



Universiteit Utrecht



Thesis

Master Kinder- en Jeugdpsychologie

Universiteit Utrecht

03 -07 -2012

*Oplossingsgericht werken met multiprobleem gezinnen:
de rol van de positieve focus.*

Marjolijn Halk

3106527

Begeleider: Bram Orobio de Castro

Tweede beoordelaar:

Voorwoord

Bijna een jaar geleden ben ik stage gaan lopen op Yulius. Deze stage mocht ik combineren met het doen van onderzoek op de gezinsdagbehandeling.

Allereerst wil ik Walter Oppenoorth graag bedanken voor het meedenken en het begeleiden van het onderzoek. Ik heb erg veel geleerd en genoten van de brainstorm sessies. Daarnaast wil ik ook Daniela Beijer bedanken voor alle praktische hulp bij het verzamelen van mijn data. Dat heeft echt enorm veel geholpen. Ook wil ik de andere medewerkers van de gezinsdagbehandeling bedanken voor alle medewerking.

Vanuit de Universiteit Utrecht heeft Prof. Bram Orobio de Castro mij begeleid, waar ik hem graag voor wil bedanken. Het geven van veel vrijheid en het geven van waardevolle feedback heeft een grote bijdrage geleverd aan het neerzetten van mijn thesis.

Daarnaast wil ik Milou graag bedanken voor de fijne samenwerking die we gedurende dit stagejaar hebben gehad.

Tot slot wil ik mijn ouders bedanken voor de steun en aanmoedelingen op de momenten dat ik het nodig had.

Marjolijn Halk

Juni, 2012

Inhoudsopgave

Voorwoord	02
Samenvatting	04
Abstract	04
1. Inleiding	05
1.1 <i>Multiprobleem gezinnen.</i>	06
1.2 <i>Therapieën voor multiprobleem gezinnen en de effectiviteit daarvan.</i>	07
1.4 <i>Oplossingsgericht werken met multiprobleem gezinnen en de effectiviteit daarvan.</i>	15
1.5 <i>Oplossingsgericht werken met multiprobleem gezinnen binnen Yulius en de effectiviteit daarvan.</i>	17
1.6 <i>Doelstellingen van het onderzoek: de positieve focus.</i>	23
1.7 <i>Vraagstellingen en hypotheses.</i>	25
2. Methoden	28
2.1 <i>Design</i>	28
2.2 <i>Variabelen & Meetinstrumenten</i>	28
2.3 <i>Steekproef en procedures</i>	31
2.4 <i>Sessie sampling</i>	32
2.5 <i>Scoring</i>	33
3. Resultaten	34
3.1 <i>Beschrijvende statistieken</i>	34
3.2 <i>Deelvraag 1</i>	35
3.3 <i>Deelvraag 2</i>	36
3.4 <i>Deelvraag 3</i>	38
3.5 <i>Deelvraag 4</i>	39
3.6 <i>Deelvraag 5</i>	40
4. Discussie	41
5. Referentielijst	51
6. Bijlagen	55
6.2 <i>Bijlage 1 Toestemmingsformulier</i>	55
6.4 <i>Bijlage 2 Scoringsformulier</i>	56
6.3 <i>Bijlage 3 Model met mogelijk werkzame factoren</i>	59

Samenvatting

Onderzocht is of vooruitgang op de externaliserende problemen van kinderen uit multiprobleem gezinnen afhangt van het gedrag van de therapeut van de gezinsdagbehandeling. De centrale vraag daarbij is of de positieve en negatieve focus van de behandelaar hier invloed op hebben. Daarbij is onderzocht of er verschil is tussen gezinnen met ernstige en niet ernstige problemen in hoe vaak zij de focussen ontvangen.

In het onderzoek zijn filmopnames van 20 gezinnen gescoord op het aantal positieve en negatieve focussen. Dit is gedaan op de gezinsdagbehandeling van Yulius, waar gewerkt wordt met de oplossingsgerichte methode.

De gezinnen bleken wat externaliserende problemen van de kinderen betreft vooruitgegaan te zijn. Positief en negatief focussen bleek hier niet mee samen te hangen. Gezinnen met ernstige en niet ernstige problemen ontvingen evenveel positieve en negatieve focussen. Verder onderzoek is nodig om te kijken wat algemeen werkzame factoren van de gezinsdagbehandeling zijn.

Abstract

This report investigates whether the therapist behaviour at the family day behaviour program facilitates improvement of multi-problem families. The central question is whether this is influenced by the positive and negative focus' of the therapist. It was investigated whether there is a difference in terms of the frequency of the focus provided and whether the families had serious or not serious problems.

Twenty families were filmed, and the number of positive and negative focus' were scored. This was done for the Yulius behaviour program, which is solution focussed method. The families showed improvement. There was no correlation with the number of positive and negative focus'. Families with serious and not serious problems received the same number of positive and negative focus'. Further research is needed to identify what the generally effective factors of the family day behaviour program are.

1. Inleiding

Kinderen kunnen op meerdere gebieden problemen hebben. Gezinsleden zijn nauw met elkaar verbonden en kunnen invloed uitoefenen op deze problemen. Het gezin kan de problemen veroorzaken en/of in stand houden. De beïnvloeding van het gezin kan daarom negatief zijn (Carr, 2006). Om deze reden worden er therapieën ingezet, die zich richten op het hele gezin (Lange, 2000). Er heeft een verschuiving plaatsgevonden van een focus op alleen de problematiek van het kind, naar de problematiek van het hele gezin (van Lokven, 2002).

Er zijn nog niet veel effectiviteitsstudies uitgevoerd naar interventies voor gezinnen. De onderzoeken die zijn gedaan bestaan grotendeels uit evaluatieonderzoeken, waardoor er weinig gezegd kan worden over de effectiviteit.

In de praktijk wordt er dus gewerkt met methoden waarvan weinig bekend is over de effectiviteit ervan. Volgens Ghesquiere (1993) zouden multiprobleem gezinnen, gezinnen met een breed scala aan problemen, hier de dupe van kunnen worden. Wanneer een behandeling niet tot het gewenste resultaat leidt, wordt volgens hem met name bij dit soort gezinnen vaak gewezen op de beperkingen van het gezin in plaats van op het falen van de hulpverlening. Multiprobleem gezinnen blijven dan vaak met hun problemen zitten (Ghesquiere, 1993).

Om deze reden is het van belang dat wordt onderzocht in hoeverre de behandelingen die er voor multiprobleem gezinnen zijn, effectief zijn. Wanneer uit onderzoek blijkt dat een interventie effectief is, is het belangrijk om verder onderzoek te verrichten om erachter te komen welke specifieke factoren van de interventies een bijdrage leveren aan de effectiviteit. Op deze specifieke factoren kan dan ingezet worden.

In dit onderzoek ligt de focus op een behandelmethode die Yulius aan multiprobleem gezinnen aanbiedt, namelijk de gezinsdagbehandeling (GDB). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat er bij de gezinnen die deze behandeling hadden gevolgd een afname van de problemen was (van der Lugt, 2008). Onderzocht gaat worden of bepaalde factoren van deze behandeling, namelijk de mate waarin er positief en negatief wordt gefocust door de behandelaar, van invloed zijn op de afname van de problemen van de cliënten. Wanneer de werkzame factoren van de GDB eenmaal bekend zijn, kan hier extra de nadruk op worden gelegd waardoor de behandeling een beter resultaat op zou kunnen leveren.

Allereerst wordt in de inleiding uitgelegd wat wordt verstaan onder multiprobleem gezinnen. Daarna worden enkele in Nederland ingezette therapieën voor deze doelgroep aangehaald. Hierbij wordt ook ingegaan op de effectiviteit van deze behandelmethodes. Daarop volgend komt de focus te liggen op het oplossingsgerichte werken. Ook hierbij wordt de effectiviteit besproken. Daarna wordt de gezinsdagbehandeling (GDB) van Yulius besproken. Hier wordt gewerkt volgens de oplossingsgerichte benadering. Eerst wordt uitgelegd wat de behandeling inhoudt en daarna wordt de effectiviteit besproken. Daarna wordt toegespitst op de positieve focus en negatieve focus door de behandelaar. Tot slot volgt een toelichting van de hypothesen en vraagstellingen uit het onderzoek.

1.1 Multiprobleem gezinnen.

1.1.2 Wat multiprobleem gezinnen zijn.

In dit onderzoek wordt gesproken over multiprobleem gezinnen. Deze gezinnen worden gekenmerkt door een veelvuldigheid aan problemen, wat het moeilijk maakt om een eenduidige definitie te geven. In de literatuur worden dan ook verschillende definities gehanteerd. Om een zo compleet mogelijke uitleg te geven van wat er onder multiprobleem gezinnen wordt verstaan, geef ik een beschrijving van de kenmerken van deze gezinnen.

Baartman & Dijkstra (1987) noemen drie kenmerken die bij vrijwel alle multiprobleem gezinnen voorkomen. De eerste is het bindingscomplex. Dit houdt in dat de verbondenheid tussen de gezinsleden ingewikkeld is. Er is veel sprake van onderlinge negativiteit, maar de gezinsleden laten elkaar niet los. Het tweede kenmerk is de generatiecyclus. De problemen worden vaak van generatie op generatie doorgegeven. Het derde kenmerk is de crisis cyclus. Elk gezin volgt vaak een vaste cyclus van oplopende spanningen en problemen, gevolgd door betere tijden. Deze cyclus blijft zich bij gezinnen vaak herhalen.

Naast de drie bovengenoemde kenmerken van multiprobleem gezinnen noemen Baartman & Dijkstra (1987) nog enkele andere kenmerken van multiprobleem gezinnen. Zo zijn multiprobleem gezinnen vaak afhankelijk van de sociale voorzieningen. Daarbij gaat het vaak om grote gezinnen, waarbij de gezinsleden geen werk hebben en weinig opleiding hebben genoten. Hun huizen zijn

meestal ongeordend, verwaarloosd en onhygiënisch en de ouders ervaren vaak problemen in de opvoeding van hun kind. Er is daarbij vaak geen of nauwelijks sprake van een dagelijkse routine met gezonde voeding. Multiprobleem gezinnen leven meestal van dag tot dag en leven veelal in armoede. Gokverslavingen, maar ook alcohol- en middelen misbruik komen vaak voor (Sousa, Ribeiro, Rodrigues, 2006). Tot slot is ook parentificatie een veelvoorkomend probleem. Kinderen nemen dan de ouderrol op zich en de ouders de kind-rol. Kinderen voelen zich verantwoordelijk voor hun ouders en staken de bezigheden die passend zijn bij hun eigen leeftijd (van der Pas, 1997).

De problematiek waar multiprobleem gezinnen mee worstelen, kan worden onderverdeeld in vijf globale gezinsgebieden. De eerste is het voeren van een huishouding, de tweede het verwerven en handhaven van een maatschappelijke positie, de derde het vormgeven van een partnerrelatie, de vierde het bevorderen van het individueel welzijn en de laatste het opvoeden van de kinderen. Het moge duidelijk zijn dat het om gezinnen gaat, waarin er naast problemen met de kinderen ook op andere gebieden problemen zijn (Baartman & Dijkstra, 1987). Bovenstaande kenmerken leiden vaak tot zowel internaliserende als externaliserende problemen van de individuele gezinsleden.

Samengevat houdt een multiprobleem gezin in dat er een veelvuldigheid aan problemen is, op meerdere gebieden. Het aantal van deze gezinnen in Nederland wordt tussen de 0,5 en 5% geschat. De gezinnen wonen veelal in de grote steden en het merendeel is allochtoon (van der Steege, 2010). In de verschillende in de literatuur gehanteerde definities, wordt de nadruk steeds weer op iets anders gelegd. Dit is terug te zien in de verschillende soorten interventies die voor multiprobleem gezinnen ontwikkeld zijn. De ene interventie richt zich op andere kenmerken van multiprobleem gezinnen dan de andere. Welke interventies er voor deze gezinnen zijn, wordt in het volgende hoofdstuk beschreven. Daarna wordt ingegaan op de effectiviteit van deze interventies.

1.2 Therapieën voor multiprobleem gezinnen en de effectiviteit daarvan.

Voordat er twee therapieën worden besproken die worden ingezet bij multiprobleem gezinnen, worden eerst de algemeen werkzame factoren van therapieën voor

multiprobleem gezinnen besproken. Daarna wordt ingegaan op de gezinstherapie in het algemeen en drie stromingen daarbinnen. Daaropvolgend worden twee specifieke gezinstherapieën besproken, waarbij ook de effectiviteit aan bod komt.

1.2.1 Werkzame factoren van interventies voor multiprobleem gezinnen.

Baartman & Dijkstra (1987) leggen de nadruk van interventies voor multiprobleem gezinnen op drie verschillende punten. De nadruk kan zowel liggen op individuele psychopathologie, op het afwijken van wat in de maatschappij algemeen wordt aanvaard, of op hoe onbereikbaar de gezinnen zijn voor hulp. In dit onderzoek ligt de nadruk op individuele psychopathologie, namelijk op externaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen. De interventie moet dus leiden tot een afname van deze problemen.

Door het NJI zijn algemeen werkzame factoren voor interventies voor multiprobleem gezinnen opgesteld (Berg- le Clerq & Kalsbeek, 2011). Als eerste stellen Berg- le Clerq et. al. (2011) dat behandelaren betrokken moeten zijn bij de gezinnen. De reden hiervoor is dat gezinnen vaak al slechte ervaringen hebben gehad met autoriteiten en daardoor veelal wantrouwend zijn. De hulpverleners moeten zich tevens actief opstellen, door zelf naar het gezin toe te gaan en flexibel om te gaan met tijdstippen waarop er contact is. Hulpverleners moeten zich daarnaast te allen tijde respectvol opstellen. De klachten van de gezinnen moeten serieus worden genomen en er moet ook aandacht zijn voor de dingen die goed gaan in het gezin. Hulpverleners moeten zich daarbij gelijkwaardig opstellen en zich aansluiten bij de krachten in het gezin. Zij moeten de gezinnen aanmoedigen om de factoren te benoemen die het behalen van de doelen in de weg staan. Een ander belangrijk punt is dat de hulp ook praktisch van aard moet zijn. Er moet niet alleen gepraat worden, maar er moet ook hulp worden geboden bij de praktische zaken waar het gezin moeite mee heeft. Een flexibele en individuele benadering van de gezinnen is daarbij essentieel, omdat elk gezin weer andere problemen heeft. Daarbij moet er aandacht zijn voor de bredere sociale omgeving van de gezinnen.

Onder het volgende sub-kopje wordt de gezinstherapie besproken en komen drie stromingen daarbinnen aan bod.

1.2.2 Gezinstherapie en stromingen daarbinnen.

Gezinstherapie is de interventievorm die het meest wordt toegepast bij multiprobleem

gezinnen. Het doel van deze therapievorm is om de communicatie tussen de gezinsleden te verbeteren en om ervoor te zorgen dat conflicten opgelost kunnen worden. Gezinstherapie richt zich erop dat kinderen uit multiprobleem gezinnen veilig kunnen opgroeien. Ook wordt er aandacht besteed aan het sociale netwerk van gezinnen (Veerman, Janssens & Delicat, 2004).

Gezinstherapie in zijn algemeenheid is gebaseerd op het cybernetisch model. In dit model wordt de nadruk gelegd op hoe de gezinssystemen georganiseerd zijn en hoe de onderlinge interacties tussen de gezinsleden zijn. De therapeut observeert het gezin en koppelt vervolgens terug wat hij heeft gezien. Vervolgens kan het gezin dan samen met de therapeut aan de slag om het functioneren te verbeteren (Weiner, 1961). Voordat er verschillende specifieke stromingen binnen de gezinstherapie worden besproken, wordt eerst het cybernetisch model verder toegelicht.

In het cybernetisch model ligt de nadruk op wie welke rol in het gezin heeft en op hoe de gezinsleden met elkaar om gaan. De therapeut probeert deze rolverdeling en onderlinge interacties duidelijk te krijgen door het gezin voor een tijd te observeren. Interacties die het functioneren in de weg staan worden daarna met behulp van de therapeut veranderd. Op dit cybernetisch model kwam in de jaren 80 kritiek. Men betwijfelde of een therapeut een objectieve observator kan zijn. Elk familielid zou een eigen subjectief beeld van het familiesysteem hebben, dat een therapeut niet kan observeren. Er werd een tweede cybernetisch model opgesteld, dat de nadruk niet legt op de interactiepatronen, maar op de communicatiepatronen in een gezin. Door de communicatie in een gezin actief te veranderen, zou een therapeut de problemen in het gezin kunnen oplossen (Slovik & Griffith, 1992). De gezinstherapieën die nu worden ingezet voor multiprobleem gezinnen hebben allemaal voortgebouwd op deze modellen.

Zoals eerder is vermeld wordt ingegaan op verschillende specifieke stromingen binnen de gezinstherapie. Er worden er drie besproken, namelijk de gedragstherapeutische, de cognitieve-gedragstherapeutische en de systeemtherapeutische. Elke stroming wordt kort toegelicht.

Gedragstherapeutische stroming

In de gedragstherapeutische benadering wordt gesteld dat er drie manieren zijn waarop mensen leren. De eerste is klassieke conditionering, de tweede is operante conditionering en de laatste is leren via sociale observaties (Leichsenring, Hiller,

Weissberg & Leibing, 2006). Deze benadering vloeit voort uit de sociale leertheorie, die als uitgangspunt heeft dat mensen leren onder invloed van hun omgeving.

Klassieke conditionering houdt in dat een bepaalde stimulus leidt tot een bepaalde respons. Wanneer de stimulus vaak genoeg gepaard gaat met een nieuwe neutrale stimulus, dan zal deze nieuwe stimulus ook tot de respons leiden. Deze manier van conditionering is kenmerkend voor hoe kinderen sommige dingen leren. Bij operante conditionering wordt gedrag dat wordt beloond vaker vertoond en gedrag dat wordt bestraft minder vaak vertoond. Doordat er consequenties verbonden zijn aan gedrag, leren kinderen welk gedrag wel en welk gedrag niet gepast is. Sociale observatie houdt in dat mensen het gedrag wat zij van mensen uit hun omgeving waarnemen, kopiëren. Dit geldt niet alleen voor goed gedrag, maar ook voor problematisch gedrag.

Gedragstherapieën zetten in op het veranderen van gedrag. Dit kan via klassiek conditioneren door bijvoorbeeld stimuli die tot ongewenste responses leiden weg te halen uit de omgeving en stimuli die tot gewenste responses leiden vaker te laten optreden. Via operant conditioneren kan het door goed gedrag te belonen en problematisch gedrag te bestraffen. Via sociale observaties kan gedragsverandering tot stand worden gebracht door goed gedrag voor te doen (Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006).

Gedragstherapie zet dus in het op gedrag van individuen uit gezinnen, maar niet op het veranderen van het gezin als geheel. De gedragstherapeutische benadering is echter wel relevant voor de gezinstherapie, omdat het kan worden toegepast om gedrag van alle individuen uit het gezin aan te pakken. Dit kan noodzakelijk zijn voor het veranderen van het gezin als geheel. Ook wordt gedragstherapie ingezet bij de behandeling van individuele psychopathologie van de gezinsleden (Riehl-Emde & Reich, 2001). Nu zal kort worden ingegaan op de cognitieve gedragstherapeutische benadering.

Cognitieve gedragstherapeutische stroming

De gedragstherapeutische stroming werd later aangevuld met extra aandacht voor cognities, waardoor de cognitieve gedragstherapeutische stroming is ontstaan. Cognitie kan worden uitgelegd als de betekenis die mensen geven aan situaties en gebeurtenissen uit hun leven (Beck, 2005). Cognities kunnen bepalend zijn voor het gedrag dat mensen laten zien. Cognitieve therapie probeert mensen bewust te

maken van hun gedachten en interpretaties. Daarna wordt geprobeerd om deze te vervangen voor andere gedachten en interpretaties. Cognitieve gedragstherapie koppelt het vervangen van cognities aan gedragsveranderingen. Door ander gedrag aan te leren, kan bewijs worden geleverd voor de nieuwe gedachtes. Hierdoor leren cliënten dat er andere gedachtes en gedragingen mogelijk zijn dan waar zij zich tot dan toe van bewust waren. Door niet alleen gedragstherapie te geven, maar er cognitieve therapie aan toe te voegen, is de kans groter dat de gedragsverandering stand houdt (Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006).

Bij cognitieve gedragstherapeutische stroming gaat het dus, net als bij de gedragstherapeutische stroming, om het veranderen van individuen uit het gezin. Door in te zetten op de cognities én het gedrag van de gezinsleden, kunnen er openingen ontstaan om anders naar elkaar te kijken en anders met elkaar om te gaan. Om deze reden is deze stroming van essentieel belang binnen de gezinstherapie.

In de systeemtherapeutische stroming worden in tegenstelling tot de twee genoemde stromingen wel veranderingen aangebracht bij het gezin als geheel (Riehl-Emde & Reich, 2001). Hier wordt in het volgende sub-kopje op ingegaan.

Systeemtherapeutische stroming

De systeemtherapeutische stroming vertoont overeenkomsten met het cybernetisch model. In deze stroming worden gezinnen gezien als bestaande uit meerdere systemen. Dit beeld is gebaseerd op de sociaal ecologische theorie van Bronfenbrenner (1976), die stelt dat mensen genesteld zijn in een veelvoud van systemen die onderling verbonden zijn. De systeemtherapeutische stroming stelt dat een gezin meer is dan alle gezinsleden samen. Er moet ook worden gekeken naar de gehele context waarin een gezin zich bevindt. Dit sluit aan op de algemeen werkzame factoren voor therapieën voor multiprobleem gezinnen die beschreven zijn door Berg- le Clerq et. al. (2011). Alle gezinsleden gaan op verschillende gebieden met elkaar om en interacteren met elkaar. Op deze manier ontstaat er een geheel systeem (Bertalanffy, 1975).

In de systeemtherapie worden de problemen waar de gezinnen mee te kampen hebben besproken. Een systeemtherapeut ziet de problemen van de gezinsleden altijd tegen de achtergrond van de wisselwerking met andere gezinsleden. Tijdens de therapie worden de problemen besproken en wordt met alle

gezinsleden gezocht naar alternatieve manieren om met de problemen om te gaan. De therapeut probeert daarbij om de gezinsleden bewust te maken van de onderlinge reacties en invloed op elkaar. Hierdoor worden de gezinsleden zich bewust van het gedrag dat zij moeten veranderen om de problemen op te kunnen lossen en kunnen zij anders op elkaar gaan reageren. De visie op de onderlinge relaties en op de problemen verandert dus, waardoor de problemen kunnen afnemen (Henggeler & Schoenwald, 1998).

1.2.3 Gezinstherapieën en de effectiviteit daarvan.

De bovengenoemde stromingen vormen de basis van gezinstherapie. De stromingen zijn gecombineerd en samengevoegd tot therapieën voor het hele gezin. Het is in de eerste plaats belangrijk dat de gezinsleden inzicht krijgen in hun onderlinge interacties en het functioneren van het gezin. Om deze reden is de systeemtherapeutische stroming belangrijk. Wanneer de gezinsleden meer inzicht hebben, kan in de tweede plaats worden gestart met het veranderen van het gedrag van de gezinsleden dat verband houdt met de problemen binnen het gezin. Hiervoor zijn de (cognitieve) gedragstherapeutische stromingen belangrijk (Cormack & Carr, 2000).

Er zullen nu twee gezinstherapieën worden besproken die hier op inzetten, namelijk de multisysteemtherapie en de multifamilietherapie. Hierbij zal ook worden ingegaan op de effectiviteit van deze therapieën.

Multisysteemtherapie

Een veel ingezette systeemtherapie is de multisysteemtherapie (MST). MST is voornamelijk gebaseerd op de familie systeemtheorie. De interventie is ontwikkeld door Henggeler & Schoenwald (1998). MST richt zich op families van jongeren met ernstige problemen en is ook geschikt wanneer er sprake is van zeer ernstige problemen. Bij MST worden alle factoren in kaart gebracht die kunnen leiden tot het probleemgedrag. Vervolgens wordt bekeken wat alle betrokken systemen anders kunnen doen om het probleemgedrag te laten afnemen. Door de systemen te veranderen die kunnen leiden tot het probleemgedrag, kunnen de problemen afnemen. Systemen kunnen bijvoorbeeld veranderen door andere communicatievormen aangeleerd te krijgen, door het veranderen van het gedrag van individuele gezinsleden, door psycho-educatie over aanwezige psychopathologie van

een van de gezinsleden te geven, of door het vergroten van het sociale netwerk.

Uit meerdere effectiviteitsonderzoeken en overzichtsstudies komt naar voren dat MST een effectieve interventie is, ondanks dat niet alle studies een effect laten zien. Criminaliteit onder de gezinsleden neemt af en er zijn minder uithuisplaatsingen bij gezinnen die MST hadden gekregen (Henggeler & Schoenwald, 1998). Kazdin (1997) heeft onderzoek naar de effectiviteit MST gedaan en concludeerde dat de interventie veelbelovend is, maar dat verder onderzoek nodig is door de vele beperkingen van zijn onderzoek. Volgens Henggeler, Sheidow & Lee (2009) is MST vooral veelbelovend voor de afname van externaliserende problemen. Er zijn nog twee andere studies opgezet naar de effectiviteit van MST. Deze studies laten geen veelbelovende resultaten zien.

De beperkingen van bovengenoemde studies zijn dat er geen strakke protocollen zijn en dat elke therapeut de therapie dus op een iets andere manier gegeven kan hebben. Er worden nu strakkere protocollen opgesteld, in de hoop dat naleving van strikte protocollen een beter resultaat oplevert. MST lijkt effectief, maar verder onderzoek moet dit nog bevestigen.

Multifamilietherapie

Naast MST wordt ook multifamilietherapie (MFT) ingezet bij multiprobleem gezinnen. Ook hier wordt gekeken naar alle systemen die bij het gezin betrokken zijn. Door middel van oefeningen wordt aangeleerd wat zij anders kunnen doen, om de problemen af te laten nemen. Bij MFT worden meerdere gezinnen tegelijkertijd behandeld. Er kunnen onderlinge ervaringen worden uitgewisseld, waardoor men steun ervaart. De behandeling bestaat uit opdrachten die de gezinnen tegelijkertijd uitvoeren en die aan het einde van de behandeldag besproken worden. Door naar elkaar te kijken en met elkaar te praten kunnen de gezinnen van elkaar leren welke methodes in bepaalde situaties kunnen werken (Corcoran, 2002). Dit maakt het leren via sociale observaties mogelijk, zoals besproken bij de gedragstherapeutische stroming.

Een review van meerdere studies laat zien dat MFT veelbelovend is, maar dat er nog meer onderzoek nodig is om de effectiviteit vast te stellen (O'shea & Phelps, 2004). De reden hiervoor is dat de resultaten die er zijn positief zijn, maar dat de interventie nog onderontwikkeld is en niet vaak ingezet wordt. Er zijn geen strakke protocollen en de interventie lijkt veel overlap te vertonen met andere interventies.

Hierdoor zijn er nog geen grote studies uitgevoerd. Er moeten duidelijke protocollen worden opgesteld en pas daarna is een goed onderzoek mogelijk. Ook moet worden vastgesteld in hoeverre MFT zich onderscheidt van andere therapievormen (O'shea & Phelps, 2004).

De conclusie met betrekking tot de effectiviteit van MST en MFT

De effectiviteit van zowel MST als MFT is, zoals hierboven staat beschreven, nog niet onomstotelijk vastgesteld. Om vast te kunnen stellen of deze therapieën effectief zijn, moet meer onderzoek verricht worden, waarbij veel aandacht uit moet gaan naar de gebruikte protocollen. Op dit moment worden beide therapieën echter wel ingezet bij multiprobleem gezinnen. Daarom wordt nog kort besproken welk van deze interventies op dit moment het meest effectief lijkt te zijn voor multiprobleem gezinnen. Hiervoor worden onderzoeken aangehaald naar wat over het algemeen goed lijkt te werken bij deze gezinnen. Ook wordt bekeken of MST en MFT de factoren bevatten die volgens Berg- le Clerq et. al. (2011) nodig zijn bij interventies voor multiprobleem gezinnen.

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat voor gezinnen met problemen multimodale interventies het meest effectief zijn. Er moet op meerdere contexten ingezet worden om te veranderen, wil de interventie goede resultaten laten zien (Bartels, Schuurisma & Slot, 2001, p.315). MST voldoet hieraan, MFT niet. Beide therapieën voldoen grotendeels aan de in het begin beschreven eisen voor een interventie bij multiprobleem gezinnen (Berg- le Clerq & Kalsbeek, 2011). In MST lijkt hier meer ruimte voor te zijn dan in MFT, omdat daar niet meerdere gezinnen tegelijk behandeld worden. Voor multiprobleem gezinnen lijkt MST daarom een effectievere interventie te zijn dan MFT. In de gezinstherapie is men echter overtuigd van de waarde van eclecticisme. Meerdere therapieën moeten worden gecombineerd, waarbij het accent moet liggen op de cliënt (Prins & Bosch, 1998 zoals geciteerd in Lugt van der, 2008). Een combinatie tussen MST en MFT zou dan dus het meest effectief moeten zijn.

In sommige gezinnen blijft ondanks het inzetten van (een combinatie van) therapieën de machteloosheid hangen. Voor deze gezinnen zou een oplossingsgerichte therapievorm geschikt kunnen zijn. In het volgende hoofdstuk wordt op deze therapievorm ingegaan.

1.4 Oplossingsgericht werken met multiprobleem gezinnen en de effectiviteit daarvan.

1.4.1 Oplossingsgericht werken.

Bij de hierboven beschreven interventies geeft de cliënt informatie over de problemen en de context waarin deze bestaan en is de therapeut de expert die naar mogelijke verklaringen voor de problemen zoekt. Hierdoor komt er inzicht in de aard van de problemen tot stand en wordt duidelijk welke factoren de problemen verklaren of in stand houden. Wanneer dit helder is, wordt door middel van therapie geprobeerd om de problemen op te lossen of om goed om te kunnen gaan met de problemen.

Over wat de oorzaken van de problemen zijn bestaan vaak echter misverstanden. Volgens O'Hanlon & Weiner-Davis (1989) bestaat er vaker consensus over de oplossingen voor de problemen dan over de problemen zelf. De oplossingsgerichte therapieën hebben het focussen op mogelijke oplossingen als uitgangsbasis.

Het idee om op oplossingen te focussen in plaats van op problemen, is ontstaan in de jaren '60. Toen kwam de focus te liggen op de toekomst in plaats van op het verleden. Erickson is de grondlegger van deze andere manier van denken. Hij gaat ervan uit dat de mens over veel kennis en wijsheid beschikt en dat therapieën zich moeten richten op het halen van kracht uit deze wijsheden (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Het idee van het focussen op de krachten van de cliënt vloeit voort uit de positieve psychologie die door Seligman in de jaren '70 is ontwikkeld. Uit de ideeën van Erickson en Seligman is de oplossingsgerichte benadering voortgekomen. Het idee hierachter is dat men door te focussen op de gewenste toekomst, tot oplossingen van problemen zal komen (Bannink, 2007).

Kim Insoo Berg en Steve de Shazer hebben in het Brief Therapy Centre in Milwaukee een therapievorm ontwikkeld die deze gedachtegang als uitgangspunt heeft: de oplossingsgerichte therapie. Hierin ligt de focus op de oplossingen van problemen, in plaats van op de problemen zelf. Er wordt niet uitgezocht hoe het probleem precies in elkaar zit en hoe het verklaard kan worden, maar juist hoe de oplossing er precies uitziet.

De Shazer (1985) heeft vier kernpunten opgesteld bij deze benadering: De eerste is dat de ontwikkeling van een oplossing is niet perse gerelateerd is aan het

probleem. De tweede is dat de cliënt de expert is. De derde is dat als iets niet kapot is, men niet moet proberen het te repareren. Het laatste kernpunt is dat als iets werkt, men hier dan mee door moet gaan, maar dat als iets niet werkt men wat anders moet proberen (De Shazer, 1985).

In de therapievorm die door Insoo Berg en de Shazer is opgesteld, vormt een positieve focus door de therapeut een essentieel onderdeel in de basishouding van de therapeut (Tomori & Bavelas, 2007). De nadruk in therapieën moet volgens Kim Insoo Berg en Steve de Shazer sterk gelegd worden op datgene wat de cliënten wél kunnen, in plaats van op datgene wat zij niet kunnen. De therapeut is hierbij niet de expert, maar de cliënt zelf. De cliënt stelt zelf de doelen op waar hij aan wil gaan werken. De therapeut helpt de cliënt door hem bewust te maken van waar zijn krachten liggen. Wanneer de cliënt zich hier bewust van wordt, kan hij deze benutten en kunnen de opgestelde doelen behaald worden (Lugt van der, 2008).

1.4.2 De effectiviteit van oplossingsgericht werken.

In Nederland wordt er naast probleemgerichte interventies ook gewerkt met oplossingsgerichte interventies. Hierboven is van een aantal probleemgerichte interventies besproken of zij effectief zijn voor de afname van problemen van gezinnen. Hier zullen de resultaten worden benoemd van studies naar de effectiviteit van oplossingsgerichte interventies.

Shin (2009) onderzocht in hoeverre oplossingsgerichte therapie effectief is voor de afname van externaliserende problemen van jongeren in Korea. Zij maakten geen deel uit van multiprobleem gezinnen. Hij voerde een pretest en posttest controle groep design uit en verdeelde random 40 participanten tussen de experimentele groep die de behandeling kreeg en de controle groep. De resultaten lieten zien dat de externaliserende problemen afnamen van jongeren die de oplossingsgerichte therapie hadden gevolgd.

Corcoran (2006) heeft gezinnen die een oplossingsgerichte interventie kregen vergeleken met gezinnen die een cognitieve gedragstherapeutische gezinsinterventie kregen. De gezinnen uit het onderzoek worden niet specifiek multiprobleem gezinnen genoemd, maar hadden wel (net als multiprobleem gezinnen) problemen op meerdere gebieden. De kinderen uit de gezinnen hadden gedragsproblemen. Zij vond geen verschillende resultaten. Wel vond ze dat er in de groep die de oplossingsgerichte interventie kreeg, minder vroegtijdige afvallers waren.

Stam, Dekovic, Buist & de Vries (2006) hebben een meta analyse van 21 studies over de effectiviteit van het oplossingsgerichte werken uitgevoerd. De doelgroep waren gezinnen met meerdere problemen. Zij vonden geen verschil in resultaten tussen probleemgericht of oplossingsgericht werken. Wel kwam uit het onderzoek naar voren dat bij oplossingsgericht werken sneller resultaten zichtbaar werden. Kim (2008) heeft ook een meta analyse uitgevoerd om de effectiviteit van de oplossingsgerichte benadering te onderzoeken. Het grootste gedeelte van de studies die zij gebruikte overlappen met de studies uit de meta analyse van Stam et.al., (2006). Kim (2008) heeft echter nog extra studies aan haar meta analyse toegevoegd. Dit onderzoek liet een klein positief effect zien.

Samenvattend hebben Corcoran (2006) en Stam, Dekovic & de Vries (2006) geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van de oplossingsgerichte benadering. Shin (2009) en Kim (2008) vonden wel (kleine) positieve effecten. Het is door de verschillen in de resultaten en doordat geen enkel onderzoek een heel groot effect laat zien, moeilijk om een duidelijke conclusie te trekken. Wat de effectiviteit van het oplossingsgericht werken betreft wordt hier daarom gesteld dat het even goed lijkt te werken als probleemgericht werken.

Een reden om toch te kiezen voor het oplossingsgericht werken, kan zijn dat deze laatste twee voordelen bovenop de positieve uitkomst heeft. De eerste is dat er minder mensen vroegtijdig lijken te stoppen met de therapie en de tweede is dat de effecten sneller optreden en er dus minder tijd voor de therapie nodig is.

Bovenstaande onderzoeken laten de effectiviteit van het oplossingsgericht werken in zijn algemeenheid zien. Wat echter niet duidelijk uit de onderzoeken naar voren komt, is hoe effectief het oplossingsgerichte werken voor multiprobleem gezinnen is. Hier wordt in het volgende hoofdstuk op ingegaan.

1.5 Oplossingsgericht werken met gezinnen binnen Yulius en de effectiviteit daarvan.

Voor de bespreking van de effectiviteit van het oplossingsgerichte werken voor multiprobleem gezinnen, is de gezinsdagbehandeling (GDB) van Yulius gebruikt. Dit is een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen, waar dit onderzoek uitgevoerd is. Voordat de effectiviteit wordt besproken, volgt er eerst een

algemene uitleg over wat de GDB precies is. Daarna wordt een specifieke oplossingsgerichte methodiek besproken die de leidraad vormt voor het werken op de GDB, namelijk de acht-stappen dans. Daaropvolgend wordt het belang van de werkrelatie besproken en tot slot worden de fases waaruit de GDB bestaat toegelicht.

1.5.1 Algemene uitleg over de gezinsdagbehandeling.

Het werken op de GDB is een combinatie van MST, MFT en oplossingsgericht werken. Er wordt gewerkt met meerdere gezinnen tegelijkertijd, zodat de gezinnen ook van elkaar kunnen leren. Geprobeerd wordt daarbij om alle contexten, waar volgens de gezinnen veranderingen in moeten optreden, mee te pakken in de behandeling. Tijdens de gehele behandeling speelt het focussen op positiviteit een grote rol. De belangrijkste doelstellingen zijn het creëren van succeservaringen voor de gezinnen, het vergroten van de draagkracht van de ouders en het vergroten van de eigen invloed die de gezinsleden op hun leven ervaren. Vooral het tweede punt is volgens Berg- le Clerq et. al. (2011) essentieel in een behandeling met multiprobleem gezinnen.

Op de GDB wordt er een oplossingsgerichte behandeling aangeboden voor multiprobleem gezinnen. Deze intensieve vorm van behandeling duurt zes weken lang. Deelnemende gezinnen moeten drie dagen in de week vijf uur lang aanwezig zijn. In totaal mogen er zeventien mensen per draai deelnemen, wat neerkomt op ongeveer vier gezinnen (Veenstra & Reusens, 1999). De zes weken worden door alle deelnemende gezinnen tezamen gevolgd. Er zijn altijd dezelfde twee therapeuten. Het doel van twee therapeuten is dat duo werken mogelijk wordt. Door samen te werken kan er een optimale veiligheid geboden worden, maar kan er ook spanning op de behandeling worden gezet. De ene therapeut stelt zich naast de cliënt op en fungeert als veilige basis. De andere therapeut kan de gedachtes van de cliënt uitdagen, zodat er openingen komen voor nieuwe gedachtes. Duo werken heeft ook een functie die gebaseerd is op de gedragstherapeutische visie van sociale observaties. De therapeuten kunnen als rolmodellen fungeren voor hoe men met elkaar om kan gaan. Een ander belangrijk voordeel aan duo werken is dat therapeuten elkaar openingen kunnen geven. De ene therapeut kan benoemen wat hij op bepaalde momenten bij de andere therapeut aan emoties en dergelijke denkt te zien. De andere therapeut kan hier dan op in gaan. Door op deze manier aan de cliënt duidelijk te maken wat hij met de therapeut doet, kan hij zich bewust worden

van wat zijn gedrag met anderen in de omgeving doet. Deze bewustwording is belangrijk om er vervolgens aan te kunnen werken (van de Berg-Paling, 2007).

1.5.2. De acht-stappen dans.

Het oplossingsgerichte werken komt overal terug in de behandeling. De acht-stappen dans van Cauffman (2003) vormt hierbij de leidraad. Hij stelt dat het niet gaat om het protocollair toepassen van interventies, maar om een circulair proces waarbij de cliënt en therapeut als een dans om elkaar heen bewegen. De een geeft aan, de ander volgt. De cliënt bepaalt de richting van de verandering, de therapeut ondersteunt door aan te geven op welk moment de cliënt het best in een bepaalde richting kan bewegen.

Cauffman (2003) heeft hiervoor acht stappen ontwikkeld die de therapeut kan volgen. De eerste stap is het leggen van contact, zodat er een werkrelatie kan ontstaan. De therapeut moet oprechte belangstelling tonen voor het probleem van de cliënt. De tweede stap is het verhelderen van de context. Hierbij moet het niet gaan om het uitdiepen van oorzaken, maar om het naar boven halen van omgevingsfactoren die oplossingen zouden kunnen bieden. De derde stap is het formuleren van doelen, die de weg wijzen naar de gewenste verandering. Doelen moeten praktisch zijn, realistisch en in gedragstermen te observeren. Op de GDB worden deze doelen opgeschreven en wekelijks gescoord. Een vierde stap is het zoeken van hulpbronnen. Tussen alle problemen door moet worden gezocht naar de sterke kanten van de cliënt. Hiervoor is een open blik van de therapeuten noodzakelijk. De vijfde stap is het zoeken naar uitzonderingen. Geen enkel probleem is continu aanwezig. De therapeut moet proberen te onderzoeken of de cliënt een eigen bijdrage levert aan situaties waarin het probleem zich niet voordoet. Door dit te belichten wordt de kans vergroot dat de cliënt dit gedrag vaker gaat herhalen en er meer uitzonderingen ontstaan. Een zesde stap is het complimenteren. Complimenten dienen om de werkrelatie in stand te houden, hoop en vertrouwen te wekken en te focussen op oplossingen. De zevende stap is het schalen. Het doel hiervan is dat cliënten niet meer in zwart-wit termen gaan denken, maar zich bewust worden van het grijze gebied dat daartussen zit. Cliënten moeten op een schaal van 0-10 scoren waar zij zich nu bevinden en waar zij naartoe willen. De therapeuten vragen heel concreet uit wat er concreet moet gebeuren om bijvoorbeeld 0,5 punt omhoog te gaan op de lijn. De scores vormen een leidraad door de behandeling heen. De

achtste stap uit de dans is de toekomstgerichtheid. Zolang er nog problemen zijn, behoren oplossingen tot de toekomst. Door te vragen hoe de toekomst er precies uitziet wordt duidelijk waar de cliënt precies naartoe wil en wanneer de cliënt precies tevreden is. Hiervoor wordt de “wondervraag” gesteld. De therapeut vraagt dan aan de cliënt hoe zijn/haar leven eruit zou zijn als er een wonder was gebeurd dat alle problemen had opgelost. Door te focussen op hoe het leven er dan concreet uit zou zien, wordt duidelijk waar de cliënt naar toe wil (Cauffman, 2003). Op de gezinsdagbehandeling vormt de acht-stappendans de leidraad tijdens de behandeling.

1.5.3 De werkrelatie.

Tijdens het oplossingsgerichte werken speelt een goede werkrelatie een essentiële rol. Er is diverse malen onderzocht in hoeverre een goede werkrelatie leidt tot een goed behandelresultaat. Er blijkt inderdaad een significant effect te zijn tussen beide factoren (Priebe & McCabe, 2008). Een meta-analyse van Wampold (2001) ondersteunt deze bevinding. 54% van het behandeleffect zou volgens hem verklaard worden door de werkrelatie.

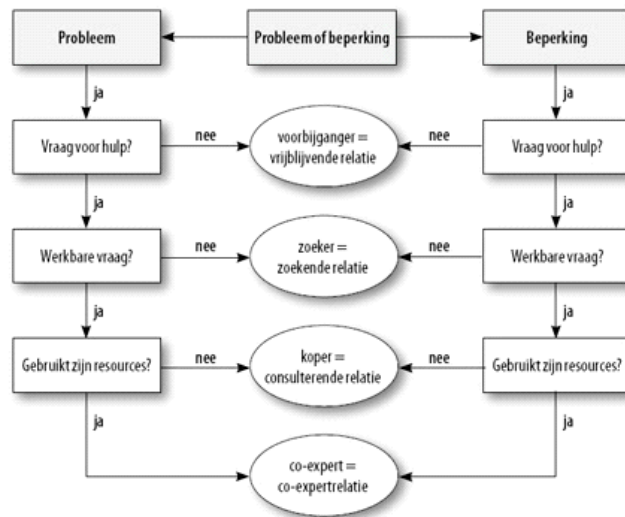
Ook op de gezinsdagbehandeling van Yulius speelt de werkrelatie daarom een grote rol. De therapeuten proberen door zo veel mogelijk positief te focussen een zo goed mogelijke werkrelatie op te bouwen. Door middel van vragenlijsten wordt wekelijks gemeten hoe de cliënt de relatie met de behandelaren ervaart, zodat de behandelaren weten hoe het ervoor staat.

1.5.4 De fases van de gezinsdagbehandeling.

Op de gezinsdagbehandeling wordt begonnen met de contractbespreking. Halverwege is er een tussen-evaluatie en ter afsluiting van de behandeling is er een maatwerkdag. Wekelijks vindt er een reflecting team plaats. Deze fases worden in het verdergaande stuk kort worden toegelicht.

Aan het begin van de behandeling is er de contractbespreking. De flowchart uit Figuur 1 is een hulpmiddel die voornamelijk tijdens dit moment van de behandeling een belangrijke rol speelt. Tijdens de andere fases van de behandeling wordt het figuur echter ook gebruikt. De flowchart is een middel waarmee de therapeut kan reflecteren op het proces van de behandeling. Zo krijgt hij zicht op wat hij in de verschillende fases van het proces kan doen. Ook is het een hulpmiddel om

zo dicht mogelijk bij de doelen van de cliënt te blijven. Goed samenwerken en bij de doelen van de cliënt blijven is belangrijk, omdat dit tot een betere werkrelatie leidt. Een goede werkrelatie is weer essentieel voor het slagen van de behandeling (Kirsch & Tate, 2006; Priebe, Watts, Chase & Matanov, 2005).



Figuur 1 Flowchart oplossingsgericht werken (Korzybski & De Jong, 2004).

Als eerste wordt er gekeken of er sprake is van een probleem of van een beperking. Een probleem kan worden opgelost, een beperking niet. Alleen wanneer het probleem is dat er niet goed met de beperking kan worden omgegaan, is er wel een oplossing mogelijk. Wanneer er een probleem is vastgesteld wordt bekeken of er een vraag is voor hulp. De cliënt wordt hier als voorbijganger neergezet, wat inhoudt dat de therapeuten niet over voorinformatie beschikken en dat er nog geen specifieke hulpvraag op tafel ligt. Beide therapeuten en de cliënt proberen om alle mogelijke oplossingen en eigen krachten van cliënt naar boven te krijgen. Dit wordt op de GDB in de contractbespreking allemaal besproken. Wanneer er een vraag is voor hulp, wordt door de therapeuten en de cliënt tezamen onderzocht of de hulpvraag werkbaar en reëel is. De relatie tussen beiden is hier nog zoekende. Wanneer er een werkbare vraag is, wordt geprobeerd om van de cliënt een koper te maken. Het moet duidelijk zijn wat de cliënt wil kopen van de therapeuten. Iets wat volgens de cliënt niet kapot is moet dan ook niet gerepareerd worden. Wanneer er geen werkbare vraag is, moet geprobeerd worden om deze gezamenlijk tot stand te

brengen. Tot slot wordt onderzocht over welke hulpbronnen de cliënt beschikt en of hij deze gebruikt. Wanneer dit het geval is kan er gewerkt worden aan het behalen van de door de cliënt zelf opgestelde doelen. Wanneer dit niet geval is, wordt er gezamenlijk naar hulpbronnen gezocht. In de praktijk blijkt dat er vaak meerdere malen wordt vastgelopen in de flowchart. Wanneer dit het geval is gaat men een stapje terug, omdat er daar dan ergens iets mis is gegaan (van de Berg-Paling, 2007).

Na de contractbespreking volgen de gewone behandeldagen. Hierin wordt eerst gefocust op datgene waar de gezinsleden tevreden over zijn. Daarna worden er doelen voor die dag opgesteld. Verder worden er door de gezinnen opdrachten gedaan, waarmee zij kunnen werken aan hun doelen. Aan het eind van de dag wordt steeds besproken in hoeverre de doelen van die dag behaald zijn.

Een keer per week is er een reflecting team. Dit is een zeer kenmerkend onderdeel van de GDB. Elke week bespreken de twee behandelaars samen voor camera wat in de afgelopen week allemaal gezien hebben. Hierbij wordt elk gezin apart besproken. De gezinnen kijken met elkaar, zonder de behandelaars, met de psychiater naar deze filmpjes. Er wordt met elkaar gesproken over datgene wat er op de filmpjes allemaal is gezegd. Dit is geen nieuwe informatie en de nadruk ligt steeds op het positieve. Het doel hiervan is dat de nadruk nog eens extra op belangrijke punten kan worden gelegd (van de Berg-Paling, 2007). Na elke reflecting team worden er vragenlijsten ingevuld door de cliënten. Deze vragenlijsten meten onder andere hoe de cliënt de relatie met de therapeuten beoordeelt en in welke mate de cliënt invloed op zijn leven ervaart. Deze lijsten geven de therapeuten informatie over hoe het op dat moment met de cliënt zelf gaat.

Halverwege de behandeling is er voor elk gezin apart een tussenevaluatie. Hier wordt besproken hoe het er voor staat met de doelen en of de doelen eventueel aangepast moeten worden.

De behandeling eindigt met een eindevaluatie. De behandelaars hebben voor aanvang hiervan een verslag geschreven, waarin alles wat op de GDB is gedaan en bereikt is samengevat. De cliënt leest dit voor en mag aangeven waar hij het eventueel niet mee eens is. Tot slot wordt heel concreet besproken in hoeverre alle doelen behaald zijn en wordt er besproken hoe de cliënt het behaalde vast kan houden.

1.5.5 Effectiviteit van de gezinsdagbehandeling.

Er zijn nog niet veel effectiviteitsstudies gedaan naar de GDB. De twee studies die zijn gedaan laten een kleine afname zien van de problemen van de kinderen uit de gezinnen. De ouders blijken na afloop van de behandeling tevreden te zijn (Koopman & van der Lugt, 2007; van der Lugt, 2008). Bij deze studies was er echter geen controle groep en er waren niet veel participanten (N=30). Door deze beperkingen kan er weinig waarde aan de uitkomst van deze studie worden gehecht. De GDB is daarbij nog niet opgenomen in de databank van het NJI, maar wordt op dit moment nog beoordeeld op geschiktheid. De verrichte onderzoeken hadden meerdere beperkingen dus op grond daarvan kan er nog geen stellige conclusie worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de GDB. Meer onderzoek is nodig.

Bij onderzoeken naar de effectiviteit van de GDB is het belangrijk om te kijken wat er precies werkt, zodat daar meer de nadruk op gelegd kan worden. Er wordt op de GDB, zoals besproken, veel waarde gehecht aan de relatie tussen de cliënt en de therapeut. Tijdens de gesprekken worden hier veel gesprekstechnieken op ingezet, waaronder de focus op positieve aspecten van de situatie en het zorgen voor voldoende spanning. Meer onderzoek is nodig om te kijken of deze specifieke kenmerken van de behandeling iets doen met de effectiviteit. In dit onderzoek wordt toegespitst op de invloed van de positieve focus van de behandelaren. In de volgende paragraaf wordt hier uitgebreid op ingegaan.

1.6 Doelstellingen van het onderzoek: de invloed van de positieve focus.

In het oplossingsgerichte werken wordt geprobeerd de eigen invloed van cliënten op hun leven te vergroten, waardoor zij hun problemen kunnen oplossen. De focus ligt hierbij niet op de problemen zelf, maar op de toekomst waarin het probleem er niet meer is (Bakker & Bannink, 2008). Onderzocht is of de afname van de externaliserende problemen van cliënten die een draai van de gezinsdagbehandeling van Yulius hebben gevolgd, afhangt van het gedrag van de therapeuten. Om praktische redenen is dit voor slechts twee gedragsfactoren onderzocht, namelijk voor de positieve focus en de negatieve focus.

Tijdens observaties op de gezinsdagbehandeling viel op hoe vaak de behandelaren positief focusten. Dit houdt in dat er positieve dingen worden

benoemd, waardoor de cliënt zich bewust wordt van datgene dat goed gaat. Complimenten vallen hier bijvoorbeeld onder. Onderzoek van Tomori & Bavelas (2007) laat zien dat er in het oplossingsgerichte werken veel vaker positief wordt gefocust dan in het probleemgerichte werken. Jordan en Quinn (1994) noemen de positieve focus als factor die van invloed is op de effectiviteit van het oplossingsgerichte werken. De positieve focus wordt door de behandelaar ingezet om de focus van cliënt te verplaatsen naar al datgene in zijn/haar leven dat wel goed gaat. In gesprekken met de cliënt wordt steeds weer de focus van de cliënt verplaatst van de machteloosheid van het probleem, naar de sterke eigenschappen van de cliënt en de toekomst waarin het probleem er niet meer is. Geprobeerd wordt om steeds weer iets positiefs te noemen. Hierdoor kan de cliënt zijn eigen krachten ervaren en kan hij deze krachten uitbreiden om zo uiteindelijk de toekomst te bereiken waarin het probleem er niet meer is. Aangezien de positieve focus actief wordt ingezet om tot een positief behandelresultaat te komen, maar er nog geen onderzoek is gedaan naar de invloed ervan, wordt deze factor in dit onderzoek meegenomen.

Een therapeut kan tijdens gesprekken niet alleen maar positief zijn. Uit observaties op de GDB werd duidelijk dat de behandelaars ook wel eens focussen op negatieve aspecten. Wanneer alles alleen maar positief zou zijn, dan zou de cliënt namelijk niet naar de therapie toe komen en daarom kan er aan sommige negatieve aspecten niet voorbij worden gegaan. Het is niet bekend wat de focus op negatieve aspecten met de behandeling doet. Daarom wordt dit hier onderzocht.

Onderzoek van Miller, Duncan & Hubble (1999) heeft uitgewezen dat het voor de werkrelatie belangrijk is hoe de cliënt deze relatie beoordeelt. Mogelijk geldt dit ook voor de technieken die de therapeut inzet en gaat het er niet alleen om hoe vaak de therapeut de technieken inzet, maar juist om hoe de cliënt ze ontvangt. Daarom wordt in dit onderzoek ook de reactie van de cliënt op de positieve en negatieve focus van de behandelaar onderzocht.

Uit het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007) komt naar voren dat de therapeuten die volgens de oplossingsgerichte benadering werkten, vaker positief focussen dan therapeuten die niet volgens de probleemgerichte benadering werken. Als mogelijke verklaring hiervoor geven Tomori & Bavelas (2007) dat de cliënten van beide therapeuten mogelijk verschilden in de ernst van hun problematiek. Een analyse die zij uitvoerden liet zien dat de cliënten die de oplossingsgerichte

interventie volgden en dus vaker een positieve focus van de therapeut ontvingen, ernstigere problemen hadden bij aanvang. Waarom dit zo is konden zij naar aanleiding van hun eigen onderzoek niet duidelijk stellen. Om deze reden wordt de ernst van de problematiek van de gezinnen bij aanvang van de behandeling ook meegenomen in dit onderzoek.

1.7 Vraagstelling en hypotheses.

Zoals eerder al vermeld, wordt onderzocht of de afname van de externaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen die een draai volgen van de gezinsdagbehandeling, afhankelijk is van het gedrag van de therapeuten. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de problemen afnamen van gezinnen die de gezinsdagbehandeling hadden gevolgd. Dit wordt in dit onderzoek nogmaals onderzocht, maar dan voor de externaliserende problemen. Het is niet bekend welke specifieke factoren van de behandeling in eerder onderzoek tot de afname van de problemen hebben geleid. Ook dit wordt in dit onderzoek onderzocht. Om praktische redenen wordt alleen de afname van de externaliserende problemen onderzocht. Wat externaliserende problemen precies inhouden wordt in de methoden sectie besproken.

Het is van essentieel belang om niet alleen te weten óf de gezinsdagbehandeling werkt voor multiprobleem gezinnen, maar ook wát er werkt. Wanneer dit bekend is kan er meer nadruk worden gelegd op de specifieke factoren die tot de afname van problemen leiden. Daarbij kunnen toegepaste factoren die niet van belang blijken te zijn voor een afname van de problemen achterwege gelaten worden. Er wordt dan geen energie meer gestoken in onderdelen van de behandeling die niets uit blijken te halen en alle energie kan gaan naar datgene wat blijkt te leiden tot een positief resultaat. Zo zou er tijd en geld bespaard kunnen worden.

Omdat de positieve focus veel wordt ingezet in de behandeling, is het belangrijk om te onderzoeken of dit iets uithaalt. Aan de positieve focus wordt de reactie van de cliënt gekoppeld, omdat onderzoek heeft aangetoond dat het erg belangrijk is hoe cliënten elementen uit de behandeling waarderen (Miller, Duncan & Hubble, 1999). Wat de negatieve focus doet is niet bekend. Daarom wordt deze ook

opgenomen als variabele in het onderzoek. Wederom wordt de reactie van de cliënt hieraan vastgekoppeld.

Tot slot wordt onderzocht of er verschil is tussen gezinnen met ernstig en niet ernstige problemen bij aanvang. Om al het bovenstaande te onderzoeken zijn er vijf vraagstellingen opgesteld. Deze worden hieronder besproken. Daarna zullen de hypothesen bij de vraagstellingen worden besproken.

1.7.1 Vraagstellingen.

1. Leidt het volgen van een draai op de GDB tot een afname van de problemen van multiprobleem gezinnen?
2. Is er een grotere afname van de externaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen wanneer er vaker een positieve focus door de behandelaar wordt gegeven die gevolgd wordt door een positieve reactie van de cliënt?
3. Is er een kleinere afname van de externaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen wanneer er vaker een negatieve focus door de behandelaar wordt gegeven die gevolgd wordt door een negatieve reactie van de cliënt?
4. Is er een verschil tussen gezinnen waarvan de kinderen met klinische externaliserende problemen aan de behandeling beginnen en gezinnen waarvan de kinderen niet met klinische problemen aan de behandeling beginnen, in de mate waarin er op een positieve focus van de behandelaar een positieve reactie volgt?
5. Is er een verschil tussen gezinnen waarvan de kinderen met klinische externaliserende problemen aan de behandeling beginnen en gezinnen waarvan de kinderen niet met klinische problemen aan de behandeling beginnen, in de mate waarin er op een negatieve focus van de behandelaar een negatieve reactie volgt?

1.7.2 Hypothesen.

Bij bovengenoemde vraagstellingen zijn de volgende hypothesen opgesteld:

1. Het volgen van een behandel draai van de GDB van Yulius leidt tot een significante afname van de externaliserende problemen.

Deze hypothese is gebaseerd op de studie van Koopman en van der Lugt (2008), die concluderen dat de GDB een effectieve interventie is voor multiprobleem gezinnen.

2. Hoe meer er sprake is van een positieve focus van de therapeut, gevolgd door een positieve reactie van de cliënt, hoe meer de externaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen afnemen.

Deze hypothese is gebaseerd op het artikel van Tomori & Bavelas (2007), waarin zij stellen dat een positieve focus in de basishouding van de behandelaar essentieel is voor het slagen van de behandeling. Dat de cliënt ook positief moet reageren, is omdat er in dit onderzoek van uitgegaan wordt dat de positieve focus van de behandelaar wel bij de cliënten aan moet komen.

3. Hoe meer er sprake is van een negatieve focus van de therapeut, gevolgd door een negatieve reactie van de cliënt, hoe minder de externaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen afnemen.

Ook deze hypothese is gebaseerd op het artikel van Tomori & Bavelas (2007), waarin zij stellen dat een positieve focus in de basishouding van de behandelaar essentieel is voor het slagen van de behandeling. Gezien het feit dat een negatieve focus het tegenovergestelde is van een positieve focus, wordt er in dit onderzoek van uitgegaan dat dit mogelijk een negatief effect heeft op de afname van de problemen. Er wordt van uitgegaan dat er alleen een negatief effect is als de negatieve focus wordt overgenomen door de cliënt in de zin van een negatieve reactie.

4. De combinatie van een positieve focus door de behandelaar en daaropvolgend een positieve reactie van de cliënt, komt vaker voor wanneer de gezinnen bij aanvang van de behandeling ernstige problemen hebben.

Deze hypothese is gebaseerd op het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007). Een analyse uit hun onderzoek liet zien dat de gezinnen die vaker een positieve focus ontvangen hadden van de behandelaar, vooraf ernstigere problemen bleken te hebben dan gezinnen die de positieve focus minder vaak ontvingen.

5. De combinatie van een negatieve focus door de behandelaar en daaropvolgend een negatieve reactie van de cliënt, komt vaker voor wanneer de gezinnen bij aanvang van de behandeling geen ernstige problemen hebben.

Deze hypothese is gebaseerd op het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007). Uit hun analyse kwam naar voren dat gezinnen die vaker een

negatieve focus hadden ontvangen, minder ernstige problemen bij aanvang bleken te hebben.

2.Methoden

2.1 Design

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een pre- post design. Er zijn een voormeting en een nameting afgenomen, maar er was geen controlegroep aanwezig. Er hebben in totaal twintig gezinnen deelgenomen aan het onderzoek. Zestien van deze gezinnen hebben zowel bij de voormeting als bij de nameting een vragenlijst ingevuld. Vier gezinnen hebben alleen een voormeting ingevuld. Van alle twintig gezinnen is de gehele contractbespreking gefilmd. Van deze filmopnames is steeds drie keer drie minuten geobserveerd. De eerste drie minuten gingen in op het moment dat met het gesprek werd begonnen. De laatste drie minuten waren de drie minuten die voorafgingen aan het moment waarop de psychiater binnenkwam. De middelste drie minuten zaten precies tussen de eerste en de laatste drie minuten in. Per gezin is er dus negen minuten geobserveerd. In totaal is er dus $20 \cdot 9 = 180$ minuten geobserveerd.

2.2 Variabelen & meetinstrumenten

In dit onderzoek zijn meerdere variabelen meegenomen. Hieronder wordt besproken wat onder elke variabele wordt verstaan en hoe de variabele is gemeten.

2.2.1 Externaliserende problemen.

De term externaliserende problemen is breed. Er vallen problemen onder die ontstaan doordat kinderen hun emoties niet onder controle kunnen houden en met hun gedrag naar buiten treden. Onder externaliserende problemen vallen onder andere agressief gedrag, ongehoorzaamheid, overactief gedrag en nog een aantal andere gedragingen (Achenbach, 1991). In multiprobleem gezinnen is er meer sprake van externaliserende problemen en weinig gedragscontrole dan in gewone gezinnen (Timmermans, 2009).

In dit onderzoek is er een onderscheid gemaakt in de mate van ernst van de problemen bij aanvang van de behandeling. Er is een groep samengesteld van gezinnen met klinische externaliserende problemen en er is een groep samengesteld met niet-klinische externaliserende problemen.

De externaliserende problemen zijn op twee momenten gemeten met de Child Behavior Checklist (CBCL), namelijk aan het begin en aan het eind van de behandeling. De gebruikte vragenlijst is voor kinderen van 6-18 jaar (Achenbach, 1991). De CBCL is een vragenlijst die ouders over hun kind kunnen invullen. Het doel is om informatie te krijgen over het functioneren van het kind. De CBCL voor kinderen van 6-18 jaar bevat 118 vragen. Ouders kunnen op de vragen aangeven in hoeverre de vraag op hun kind van toepassing is. Hiervoor zijn er drie antwoordmogelijkheden: 0= helemaal niet , 1=een beetje en 2= duidelijk of vaak. Wanneer de vragenlijst wordt gescoord komt er voor drie soorten problemen een score tot stand, namelijk de externaliserende problemen, de internaliserende problemen en de totale problemen. De score bepaalt of er op deze drie vlakken problemen zijn en zo ja, hoe ernstig deze problemen zijn in vergelijking met leeftijdsgenoten. In eerder onderzoek is de CBCL valide en betrouwbaar gebleken.

In dit onderzoek is alleen de schaal voor de externaliserende problemen gebruikt. Daarbij is steeds de CBCL gebruikt die de moeder heeft ingevuld voor het oudste kind. De score kan in drie gebieden vallen, namelijk in het klinische, subklinische en niet klinische gebied. In dit onderzoek is onderscheid gemaakt in de ernst van de problemen bij aanvang van de behandeling. Alle gezinnen volgden dezelfde behandeling, maar nadat de behandeling klaar was, is door de onderzoeker op basis van de CBCL score op de voormeting bepaald of de gezinnen ernstige of niet ernstige problemen hadden op het moment dat zij aan de behandeling begonnen. De gezinnen met een klinische score werden ingedeeld in de groep met ernstige problemen, de gezinnen met een niet klinische score of met een subklinische score werden ingedeeld in de groep met niet ernstige problemen. Er waren maar twee gezinnen met een subklinische score en daarom is er voor hen geen aparte groep gemaakt. Deze gezinnen zijn ondergebracht in de groep met niet ernstige problemen.

2.2.2 Positieve, negatieve en neutrale focus en de reactie van de cliënt hierop.

Positieve, negatieve en neutrale focus door de behandelaar.

Zoals bij de uitleg van het oplossingsgerichte werken aan bod is gekomen, is een positieve focus een belangrijk onderdeel van de basishouding van een therapeut die werkt volgens de oplossingsgerichte benadering. Om deze reden is de positieve focus als variabele meegenomen in dit onderzoek. Er is echter nog niet uitgelegd wat er in dit onderzoek onder een positieve focus is verstaan. In dit onderzoek hield een positieve focus in dat een therapeut de cliënt actief in een positieve richting stuurde. Met actief werd bedoeld dat de therapeut een positief onderwerp aansneed of een vraag stelde die duidelijk op iets positiefs gericht was.

Enkele voorbeelden van een positieve focus zijn: "Wat een mooi gezin heeft u, jullie willen echt hard voor elkaar werken" of "wat fijn dat jullie zo'n sterke relatie hebben met elkaar".

Een negatieve focus was ook een mogelijkheid. Hiervan was sprake wanneer de therapeut een cliënt actief in een negatieve richting stuurde. Door middel van vragen of het aansnijden van bepaalde onderwerp werd de focus duidelijk op negatieve aspecten als problemen en dergelijke gelegd. Enkele voorbeelden van een negatieve focus: "luistert uw kind wel vaker slecht?" of "hoe moeilijk is dat voor u?".

Naast een positieve focus en een negatieve focus was het ook mogelijk dat er sprake was van een neutrale focus. Dit was het geval wanneer de therapeut een onderwerp aansneed of een vraag stelde die de cliënt niet in een positieve of negatieve richting duwde. Enkele voorbeelden van een neutrale focus: "waar komt u vandaan?" of "tot hoe laat had u geld in de parkeermeter gedaan?".

Reactie van de cliënt hierop

Observaties op de gezinsdagbehandeling van Yulius maakten duidelijk dat de positieve focus van de therapeut niet altijd ontvangen leek te worden door de cliënt. Ook staat in de theorie beschreven dat het heel belangrijk is hoe de cliënt over aspecten van de behandeling denkt (Miller, Duncan & Hubble, 1999). Om deze redenen is in dit onderzoek ook de reactie van de cliënt meegenomen. Deze kon positief, negatief of neutraal zijn. De reactie was positief wanneer het verhaal van de cliënt over iets positiefs ging. Enkele voorbeelden van een positieve reactie: "ja dat klopt, we houden erg veel van elkaar" en "wanneer ik alleen thuis ben met mijn kind gaat het goed".

De reactie was negatief wanneer het verhaal van de cliënt over iets negatiefs

ging. Enkele voorbeelden van een negatieve reactie: “hoe hard ik ook werk, het haalt toch allemaal niks meer uit” en “uiteindelijk zal het toch allemaal weer slecht worden”.

De reactie was neutraal wanneer datgene wat de cliënt vertelde niet positief of negatief was. Enkele voorbeelden hiervan zijn: “heeft u ook suiker bij de koffie?” en “mijn parkeermeter loopt tot 16.00 uur”.

De positieve en negatieve focus en de reactie van de cliënt daarop zijn gemeten door middel van observaties van filmopnames. De behandelaren en cliënten zijn tijdens de contractbespreking met een aparte camera gefilmd. Zo konden de opnames uiteindelijk zo gemonteerd worden dat beide partijen tezamen op het scherm te zien waren.

Voor het observeren zijn de filmopnames in het computerprogramma ELAN gezet. Met dit programma kon worden berekend welke drie minuten er steeds moesten worden gescoord en konden onder aan de tijdbalk spraakbeurten worden gezet. Zo werd in één oogopslag duidelijk wie er aan het woord was.

Een spraakbeurt liep van het moment dat de behandelaar of cliënt ging praten, tot het moment dat deze persoon klaar was met praten en iemand anders begon met praten. Wanneer iemand door de spraakbeurt heen praatte maar degene die aan het woord was gewoon verder praatte zonder hier acht op te slaan, werd de onderbreking niet als nieuwe spraakbeurt gerekend. Verder werden backchannels ook niet als spraakbeurt gerekend. Van een backchannel was sprake wanneer de verbale uitingen alleen tot doel hadden om de luisteraar te laten merken dat hij/zij begrepen en gehoord werd. Kenmerkend aan een backchannel was dat degene die aan het woord was gewoon verder ging met spreken.

2.3 Steekproef en procedures

De steekproef bestond uit twintig verschillend samengestelde multiprobleem gezinnen met uiteenlopende problematiek. Externaliserende problemen, maar ook internaliserende problemen, geldproblemen, specifieke psychopathologie, verslavingen en misbruik kwamen voor. Meer dan de helft van de gezinnen volgde de behandeling vrijwillig. Bij elk van de gezinnen had eerdere hulpverlening gefaald. Bij aanvang van de behandeling op de gezinsdagbehandeling is door de onderzoekers

aan de gezinnen om deelname gevraagd door een handtekening op een toestemmingsformulier te laten zetten. Op dit formulier stond aangegeven dat het onderzoek geanonimiseerd zou zijn en dat de filmopnames voor niets anders dan het onderzoek zouden worden gebruikt. Het formulier is terug te vinden in bijlage 1.

De gezinnen uit het onderzoek hebben deelgenomen aan zes verschillende behandeldraaien van de gezinsdagbehandeling van Yulius. De filmopnames en voor-en nameting van vier van deze draaien waren terug te vinden in de database. Twee draaien zijn hier nog aan toegevoegd. Van elke draai is de contractbespreking gefilmd, waardoor van elk gezin dezelfde informatie aanwezig was. Daarbij is door alle gezinnen zowel voorafgaand aan de draai als na afloop van de behandeldraai, de CBCL vragenlijst ingevuld.

Niet van alle gezinnen waarvan filmopnames zijn gemaakt is er ook een ingevulde CBCL voor –en nameting bij de onderzoekers binnengekomen. Om deze reden zijn niet alle gezinnen, die toestemming hadden gegeven voor deelname, meegenomen in het onderzoek. Van 32 gezinnen zijn er filmopnames, maar er hebben maar 20 gezinnen deelgenomen aan het onderzoek. De oorzaak voor het niet binnenkrijgen van vragenlijsten is de onoverzichtelijke interne structuur van Yulius. Hierdoor zijn de vragenlijsten niet steeds bij dezelfde personen en op dezelfde plek terechtgekomen. Van een aantal vragenlijsten is niet bekend waar zij zijn gebleven. Daarbij stonden niet van alle gezinnen waarvan er filmopnames zijn CBCL gegevens in de database.

2.4 Sessie Sampling

Van elk gezin is alleen de contractbespreking meegenomen in dit onderzoek. De reden hiervoor is dat het wegens tijdgebrek niet mogelijk was om meerdere gesprekken te observeren. De keuze om dan alleen de contractbespreking te observeren kan worden verantwoord door het argument dat de cliënt alleen tijdens dit gesprek nog blanco is. Voordat de tussenevaluatie en de maatwerkdag beginnen is er al van alles gebeurd in de behandeling. De invloed die de focus in deze gesprekken heeft kan daardoor mogelijk anders zijn dan de invloed die de focus tijdens de contractbespreking heeft. In de discussie wordt nog duidelijker ingegaan op de mogelijke consequentie van de keuze om alleen de contractbespreking te filmen.

2.5 Scoring

Voorafgaand aan het scoren van de filmopnames is de inter-observator betrouwbaarheid berekend, om te controleren of er voldoende overeenstemming was tussen de twee observatoren. Dit is gedaan door van één gesprek allebei apart dezelfde 9 minuten te observeren en te scoren. De inter-observator betrouwbaarheidscoëfficiënt bleek zeer goed te zijn. Cohen's kappa kwam uit op .839, $p < .01$ (Peat, 2001). Dit betekent dat er voldoende overeenstemming was tussen de observatoren.

Daarna is de ene helft van de filmopnames door de ene observator gescoord en de andere helft van de filmopnames door de andere observator. Tijdens het observeren is de interobservator betrouwbaarheid nog twee keer gemeten om te checken over er nog steeds voldoende overeenstemming was. Dit was het geval.

Er waren drie verschillende scores mogelijk. De behandelaar kreeg steeds als eerste een score, gevolgd door de cliënt. Van de behandelaars werd de actieve positieve focus gescoord en van de cliënten de reactie hierop. In bijlage 2 is het scoringsformulier te zien dat hiervoor gebruikt is. Achter de naam van de behandelaar werd een + gezet wanneer er sprake was van een positieve focus. Er werd een +/- gezet wanneer er sprake was van een neutrale focus en er werd een – gezet wanneer er sprake was van een negatieve focus. Voor de reactie van de cliënt is hetzelfde gedaan. Er werd een + achter de naam gezet wanneer er sprake was van een positieve reactie en er werd een +/- of een – achter de naam gezet wanneer er sprake was van een neutrale of negatieve reactie.

Daarna zijn het aantal keren ++, - -, +- en -+ bij elkaar opgeteld. Het aantal keren ++ bleek gemiddeld 9,7 keer voor te komen in een gesprek. Het aantal keren - - bleek gemiddeld 6,9 keer voor te komen in een gesprek. Het aantal keren +- bleek gemiddeld 1,6 keer voor te komen in een gesprek. Het aantal keren -+ bleek gemiddeld 0,7 keer voor te komen in een gesprek. De cliënten bleken dus vaker mee te gaan in de focus van de behandelaar dan af te wijken. Omdat +- en -+ zo weinig voor zijn gekomen is ervoor gekozen om deze niet mee te nemen als variabele.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gerapporteerd. Eerst worden de gemiddelden van de variabelen besproken. Daarna worden een aantal belangrijke correlaties weergegeven. Tot slot volgen de resultaten per hypothese.

3.1 Beschrijvende statistiek

3.1.1 Gemiddelden van de variabelen.

Voordat de hypothesen zijn getoetst, is eerst bekeken wat de gemiddelden van de variabelen waren. Te zien is dat de gezinnen gemiddeld met een subklinische score aan de behandeling zijn begonnen. Aan het eind van de behandeling scoorden de gezinnen gemiddeld een niet klinische score (zie Tabel 1). Daarnaast is bekeken hoe vaak de behandelaar en de cliënt direct op elkaar volgend hetzelfde scoorden. Een positieve focus met daaropvolgend een positieve reactie is per gesprek van 9 minuten gemiddeld 9,7 keer voorgekomen (zie Tabel 1). De negatieve focus met daaropvolgend een negatieve reactie zijn in 9 minuten tijd gemiddeld 6,95 keer voorgekomen (zie Tabel 1).

Tabel 1

Beschrijvende Statistieken van de CBCL score Externaliserend op de Voormeting en Nameting en het aantal keren ++ en - -

Variabelen	N	Minimum	Maximum	M	SD
CBCL score externaliserend voormeting	20	34	81	62.05	5.28
CBCL score externaliserend nameting	16	32	73	58.56	4.11
Aantal keren ++	20	0	20	9.7	14.2
Aantal keren - -	20	0	15	6.95	13.8

3.1.2 Correlaties.

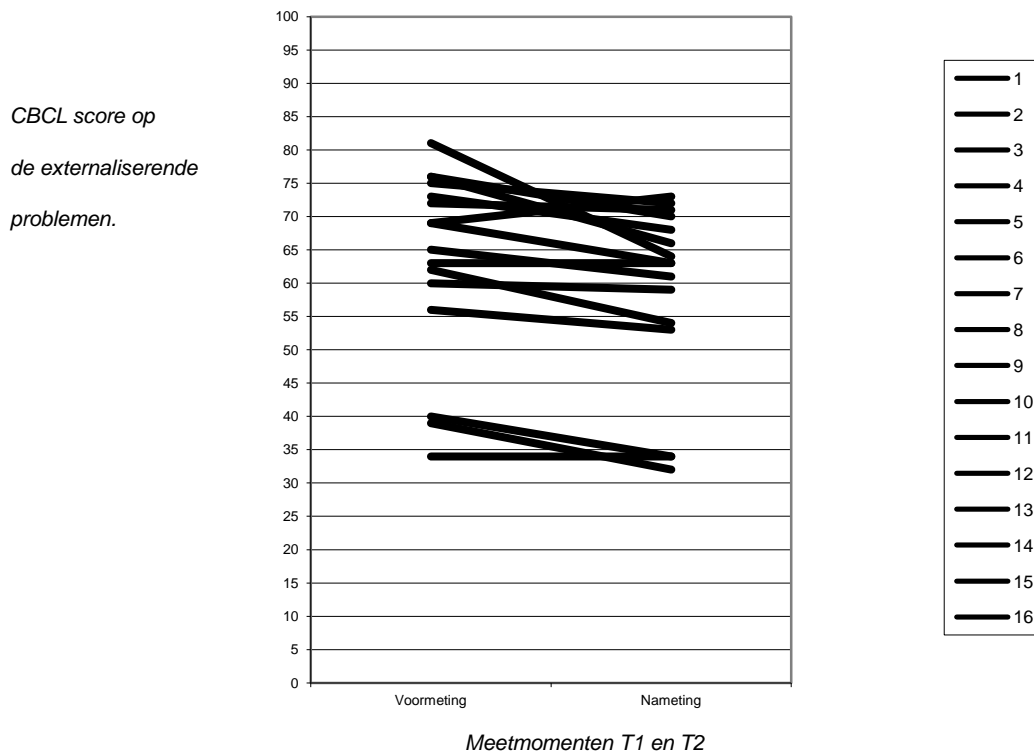
Onderzocht is of de factor ++ samenhangt met de factor - -. Wanneer deze factoren veel samenhang zouden vertonen, dan zou niet kunnen worden gesproken van twee aparte variabelen. De operationalisatie zou dan niet goed kunnen zijn. Het is dus belangrijk om eerst de correlatie tussen deze factoren te berekenen, voordat wordt overgegaan op het toetsen van de hypothesen. Pearson Correlation is berekend en komt uit op -.246. Deze samenhang tussen de factor ++ en de factor - - is niet

significant ($P > .05$). Naast dat de correlatie tussen de factor ++ en de factor - - is berekend, is ook de correlatie tussen de voor- en de nameting berekend. Pearson Correlation is berekend en komt uit op .941. Deze samenhang tussen de voor- en nameting is significant ($P < .01$), wat betekent dat de score op de voormeting een significante voorspeller is van de score op de nameting.

In het vervolgstuk van de resultaten zullen de resultaten bij de hypothesen worden weergegeven.

3.2 Het volgen van een draai op de GDB leidt tot een significante afname van de externaliserende problemen.

Om deze eerste onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is een Paired Samples T-test uitgevoerd. Hieruit komt naar voren dat de gemiddelde score op de externaliserende schaal van de CBCL van cliënten aan het begin van de behandeling 63 is. Na de behandeling is de gemiddelde score afgenomen tot 58. Deze afname is significant $t(15) = 3.757$, $p < 0.01$ (2-tailed). In Figuur 2 is voor elk gezin grafisch weergegeven hoe het verloop van de problemen van de voormeting naar de nameting eruit ziet. Te zien is dat er bij de meeste gezinnen sprake was van een afname van de problemen.



Figuur 2. De afname van de externaliserende problemen, weergegeven per gezin.

3.3 Hoe meer er sprake is van een positieve focus van de therapeut, gevolgd door een positieve reactie van de cliënt, hoe meer de externaliserende problemen van het kind afnemen.

Om deze tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is een regressieanalyse uitgevoerd, waarbij alleen de 16 gezinnen waarvan er een voor én een nameting was zijn meegenomen. De totaalscore van de externaliserende problemen op de nameting is als afhankelijke variabele opgenomen en de totaalscore van de externaliserende problemen op de voormeting is als onafhankelijke variabele opgenomen.

Daarna is ook het aantal keren positief focussen met daarop volgend een positieve reactie (++) opgenomen als onafhankelijke variabele in het model. Bekeken is of het aantal keren ++ iets toevoegt aan de voorspelling. Er is een extra block in de regressie analyse opgenomen met daarin het aantal keren ++. Er werd naar het gehele model gekeken, met daarin de score op de voormeting en het aantal keren ++ als onafhankelijke variabelen en de score op de nameting als afhankelijke variabele. Te zien is dat de twee onafhankelijke variabelen samen significante voorspellers zijn voor de score op de nameting ($F(1,14) = 59.382, P < .05$). De voormeting verklaart

88,5% van de variantie. Wanneer het aantal keren dat ++ is gescoord aan het model wordt toegevoegd, wordt 90,1% van de variantie verklaard. Het aantal keren dat ++ wordt gescoord voegt dus 1,6% aan het model toe, wat geen significante toevoeging is ($p > .05$). De Beta waarden, de R^2 Changed en de Significantie waarden staan weergegeven in Tabel 3. In Figuur 3 is een grafische weergave van dit resultaat gemaakt. De groene lijnen zijn de gezinnen die een beneden gemiddeld aantal keer ++ scoorden, de rode lijnen zijn de gezinnen die een bovengemiddeld aantal keer ++ scoorden. Te zien is dat er geen duidelijke scheiding tussen beide groepen is.

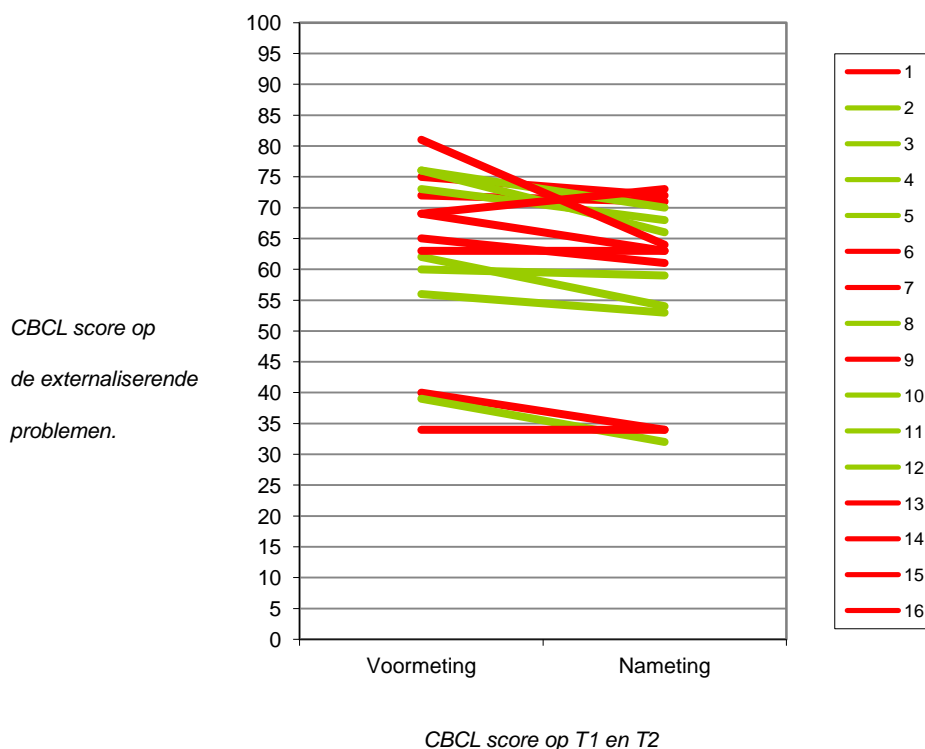
Tabel 2

Regressie analyse van de CBCL score op Externaliserende problemen op T2, op de CBCL score op de Externaliserende problemen op T1 en het aantal keren ++

Model	Beta	R ² Changed	Sig.
1) Voormeting	0,941	0,885	0**
2) Voormeting, aantal keer ++	-0,13	0,016	0,169

** Significant bij $P < .01$

Onder het volgende sub-kopje is dezelfde analyse uitgevoerd voor de tweede hypothese.



Figuur 3. Weergave van de CBCL-score op Externaliserende problemen op T1 en T2, met rood voor de gezinnen die een bovengemiddeld aantal keren ++ scoorden en groen voor de gezinnen die een beneden gemiddeld aantal keren ++ scoorden.

3.4 Hoe meer er sprake is van een negatieve focus van de therapeut, gevolgd door een negatieve reactie van de cliënt, hoe minder de externaliserende problemen van het kind afnemen.

Voor het beantwoorden van deze derde onderzoeksvraag is ook een regressieanalyse uitgevoerd, waarbij wederom alleen de 16 gezinnen waarvan er een voor én een nameting was zijn meegenomen. Ook hier geldt dat er een significante samenhang is tussen de voormeting en de nameting, wat betekent dat de score op de voormeting voorspellend is voor wat de score op de nameting is. Daarna is getoetst wat het aantal keren dat de behandelaar negatief focust en de cliënt negatief reageert (- -) nog aan het model toevoegt.

Er is wederom een extra block in de regressie analyse opgenomen met daarin het aantal keren - -. Er werd naar het gehele model gekeken, met daarin de score op de voormeting en het aantal keren - - als onafhankelijke variabelen en de score op de nameting als afhankelijke variabele. Te zien is dat de twee onafhankelijke variabelen samen significante voorspellers zijn voor de score op de nameting ($F(1,14) = 60.92$, $P < .05$). De voormeting verklaart 88,5% van de variantie van het model. Wanneer het aantal keren dat - - is gescoord aan het model wordt toegevoegd, wordt 90,4% van de variantie verklaard. Het aantal keren dat - - wordt gescoord voegt dus 1,8% aan het model toe, wat geen significante toevoeging is ($p > .05$). De Beta waarden, de R^2 Changed en de Significantie waarden staan weergegeven in Tabel 4. In Figuur 4 is een grafische weergave van dit resultaat gemaakt. De groene lijnen zijn de gezinnen die een beneden gemiddeld aantal keer - - scoorden, de rode lijnen zijn de gezinnen die een bovengemiddeld aantal keer - - scoorden. Te zien is dat er geen duidelijke scheiding tussen beide groepen is.

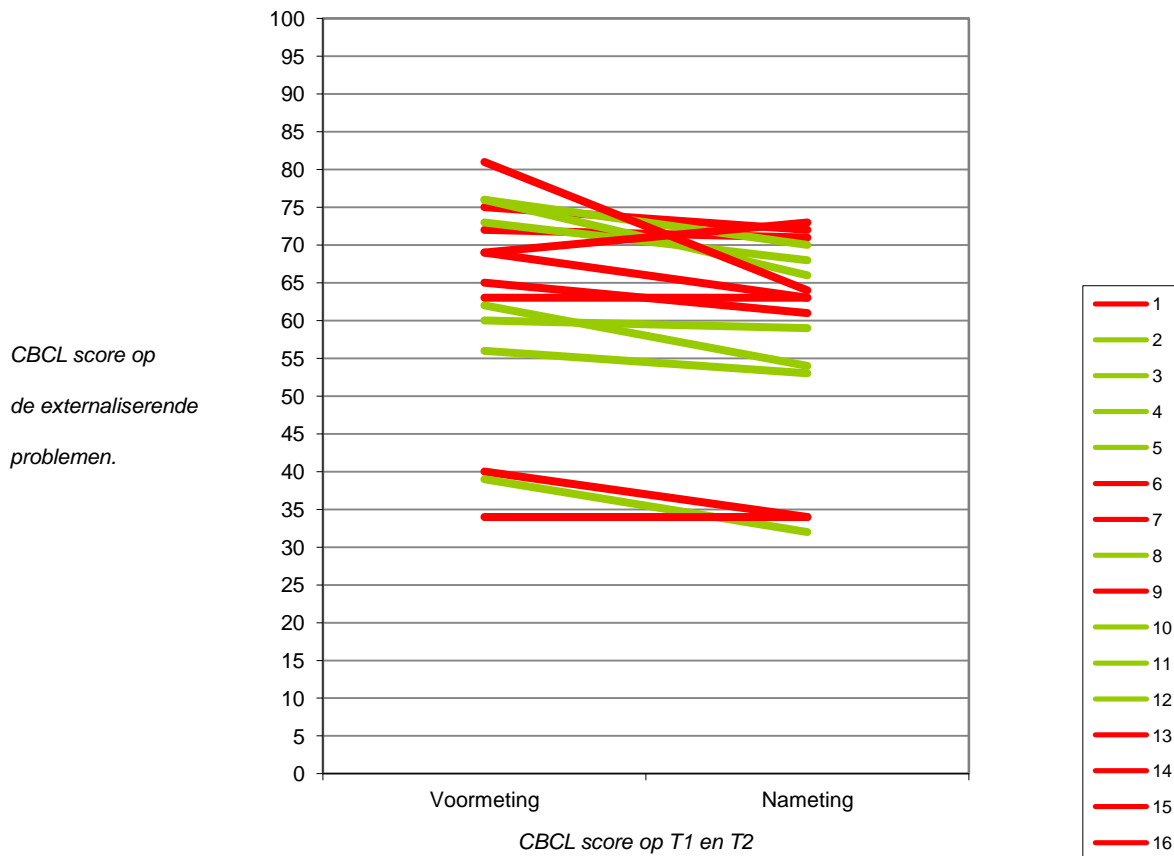
Onder het volgende sub-kopje wordt hypothese 4 getoetst.

Tabel 3

Regressie analyse van de CBCL score op Externaliserende problemen op T2, op de CBCL score op de Externaliserende problemen op T1 en het aantal keren - -

Model	Beta	R ² Changed	Sig.
1) Voormeting	0,941	0,885	0,00**
2) Voormeting, aantal keer - -	0,136	0,018	0,14

** Significant bij $P < .01$



Figuur 4. Weergave van de score op Externaliserende problemen op de CBCL op T1 en T2, met rood voor de gezinnen die een bovengemiddeld aantal keren ++ scoorden en groen voor de gezinnen die een beneden gemiddeld aantal keren ++ scoorden.

3.5 De combinatie van een positieve focus van de behandelaar en een positieve focus van de cliënt, komt vaker voor wanneer de gezinnen bij aanvang van de behandeling ernstige problemen hebben.

Voor het beantwoorden van deze vierde onderzoeksvraag is een variantieanalyse uitgevoerd (2-weg anova). Met de ernst van de problematiek als onafhankelijke variabele en het aantal keren ++ als afhankelijke variabele. Alle 20 gezinnen van wie er een voormeting en een filmopname van de contractbespreking was, zijn meegenomen in de analyse. Om te beginnen is bekeken of er ongeveer evenveel gezinnen in de klinische als in de niet-klinische groep vielen. Er bleken 8 gezinnen in de groep met niet ernstige problemen te zitten en 12 gezinnen in de groep met ernstige problemen. De gezinnen waren dus redelijk gelijk verdeeld over beide groepen. Ook is gekeken of bij beide groepen ongeveer even vaak ++ werd

gescoord. Bij de groep met niet ernstige problemen werd er gemiddeld 10,6 keer ++ gescoord in een gesprek, met een standaardafwijking van 6,1. Bij de groep met ernstige problemen werd er gemiddeld 9,1 keer ++ gescoord in een gesprek, met een standaardafwijking van 4,9. In beide groepen werd er dus ongeveer even vaak ++ gescoord.

In Tabel 5 zijn de resultaten weergegeven van de analyse. Duidelijk wordt dat bij de gezinnen met ernstige problemen minder vaak ++ werd gescoord, maar dit verschil is niet significant ($F(1,20) = .396, P > .05, 2\text{-tailed}$). Overige resultaten zijn te vinden in Tabel 5.

3.6 De combinatie van een negatieve focus van de behandelaar en een negatieve focus van de cliënt, komt vaker voor wanneer de gezinnen bij aanvang van de behandeling geen ernstige problemen hebben.

Voor het beantwoorden van deze vijfde onderzoeksvraag is wederom een variantieanalyse uitgevoerd (2-weg anova). Met de ernst van de problematiek als onafhankelijke variabele en het aantal keren - - als afhankelijke variabele. Bij deze analyse zijn exact dezelfde gezinnen meegenomen als bij hypothese drie, met 8 gezinnen in de groep met niet ernstige problemen en 12 gezinnen in de groep met ernstige problemen. Wederom is bekeken of bij beide groepen ongeveer even vaak - - werd gescoord. Bij de groep met niet ernstige problemen werd er gemiddeld 5,5 keer - - gescoord in een gesprek, met een standaardafwijking van 2,9. Bij de groep met ernstige problemen werd er gemiddeld 7,9 keer - - gescoord in een gesprek, met een standaardafwijking van 4,6. In beide groepen werd er dus ongeveer even vaak - - gescoord.

In Tabel 5 zijn de resultaten van de analyse weergegeven. De gezinnen die ernstige problemen hadden scoorden vaker - -, maar dit verschil is niet significant ($F(1,20) = 1.723, P > .05, 2\text{-tailed}$).

Tabel 5

Variantieanalyse (2-weg anova) met de Ernst van de Externaliserende problematiek bij aanvang als onafhankelijke variabele en het aantal keren ++ en -- als afhankelijke variabele

Ernst bij aanvang CBCL externaliserend	Df	F	Sig.	Partial Eta Squared
++	1,18	0,396	0,537	0,022*
--	1,18	1,723	0,206	0,087

* Significant bij $P < .05$

4. Discussie

In dit onderzoek lag de focus op een behandelmethode die Yulius aan multiprobleem gezinnen aanbiedt, namelijk de gezinsdagbehandeling. Er is onderzocht of het aantal keer dat de behandelaar positief focust en de cliënt hier positief op reageert samenhangt met de vooruitgang van de gezinnen. Hetzelfde is onderzocht voor het aantal keren dat de behandelaar negatief focust met daaropvolgend een negatieve reactie van de cliënt. Daarbij is onderzocht of de ernst van de problematiek bij aanvang van de behandeling bepalend is voor de mate waarin er positief en negatief gefocust en gereageerd wordt.

Allereerst is onderzocht of de externaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen significant af zouden nemen. De hypothese hierbij was dat de externaliserende problemen van de kinderen inderdaad af zouden nemen. Deze hypothese is gebaseerd op het onderzoek van Koopman & van der Lugt (2007).

De resultaten hebben deze eerste hypothese bevestigd. De kinderen gingen gemiddeld van een subklinische score op de CBCL naar een niet klinische score. Deze afname was significant. Er bleek dus sprake te zijn van een vooruitgang.

Ten tweede is onderzocht of het aantal keren dat een positieve focus van de behandelaar, die direct werd gevolgd door een positieve reactie van de cliënt, samenhangt met een afname van de externaliserende problemen. Jordan & Quinn (2004) vonden in hun onderzoek dat er in de oplossingsgerichte therapie vaker positief werd gefocust dan in de probleemgerichte therapie. Volgens hen dient de positieve focus ertoe dat de cliënt zijn aandacht kan richten op datgene wat goed gaat in plaats van op datgene wat slecht gaat. Dit zou leiden tot een beter behandelresultaat. Tomori & Bavelas (2007) toonden ook aan dat er in

oplossingsgerichte behandelingen meer positief werd gefocust dan in probleemgerichte behandelingen. De bovenstaande onderzoeken hebben echter niet laten zien of de positieve focus ook samenhangt met een vooruitgang van de cliënten. Dit is in dit onderzoek bekeken. De hypothese hierbij was dat hoe vaker er positief werd gefocust, hoe meer de gezinnen erop vooruit zouden gaan (Jordan & Quinn, 2004).

De resultaten hebben deze hypothese echter niet bevestigd. De score op de voormeting bleek een significante voorspeller te zijn voor de score op de nameting. Het aantal keren dat de combinatie ++ voorkwam is aan dit model toegevoegd. Dit bleek echter geen significante bijdrage te leveren aan het model. Dit houdt in dat het aantal keren ++ niet samenhangt met een vooruitgang in de problematiek van de cliënt. De tweede hypothese moet dus worden verworpen.

De derde vraagstelling was of er een kleinere afname van de externaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen zou zijn wanneer er vaker een negatieve focus door de behandelaar werd gegeven die gevolgd werd door een negatieve reactie van de cliënt. Tijdens observaties op de gezinsdagbehandeling van Yulius werd regelmatig een negatieve focus gezien, ondanks dat Tomori & Bavelas (2007) in hun onderzoek aantoonde dat er in de oplossingsgerichte therapie minder sprake was van negatief focussen dan in probleemgerichte therapie. Omdat de negatieve focus van de behandelaar en een negatieve reactie van de cliënt toch regelmatig voor bleken te komen en het niet bekend was wat deze factor voor invloed heeft op een eventuele vooruitgang van de gezinnen, is deze variabele meegenomen in het onderzoek. De verwachting was dat hoe vaker er - - voor zou komen, hoe minder de gezinnen erop vooruit zouden gaan. Dit sluit aan bij de literatuur van het oplossingsgerichte werken waarin wordt gesteld dat positiviteit van de behandelaar, essentieel is voor het slagen van de behandeling. Negativiteit is hier het tegenovergestelde van (Caufmann, 2008).

Uit de resultaten van dit onderzoek kwam geen significante samenhang naar voren tussen - - en een mindere vooruitgang van de gezinnen. Dit betekent dat de problemen niet minder afnemen wanneer een negatieve focus door de behandelaar die werd gevolgd door een negatieve reactie van de cliënt vaker voorkwam. De derde hypothese moet dus worden verworpen.

Als vierde is onderzocht of er een verschil is tussen gezinnen waarvan de kinderen met klinische externaliserende problemen aan de behandeling beginnen en

gezinnen waarvan de kinderen niet met klinische problemen aan de behandeling beginnen, in de mate waarin er ++ wordt gescoord.

Omdat uit het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007) naar voren komt dat de cliënten die vaker een positieve focus ontvingen ernstigere problemen hadden bij aanvang, was de verwachting dat cliënten met ernstige problemen bij aanvang vaker ++ scoorden.

Uit de resultaten van dit onderzoek komt geen verschil naar voren tussen cliënten die ernstige, of juist geen ernstige problemen hadden bij aanvang van de behandeling in de mate waarin er ++ werd gescoord. Dit betekent dat het niet uit lijkt te maken of men met ernstige of niet ernstige problemen aan de behandeling begint, omdat er bij beide groepen even vaak positief gefocust werd en positief op een positieve focus gereageerd werd. De vierde hypothese moet dus worden verworpen.

Tot slot is onderzocht of er een verschil is tussen gezinnen waarvan de kinderen met klinische externaliserende problemen aan de behandeling beginnen en gezinnen waarvan de kinderen niet met klinische problemen aan de behandeling beginnen, in de mate waarin er op een negatieve focus van de behandelaar een negatieve reactie volgt.

Omdat het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007) liet zien dat de cliënten die vaker een negatieve focus ontvingen minder ernstige problemen hadden bij aanvang, was de verwachting dat cliënten met minder ernstige problemen bij aanvang vaker - - scoorden.

Uit de resultaten van dit onderzoek kwam geen verschil naar voren tussen cliënten die ernstige, of juist niet ernstige problemen hadden bij aanvang van de behandeling in de mate waarin er - - werd gescoord. Dit betekent dat het niet uit lijkt te maken of men met ernstige of niet ernstige problemen aan de behandeling begint, omdat er bij beide even vaak negatief gefocust werd en negatief op een negatieve focus gereageerd werd. De vijfde hypothese moet dus worden verworpen.

Bij de resultaten uit dit onderzoek moet een aantal kritische kanttekeningen worden geplaatst.

In de eerste plaats moet worden vermeld dat er in dit onderzoek sprake was van een zeer kleine steekproef. Door missende nametingen bestonden de analyses voor vraagstelling één en twee maar uit 16 participanten. Door missende voormetingen bestonden de analyses voor vraagstelling drie en vier uit maar 20

personen. Door de kleine steekproef is er een grote kans dat toeval een rol heeft gespeeld in de uitkomsten. Daarbij is de kans aanwezig dat de multiprobleemgezinnen die hebben deelgenomen niet representatief zijn voor veel andere multiprobleemgezinnen. Gezien het feit dat deze gezinnen gekenmerkt worden door veel verschillende problemen, is de kans groot dat de multiprobleem gezinnen die deel hebben genomen anders zijn dan andere multiprobleem gezinnen. Generalisatie naar andere multiprobleemgezinnen kan daardoor niet. Voor deze groep cliënten is er een zeer grote steekproef nodig.

Door de kleine steekproef was er nog een beperking. Er was in dit onderzoek vaak overeenstemming tussen de behandelaren en de cliënten. Er werd relatief vaak ++ en - - gescoord, maar weinig +- en +-. De +- en +- kwamen zo weinig voor dat het niet mogelijk was om hypothesen over deze factoren te toetsen. Mogelijk hebben in dit onderzoek precies die gezinnen deelgenomen die geneigd zijn om mee te gaan in de focus. Daardoor zijn andere gezinnen, die er juist vaker tegen ingaan, mogelijk buiten beschouwing gebleven. Doordat alleen de ++ en - - zijn meegenomen kan niet worden bekeken wat het voor de afname betekent wanneer cliënten juist vaak tegen de therapeut in gaan wat hun focust betreft.

Naast de kleine steekproef en het alleen meenemen van de ++ en - - zijn er in het onderzoeksdesign nog meerdere tekortkomingen die belangrijk zijn om te vermelden bij het interpreteren van de resultaten. Zo is er geen controlegroep meegenomen in het onderzoek. Hierdoor is niet duidelijk of de afname/stabiliteit van de problemen überhaupt toe te schrijven valt aan de gezinsdagbehandeling. Het is mogelijk dat het stabiel blijven van de problemen al een grote winst is bij multiprobleem gezinnen.

Ook op de operationalisaties valt wat aan te merken. De inter-observatorbetrouwbaarheid coëfficiënt is gemeten en gaf een zeer goede overeenstemming aan tussen de observatoren. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat deze coëfficiënt alleen is berekend voor de twee observatoren die tevens onderzoekster zijn. Zij hebben de operationalisatie samen bedacht en staan er dus anders in dan een onafhankelijk observator. De coëfficiënt zou meer hebben gezegd wanneer deze ook voor onafhankelijke observatoren berekend zou zijn.

Voor het meten van de positieve en negatieve focus, is naar het verbale gedrag van de therapeuten en de cliënten gekeken. De vraag is echter of verbaal gedrag niet onlosmakelijk verbonden is met non-verbaal gedrag. Een therapeut kan

iets heel positiefs zeggen, maar daarbij non-verbaal iets negatiefs uitstralen. De vraag is dan wat de cliënt in zo'n geval oppikt. Door alleen naar het verbale te kijken is de kans aanwezig dat er informatie is gemist. Sarcasme is een voorbeeld waarbij non-verbale signalen en intonatie van de toon waarmee wordt gesproken essentieel zijn. Door alleen naar de woorden te kijken, wordt hieraan voorbij gegaan. Het is dus maar zeer de vraag of in dit onderzoek echt de positieve en negatieve focus gepakt zijn. Uiterste voorzichtigheid is daardoor geboden bij het trekken van de conclusie dat ++ en - - helemaal niet samenhangen met vooruitgang van cliënten.

Wat de factoren positieve en negatieve focus en de reactie daarop betreft, valt er nog meer aan te merken dan alleen het feit dat de operationalisaties niet optimaal lijken te zijn. Zo is het zeer waarschijnlijk dat deze factoren niet op zichzelf staan, maar onderdeel uit maken van meerdere factoren die onderling van elkaar afhankelijk zijn. Verwacht wordt dat, naast het positief focussen, ook de werkrelatie met de therapeut en de spanning die op de behandeling wordt gezet van invloed zijn. De uitgevoerde regressieanalyse met ++ en - - als onafhankelijke variabelen geeft dan een te eenvoudig beeld. In de bijlage 4 is een model toegevoegd dat is gemaakt naar aanleiding van de observaties op de GDB. Hier is te zien welke verbanden mogelijk een rol spelen en hoe deze verbanden zich mogelijk tot elkaar verhouden.

Hierboven zijn al kritische kanttekeningen geplaatst bij de steekproef, het design zonder controlegroep, de operationalisaties en factoren die waarschijnlijk missen. Er is echter nog een zeer belangrijke factor die zeker niet vergeten mag worden. Dit is het feit dat voor de voor- en nameting de CBCL vragenlijst is gebruikt. In de inleiding is heel duidelijk uitgelegd dat multiprobleem gezinnen gekenmerkt worden door de grote hoeveelheid aan problemen. Om te meten of de gezinnen daadwerkelijk vooruit zijn gegaan aan het eind van de behandeling moet dus een vragenlijst worden afgenomen die een groot deel van deze problemen ondervangt. In dit onderzoek is echter de CBCL score van de externaliserende problemen van één van de kinderen uit de gezinnen gebruikt. Deze score zegt verder niets over de andere problemen waar de gezinnen mee te kampen hebben. Wanneer alleen de externaliserende problemen van het kind af zijn genomen, maar alle andere problemen gelijk zijn gebleven of misschien wel erger zijn geworden, wordt hier geconcludeerd dat de behandeling is geslaagd. Dit zou dan ten onrechte zijn. Daarbij moet worden vermeld dat de filmopnames zijn gemaakt van de gesprekken tussen de ouders en de behandelaren. Het aantal keren ++ en - - is dus gemeten in een

gesprek met de ouders. Vervolgens is dit gekoppeld aan de afname van de externaliserende problemen van één van de kinderen uit het gezin die niet bij dit gesprek aanwezig was. Het lijkt, wanneer alleen de gesprekken met ouders worden gefilmd, beter om de vooruitgang van de problemen van de ouders te meten, omdat zij degenen zijn die de positieve focus ontvangen.

Aan de genoemde beperking van het soort vragenlijst dat is gebruikt, moet nog worden toegevoegd dat het kenmerkend voor multiprobleem gezinnen is dat zij erg instabiel zijn. Het moment waarop de CBCL is ingevuld kan dus bepalend zijn voor de score. Wanneer de ouders bijvoorbeeld net een ruzie met hun kind hebben gehad kan de score anders zijn dan wanneer zij hem ingevuld zouden hebben zonder voorafgaande ruzie. De vraag is dus of de vragenlijst die op één moment is ingevuld betrouwbare informatie geeft over de problemen waar de gezinnen mee te kampen hebben.

Een laatste beperking die moet worden genoemd is die van de gebruikte analyses. Een regressieanalyse geeft een verband aan tussen variabelen. Zoals eerder genoemd is dit verband eenvoudig en is het altijd mogelijk dat er meer variabelen betrokken zijn, dan die met de analyse zijn uitgevoerd. Daarnaast geeft een regressieanalyse een samenhang aan, maar geen richting.

Hierboven zijn meerdere beperkingen van dit onderzoek genoemd. In het vervolgstuk zullen punten worden aangedragen die in vervolgonderzoek mee zouden moeten worden genomen. De beperkingen uit dit onderzoek zullen dan niet/minder in vervolgonderzoek voorkomen.

De eerste beperking was de zeer kleine steekproef. Er moet een vervolgstudie komen met een grotere steekproef om betrouwbaardere resultaten te krijgen. Het is hiervoor noodzakelijk dat de onderzoekcultuur op Yulius wordt veranderd. Één persoon moet verantwoordelijk zijn voor de binnenkomst van alle data. Van de 32 filmopnames konden er maar 16 worden gebruikt omdat van de rest voor- en nameting scores ontbraken. Hierdoor is er veel tijd gestoken in het verwerven van een kleine database. In vervolgonderzoek moet dit punt worden aangepakt.

Wanneer er een grotere steekproef is, kan er ook een hypothese worden opgesteld voor de combinaties +- en -+. Het vergelijken tussen gezinnen die overeenstemming vertonen in de focus met de gezinnen die er tegenin gaan zou interessant kunnen zijn. Naast een grotere steekproef moet er daarbij ook langer

geobserveerd worden, zodat er meer combinaties naar voren kunnen komen. Het extra meenemen van de tussenevaluatie en de maatwerkdag is dan ook aan te raden. Mogelijk gaan cliënten in deze gesprekken wel vaker tegen de therapeut in.

Naast het vergroten van de steekproef en het observeren van meer gesprekken, moet in verder onderzoek worden bekeken of het ethisch verantwoord en praktisch haalbaar is om een controlegroep samen te stellen. Alleen dan kan echt iets worden gezegd over het effect van de GDB. Zonder controlegroep kan niet worden vastgesteld of de resultaten voort zijn gekomen door de behandeling of door iets anders. De multiprobleem gezinnen die nog op de wachtlijst staan zouden bijvoorbeeld als controlegroep kunnen dienen. Nadeel daaraan is dat er geen follow up studie meer mogelijk is.

Mocht er een vervolgstudie komen, dan moet er ook kritisch naar de operationalisaties worden gekeken. Het zou wellicht goed zijn om ook het non-verbale gedrag in de operationalisatie op te nemen.

Daarbij moeten zoveel mogelijk factoren mee worden genomen die mogelijk van invloed zijn op de mate waarin de cliënten erop vooruitgaan. Het model uit bijlage 3 geeft aan welke factoren mogelijk invloed hebben op de vooruitgang van de gezinnen.

Bij de beperkingen is ook kritiek geleverd op de voor- en nameting in dit onderzoek. De CBCL omvat niet voldoende de problemen van multiprobleem gezinnen. Daarbij gaat deze lijst alleen over de problemen van het kind. Er zou ook een vragenlijst moeten worden ingevuld over de problemen van de ouders. De SCL-90 is een optie. Daarmee kan ook de vooruitgang van de ouders worden gemeten. Naast vragenlijsten kan ook gebruik worden gemaakt van de feedback die de cliënten geven. De SRS en de ORS van Scott-Miller zouden hiervoor geschikt kunnen zijn. De CBCL vragenlijst is een valide en betrouwbare vragenlijst die zeer waardevolle informatie kan geven, maar dan als aanvulling op andere vragenlijsten. Door bijvoorbeeld de SCL-90 tegelijkertijd met de CBCL in te laten vullen en de SRS en ORS elke week in te laten vullen kan er een betrouwbaarder beeld ontstaan van de werkelijke problemen van de gezinnen. De instabiliteit van multiprobleem gezinnen heeft minder impact wanneer er wekelijks een vragenlijst moet worden ingevuld.

Tot slot moet in vervolgonderzoek kritisch worden gekeken naar de analyses. Omdat een regressieanalyse een heel eenvoudig beeld geeft, is het extra belangrijk

om zoveel mogelijk variabelen aan de analyse toe te voegen. Wanneer men toch weinig variabelen wil onderzoeken en de steekproef klein blijft dan is het raadzaam om een kwalitatief onderzoek uit te voeren. Dan worden er geen analyses uitgevoerd op grond waarvan conclusie kunnen worden getrokken, maar dan kan er wel een beeld worden geschetst per gezin. Dit kan zeer informatief zijn. Er zou dan bijvoorbeeld een space state grid kunnen worden uitgevoerd, waarmee men zicht krijgt op hoe bijvoorbeeld de focus van de behandelaar en de reactie van de cliënt op elkaar volgen tijdens een gesprek. De beweging wordt dan zichtbaar. Daarna kan dan nog op grotere schaal worden getoetst.

Na de bespreking van de resultaten, de bespreking van de beperkingen en het benoemen van punten voor vervolgstudies wordt nog ingegaan op wat dit onderzoek bijdraagt aan de literatuur en de praktijk. Koopman en van der Lugt (2008) onderzochten of er bij de gezinnen die een draai van de GDB van Yulius hadden gevolgd, sprake was van een afname van de problemen. Zij concludeerden dit inderdaad het geval was. In dit onderzoek is dit resultaat ook teruggevonden. Exhter, dit onderzoek en het onderzoek van Koopman en van der Lugt (2008) bevatten, zoals besproken, beiden veel beperkingen waardoor er nog steeds geen eenduidig antwoord kan worden gegeven op de vraag of en hoe effectief de GDB is. Verder onderzoek is daarom nodig om een conclusie te kunnen trekken over de effectiviteit van de GDB.

De resultaten met betrekking tot het positief en negatief focussen sluiten aan op de bevindingen van Tomori & Bavelas (2007) en Jordan & Quinn (1994) in de zin dat er inderdaad relatief vaak sprake bleek te zijn van een positieve focus. Wat niet aansluit is dat er ook vaak een negatieve focus voor bleek te komen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat in dit onderzoek geen vergelijking is gemaakt met een probleemgerichte interventie. In de onderzoeken van Tomori & Bavelas (2007) en Jordan & Quinn (1994) betekent het begrip "veel" dat het aanzienlijk vaker voorkwam in de oplossingsgerichte therapie dan in de probleemgerichte therapie. In dit onderzoek is het de mening van de onderzoeker of het vaak of niet vaak is voorgekomen.

Ook vonden Tomori & Bavelas (2007) dat cliënten die bij aanvang van de behandeling ernstigere problemen hadden, vaker een positieve en negatieve focus kregen. In dit onderzoek is dit niet teruggevonden. Gezien de beperkingen van dit

onderzoek kunnen de uitkomsten van Tomori en Bavelas (2007) niet zomaar aan de kant worden geschoven. Om hier iets te kunnen concluderen is meer onderzoek nodig.

Aan de vraag hoe effectief het oplossingsgerichte werken is, voegt dit onderzoek niets toe. Door de vele beperkingen is het absoluut niet verantwoord om uitspraken te doen met betrekking tot de effectiviteit. Daarbij is alleen de GDB meegenomen, in plaats van meerdere behandelingen waar er oplossingsgericht wordt gewerkt. Ook is er in deze studie geen vergelijk gemaakt met een groep die een probleemgerichte interventie volgde en een controlegroep die geen interventie volgde. Doordat er geen vergelijkingen kunnen worden gemaakt kan ook geen conclusie worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit.

De bevindingen uit dit onderzoek dragen weinig bij aan de praktische kennis van het oplossingsgerichte werken op de GDB van Yulius. De mate waarin er positief of negatief wordt gefocust lijkt niets uit te maken voor de mate waarin cliënten na de behandeling beter af zijn. Daarbij is er geen verschil gevonden tussen gezinnen met ernstige en niet ernstige problemen bij aanvang in de mate waarin er positief of negatief wordt gefocust. Op basis van deze resultaten zou dus aan de behandelaren kunnen worden aangeraden om niet vaak in te zetten op een positieve focus in de gesprekken, maar gezien de genoemde beperkingen zou dit niet juist zijn. Ook zouden de behandelaren gerustgesteld kunnen worden met de bevinding dat het helemaal niets uit blijkt te maken als ze negatief focussen, maar ook dit mag gezien de beperkingen niet worden gesteld. Tot slot zou men, gezien de uitkomsten van dit onderzoek, geen rekening hoeven houden met de ernst van de problemen van de gezinnen maar ook dit zou niet juist zijn gezien de vele beperkingen van dit onderzoek.

Er moet geconcludeerd worden dat alle vraagstellingen uit de onderzoek onbeantwoord blijven. De resultaten uit dit onderzoek zouden kunnen gelden als hypothesen voor vervolgstudies, maar ze zijn niet sterk genoeg om eenduidig antwoord te kunnen geven op vragen.

De data uit dit onderzoek zouden wel een bijdrage kunnen leveren aan een kwalitatief onderzoek naar het oplossingsgericht werken binnen de GDB. Het aantal keren ++ en - -, de CBCL voor- en nameting en de filmopnames zijn aan namen van gezinnen gekoppeld. Door goed te kijken welk specifiek gezin een bepaalde score behaalt, kunnen de behandelaren misschien een lijn ontdekken. Zeer nauwkeurige

analyses per gezin zouden dan nodig zijn.

De eindboodschap van dit onderzoek is dat er geen eenduidige conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot de vraagstellingen. Er zijn meerdere beperkingen naar voren gekomen, waar in verdere studies rekening mee moet worden gehouden. De database van Yulius is uitgebreid, waardoor er genoeg ligt voor latere onderzoekers om mee door te gaan.

De gezinnen uit dit onderzoek zijn er wat externaliserende problemen betreft op vooruit gegaan. Hier kan echter weinig over worden gezegd omdat er geen controlegroep aanwezig was. Het geeft echter geen aanwijzingen voor het mogelijk erger maken van de problemen van de gezinnen. Het lijkt dus niet onverantwoord om door te gaan met deze behandelvorm.

De theoretische achtergrond van de methodiek op de GDB is veelomvattend. Door verder te gaan met onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling moet uiteindelijk worden aangetoond hoe goed en voor wie de behandeling werkt. Daarbij moeten steeds specifieke factoren worden onderzocht die bepalend zijn voor de effectiviteit. Uiteindelijk kan dan hopelijk de optimale behandelvorm voor multiprobleem gezinnen worden ontwikkeld.

5. Referentielijst

- Achenbach, T. M. (1991). Integrative Guide to the 1991 CBCL/418, YSR, and TRF Profiles . Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology.
- Baartman, H., & Dijkstra, J.S. (1987). Multi-probleemgezinnen II; de opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1, 2-20.
- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Bannink, F.P. (2007). Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 37: 87-94.
- Bartels, A.A.J., Schuursme, S., & Slot, N.W. (2001). Interventies. In: R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (red.). *Ernstig geweldadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 291-319.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Berg- le Clerq, T., & Kalsbeek, A. (2011). Wat werkt in multiprobleem gezinnen? Verkregen op 6 februari, 2012, via http://www.nji.nl/DossierDownloads/WATWERKT_MULTIPROBLEEMGEZINNEN.PDF
- Berg van de-Paling, M. (2007). Cursusmateriaal RMPI: Oplossingsgericht Werken met Gezinnen.
- Bertalanffy von , L. (1950) An Outline of General System Theory. *The British Journal for Philosophy of Science*, 1, 134-165.
- Bronfenbrenner, U., (1987). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carr, J. (2006). *The handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology (2^e dr)*. Hove: Routledge.
- Cauffman, L. (2003). *Oplossingsgericht Management: Simpel werkt het best*. Utrecht: Lemma.
- Corcoran, J. (2002). Developmental Adaptations of Solution Focused Family Therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. Vol. 2, pp. 301-313.
- Corcoran, J. (2006). A Comparison Group Study of Solution-Focused Therapy versus

- Treatment-as-Usual ” for Behavior Problems in Children. *Journal of Social Service Research*, 33(1), 69-81.
- Cormack, C & Carr, A (2000). Drug Abuse. In A. Carr (Ed.), *What Works With Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Interventions With Children, Adolescents and Their Families*. (pp 155-177). London: Routledge.
- Ghesquière, Pol (1993). *'Multi-problem gezinnen : problematische hulpverleningssituaties in perspectief'*. Apeldoorn: Garant.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J. and Lee, T. (2010) *Multisystemic Therapy (MST)*, in *The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology* (eds J. H. Bray and M. Stanton), Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK. doi: 10.1002 / 9781444310238 ch25.
- Henggeler, S.W. & Schoenwald, S.K., (1998). *The MST supervisory manual: Promoting quality assurance at the clinical level*. Charleston SC: MST institute.
- Jordan, K., & Quinn, W.H. (1994). Session two outcome of the formula first session task in problem- and solution-focused approaches. *The American Journal of Family Therapy*, 22(1), 3-16.
- Kazdin, A.E., (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of child psychology and psychiatry*, Vol. (38), 161-178.
- Kim, J.S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 2, 107-116.
- Kirsh, B., & Tate, E. (2006). Developing a Comprehensive Understanding of the Working Alliance in Community Mental Health. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1054-1074.
- Koopman, F., & Van der Lugt, L. (2007). Effectonderzoek naar de Oplossingsgerichte Therapie van de Gezinsdagbehandeling van het RMPI. Verkregen op: 8 februari, 2012, van <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2008-1008-202016/Lugt%2c%20van%20der%200363820.pdf>.
- Korzibski instituut, www.korzybski.com.
- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen*. (7e complete revisie). Groningen: Wolters- Noordhoff. (665 paginas).
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy and indications. *Am J Psychoter*, 60(3), 233-259.
- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol. 28, pp. 521- 533.

- Van Lokven, H.M. (2002). Multiproblem gezinnen in Nederland. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 21: 56-62.
- Lugt van der, M. (2008) Lange termijn effect van de oplossingsgerichte therapie: follow-up onderzoek naar de Gezinsdagbehandeling van het RMPI. Verkregen op: 8 februari, 2012, van <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2008-1008-202016/Lugt,%20van%20der%200363820.pdf>
- Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (1999). *The heart and soul of change*. Washington: American Psychological Association.
- Miller, W. R., Taylor, C. A., & West, J. C. (1980) . Focused versus broadspectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 , 590-601.
- O'hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- O'shea, M.D., & Phelps, R. (2004). Multi Family Therapy: current status and critical appraisal. *Family process*, Vol. 24, pp. 555-582.
- Pas, A. van der (1979). *Gezinsfenomenen: artikelen en gesprekken over gezinsbehandeling* .Alphen aan de Rijn: Samson.
- Priebe, S., & McCabe, R. (2008). Communication and Psychosis: It's good to talk, but how? *The British Journal of Psychiatry*, 192, 404-405.
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M., & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187,438–443.
- Prins, P., & Bosch, J. (1998). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Riehl-Emde, A., & Reich, G. (2001). Family therapy. Recent trends and discussions. *Psychotherapeut*, 46: 355-367.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York, NY: W W Norton & Company.
- Shin, S.K. (2009). Effects of a Solution-Focused Program on the reduction of Agressiveness and the Improvement of Social Readjust for Korean Youth Probationers. *Journal of Social Service Research*, 35(9), 274-284.

- Slovik, L.S. & Griffith, J.L. (1992). The current face of family therapy. In J. Rutan (Ed.), *Psychotherapy for the 1990's* (pp.221-244). New York: Guilford.
- Sousa, L., Ribeiro, C., & Rodrigues, S. (2006). Intervention with multi-problem poor clients: Towards a strengths-focused perspective. *Journal of Social Work Practice, 20*, 189-204.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., Vries, L., de. (2006) Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie : een meta-analyse. *Gedragstherapie, 39* (2), 81-94.
- Steege, M., van der, (2010). *Opgroeien in een multiprobleemgezin*. Het Jonge Kind, 10, 61-64
- Timmermans, A. M. H. B. (2009). Samenhang tussen harde discipline, gedragscontrole, psychologische controle en psychopathologie bij het kind. Een vergelijking tussen multi-probleem gezinnen en gezinnen uit de algemene Nederlandse bevolking. Verkregen op: 8 februari, 2012, van <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2009-0907-200143/UUindex.html>
- Tomori, Christine and Beavin Bavelas, Janet (2007), *Using Microanalysis of Communication to Compare Solution-Focused and Client-Centered Therapy*, Journal of Family Psychotherapy Vol 18(3).
- Veenstra, M., & Reusens, M. (1999). Dagbehandeling: een semi- residentiele of een semi-ambulante cultuur? In Verheij, F., Monasso, M.P.M., Eussen, M.L., & Van Nuland, J.P. (Red.) *Zorgbreedte van de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M. & Delicat, J.W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of...? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen: Praktikon.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied & Preventive Psychology, 10*, 69-86.
- Weiner, N. (1961). *Cybernetics*. Cambridge, MA: M.I.T. Press.

6. Bijlagen

Bijlage 1



Verklaring medewerking aan onderzoek

Hierbij verklaart ondergetekende mee te willen werken aan het hieronder beschreven onderzoek op de afdeling Gezinspsychiatrie van Yulius en geeft toestemming dat hiertoe gegevens gebruikt mogen worden die verkregen zijn uit vragenlijsten en video opnames gemaakt tijdens de behandeling.

Het onderzoek heeft als doel de werkzame factoren van de behandeling verder te analyseren zodat de methodiek steeds verder ontwikkeld en verbeterd wordt en beter kan worden ingetraind. Hiertoe worden op verschillende momenten van de behandeling video opnames gemaakt van het handelen van de behandelaars en de reacties van de gezinsleden. Dit worden gecorreleerd met de gegevens uit de vragenlijsten om de effectiviteit van de geobserveerde behandeling te toetsen. Al deze gegevens worden in de analyse geanonimiseerd (de observaties van de opnames worden omgezet in cijfers) en de conclusies zijn dus niet meer te herleiden tot individuele opnames of vragenlijsten.

Het onderzoek wordt voor het grootste deel uitgevoerd door master studenten Psychologie in het kader van hun afstudeer onderzoek (Master scriptie) en staat onder leiding van W.H.Oppenoorth, gezinspsychiater en C.Rijnberk, gezinspsychiater, hoofd van de afdeling Gezinspsychiatrie van Yulius.

Het onderzoek en de conclusies kunnen worden gepubliceerd in vaktijdschriften.

(naam) (handtekening) (datum)

.....

Deze verklaring kan op ieder moment worden ingetrokken door contact op te nemen met de afdeling, waarna alle gegevens uit het onderzoek worden verwijderd.

Bijlage 2

Scoreformulier eerste 3 minuten KB

Spreker	Positieve/negatieve/neutrale focus en reactie cliënt	Reactie cliënt zelfde/anders
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		

Scoreformulier tweede 3 minuten KB

Spreker	Positieve/negatieve/neutrale focus en reactie cliënt	Reactie cliënt zelfde/anders
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		

Scoreformulier derde 3 minuten KB

Spreker	Positieve/negatieve/neutrale focus en reactie cliënt	Reactie cliënt zelfde/anders
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		
Therapeut		
Cliënt		

Bijlage 3

