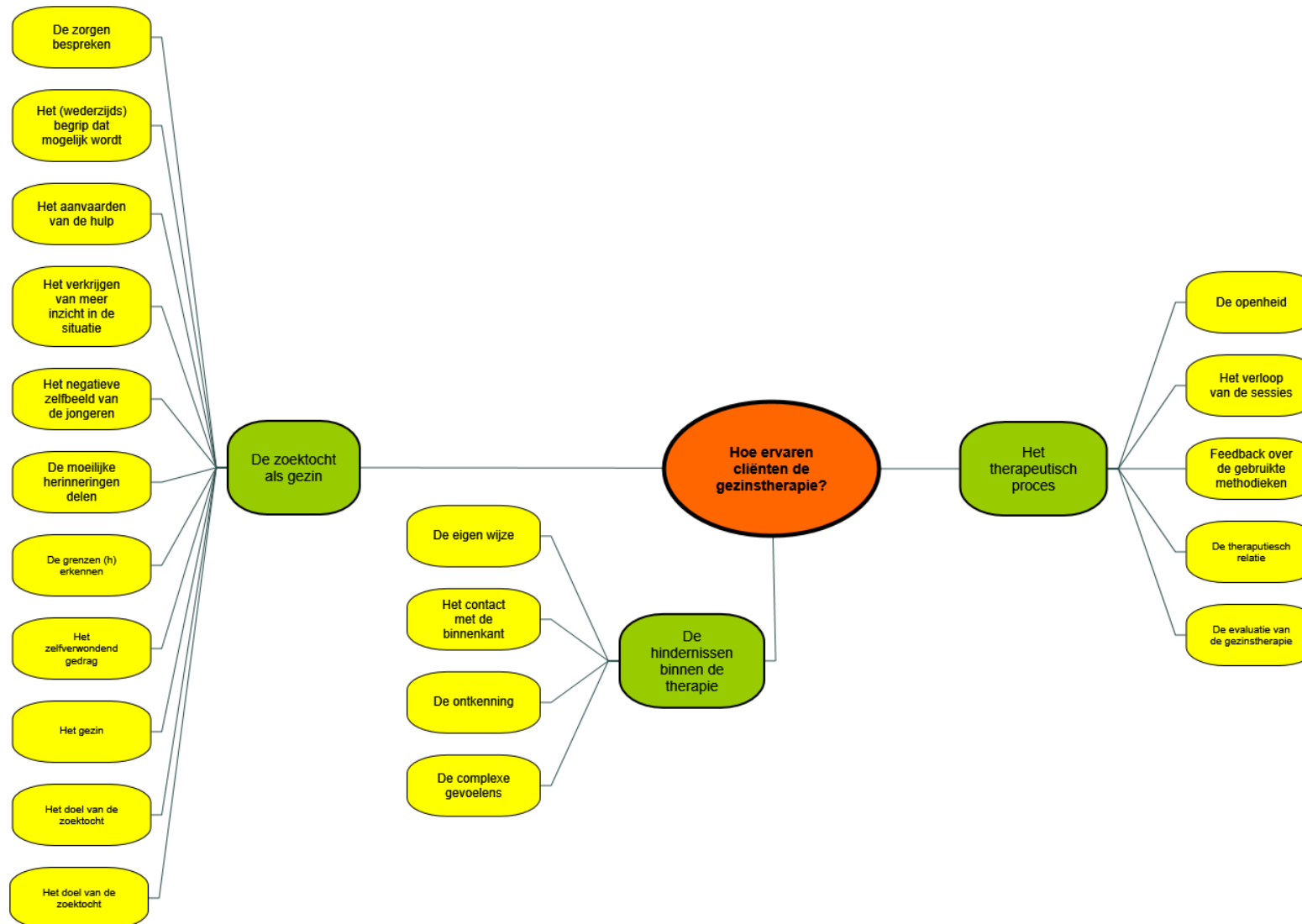
SMEC beschouwt uw dossier bij deze als afgehandeld. Indien u bijkomende vragen heeft kan u ons steeds contacteren.

Mvg,

Hilde

Namens SMEC review board

Bijlage 8: Mindmap van de codes



Bijlage 9: Codeboom

1. De zoektocht als gezin

- └ 1.1 De doelen van de gezinstherapie
- └ 1.2 De zorgen bespreken
 - └ 1.2.1 De zorgen wel kunnen bespreken
 - └ 1.2.1.1 De zorgen over de medische toestand
 - └ 1.2.1.2 De zorgen over de emotionele toestand
 - └ 1.2.1.3 De zorgen over het ZVG
 - └ 1.2.2 De zorgen niet kunnen bespreken
- └ 1.3 Het (wederzijds) begrip dat mogelijk wordt
 - └ 1.3.1 Het begrip over de opvoeding
 - └ 1.3.2 Het begrip over de interesses van de jongeren
 - └ 1.3.3 Het begrip over de conflicten
 - └ 1.3.4 De grenzen aan het begrip
- └ 1.4 Het aanvaarden van de hulp
 - └ 1.4.1 Extra hulp opnemen
- └ 1.5 Het verkrijgen van meer inzicht in de situatie
- └ 1.6 Het negatieve zelfbeeld van de jongeren
 - └ 1.6.1 De krachten en kwaliteiten kunnen (h)erkennen als stap vooruit in de therapie
- └ 1.7 De moeilijke herinneringen delen
 - └ 1.7.1 Overlijden van dierbaren
 - └ 1.7.2 Conflicten
 - └ 1.7.3 Trauma's
- └ 1.8 De grenzen (h)erkennen
- └ 1.9 Het zelfverwondend gedrag
 - └ 1.9.1 Zicht krijgen op het ZVG
 - └ 1.9.2 Het begrip over het ZVG
 - └ 1.9.3 Het onbegrip over het ZVG
 - └ 1.9.4 Suicide
- └ 1.10 Het gezin
 - └ 1.10.1 De gezinsdynamieken bespreken
 - └ 1.10.1.1 De negatieve gevoelens t.o.v. de andere gezinsleden

- └ 1.10.1.2 De positieve gevoelens t.o.v. de andere gezinsleden
- └ 1.10.2 Het verschil in beleving tussen de gezinsleden
 - └ 1.10.2.1 Dezelfde beleving tussen de gezinsleden
- └ 1.10.3 De moeilijkheden binnen het gezin
 - └ 1.10.3.1 De conflicten thuis
 - └ 1.10.3.2 De gescheiden ouders
 - └ 1.10.3.3 Alcoholmisbruik
- └ 1.10.4 Ouder zijn van een kind dat zichzelf verwondt
 - └ 1.10.4.1 Het kind staat op de voorgrond
 - └ 1.10.4.1 De gevoelens van onmacht en onzekerheid

2. Het therapeutisch proces

- └ 2.1 De openheid
 - └ 2.1.1. De beperkingen binnen de openheid die ouders en jongeren kunnen tonen
- └ 2.2 Het verloop van de sessies
- └ 2.3 De evaluatie van de gezinstherapie
 - └ 2.3.1 De positieve zaken
 - └ 2.3.2 De negatieve zaken
- └ 2.4 Feedback over gebruikte methodieken
- └ 2.5 De therapeutische relatie
 - └ 2.5.1 De empathische houding
 - └ 2.5.2 De meerzijdige partijdigheid

3. De hindernissen binnen de therapie

- └ 3.1 De eigen wijze
 - └ 3.1.1 De houding van de jongere
 - └ 3.1.2 De vermijdende antwoorden
- └ 3.2 Het contact met de binnenkant
 - └ 3.2.1 Niet toelaten van emoties te tonen
 - └ 3.2.2 Toelaten van emoties te tonen
- └ 3.3 De ontkenning
- └ 3.4 De complexe gevoelens
 - └ 3.4.1 Moeilijkheden met emoties
 - └ 3.4.2 De angst

