



---

## Positieve focus: Een werkzame factor?

---

De invloed van de focus van behandelaars binnen  
een oplossingsgerichte gezinsbehandeling voor  
multi-probleemgezinnen



Masterthesis Kinder- en Jeugdpsychologie

Faculteit Sociale Wetenschappen Universiteit Utrecht

**Naam student:** Milou Blok

**Studentnummer:** 3158535

**Beoordelaar:** Bram Orobio de Castro

## Voorwoord

---

Graag wil ik mijn begeleiders, Bram Orobio de Castro vanuit de Universiteit Utrecht en Walter Oppenoorth vanuit Yulius, bedanken voor de totstandkoming van dit onderzoeksverslag. Ik heb de samenwerking als inspirerend en leerzaam ervaren en kijk met tevredenheid terug op het afgelopen jaar. Ook wil ik de behandelaars van de gezinsdagbehandeling bedanken voor het meedenken en voor de behulpzaamheid met betrekking tot het filmen en het invullen van vragenlijsten.

Tot slot wil ik Marjolijn bedanken voor de fijne samenwerking, de steun en de gezelligheid van afgelopen jaar.

# Inhoudsopgave

---

	<b>Abstract</b>	<b>4</b>
	<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Theoretisch kader</b>	<b>7</b>
	2.1 Multi-probleemgezinnen	7
	2.2 Interventies bij multi-probleemgezinnen	8
	2.3 Oplossingsgerichte benadering	11
	2.4 Gezinsdagbehandeling	19
	2.5 Doelstellingen	21
	2.6 Vraagstellingen en hypotheses	23
<b>3.</b>	<b>Methoden</b>	<b>25</b>
	3.1 Onderzoeksdesign	25
	3.2 Onderzoeksgroep en procedure	25
	3.3 Instrumenten	26
	3.3.1 Child behaviour checklist	26
	3.3.2 Focus van de behandelaar en reactie van de cliënt	27
<b>4.</b>	<b>Resultaten</b>	<b>31</b>
	4.1 Beschrijvende statistieken	31
	4.2 Correlaties	31
	4.3 Resultaten per deelvraag	32
<b>5.</b>	<b>Discussie</b>	<b>38</b>
	5.1 Bespreking van de resultaten per deelvraag	38
	5.2 Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek	40
	5.3 Bijdrage van het onderzoek aan de praktijk	43
<b>6.</b>	<b>Conclusie</b>	<b>44</b>
<b>7.</b>	<b>Literatuur</b>	<b>45</b>
	<b>Bijlage 1</b>	<b>50</b>
	<b>Bijlage 2</b>	<b>51</b>

## **Abstract**

---

Recently conducted research primarily studied the progress of multi-problem families after their participation in the solution-focused family day care of Yulius. The key question in the present study was whether a positive or negative focus by the therapist significantly affected this progress. In this study the reduction of internalization problems of children in multi-problem families is the area of focus. Furthermore, the moderating effect of the severity of internalizing problems at start of the family day care on the positive or negative focus form part of this research. The sample included 20 families for whom the type of focus was observed using video recordings. The results show no reduction in the internalizing problems of the children. Also, positive focus had no significant effect on this. As opposed to the positive type of focus, the negative type of focus did have a significant negative effect on the progress of the families. Families with clinical problems showed significantly less positive focus when compared to families with non-clinical problems, but no less negative focus. Future research is needed to explain what works in solution focused family day care.

## **Samenvatting**

---

In het huidige onderzoek is gekeken naar de vooruitgang van multi-probleemgezinnen na deelname aan de oplossingsgerichte gezinsdagbehandeling van Yulius. De vraag die centraal stond was of positieve of negatieve focus door behandelaars invloed had op deze vooruitgang. Dit onderzoek heeft zich hierbij toegespitst op een afname van internaliserende problemen bij de kinderen uit de multi-probleemgezinnen. Tevens werd gekeken of de ernst van de internaliserende problemen bij aanvang invloed had op het aantal keer dat er positief of negatief gefocust werd. Bij twintig gezinnen zijn filmopnames gemaakt waarin de focus is geobserveerd. Bij aanvang en afsluiting van de behandeling zijn CBCL vragenlijsten ingevuld, om het functioneren van het kind te meten. Uit de resultaten blijkt dat er geen vooruitgang heeft plaatsgevonden van de gezinnen en dat de positieve focus geen invloed had op de mate van

voortgang. Een negatieve focus bleek wel invloed te hebben, waarbij meer negatieve focus minder voortgang voorspelde. Tot slot is gevonden dat bij gezinnen met ernstige problematiek significant minder positief gefocust werd dan bij gezinnen met minder ernstige problematiek. Voor de negatieve focus werd geen verschil gevonden.

Vervolgonderzoek is nodig om er achter te komen wat werkt in de oplossingsgerichte gezinsdagbehandeling.

## **1. Inleiding**

Kwaliteit en kwaliteitsverbetering zijn leidende thema's in de gezondheidszorg (IOM, 2001). Aan hulpverleners wordt, in het kader van de kwaliteitsverbetering, steeds vaker gevraagd wat hun bijdrage aan de effectiviteit van de behandeling is. Overheid, zorgverzekeraars, verwijzers, instellingen, opleidingen en patiëntenorganisaties vragen aan therapeuten of zij het behandel aanbod kunnen verantwoorden en of zij het inzichtelijk en toetsbaar kunnen maken (Casparie, 1993). Met de vragen: 'Wat doe je, waarom doe je dat en wat is het resultaat?' gaan vele behandelaars en onderzoekers aan de slag (Mijnster, 2000).

Ook bij Yulius, een centrum voor kinderen, jeugdigen en gezinnen met complexe psychische problemen, worden deze vragen gesteld. Er zijn al diverse onderzoeken gedaan naar de vooruitgang van gezinnen na het volgen van de gezinsdagbehandeling van Yulius (Koopman & van der Lugt, 2007; van der Lugt, 2008). Het is echter niet alleen van belang of een behandeling effectief is, maar ook wat deze behandeling dan effectief maakt, ook wel de werkzame 'mechanismen' van de behandeling genoemd (Kazdin & Nock, 2003). In het kader van dit onderzoek zijn er gedurende één behandeltraai, een periode van zes weken waarin de gezinnen naar de behandellocatie komen, klinische observaties uitgevoerd. Naar aanleiding hiervan werden drie factoren onderscheiden die mogelijk van invloed zijn op de vooruitgang van gezinnen. Het gaat om de positieve focus van behandelaars, de werkrelatie tussen cliënt en behandelaar en de spanning die door behandelaars op het behandelproces wordt gezet.

In het huidige onderzoek staat één van deze factoren centraal. Het betreft de positieve focus van de behandelaar. Gekeken is in hoeverre deze positieve focus van invloed is op de afname van internaliserende problemen bij kinderen uit multi-probleemgezinnen.

In het volgende hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de doelgroep van dit onderzoek, interventies bij multi-probleemgezinnen, de oplossingsgerichte benadering, de gezinsdagbehandeling, de doelstellingen en de vraagstellingen en hypothesen.

## **2. Theoretisch kader**

### **2.1 Multiprobleem gezinnen**

In de maatschappij komen gezinnen voor die te maken hebben met meervoudige en complexe problematiek, waardoor zij moeite hebben met de opvoeding en de verzorging van hun kind. Deze gezinnen worden doorgaans multi-probleemgezinnen genoemd (Van Lokven, 2002).

De term multi-probleemgezinnen heeft echter geen eenduidige definitie. Over het algemeen wordt van een multi-probleemgezin gesproken, wanneer er sprake is van minstens één ouder en minstens één kind die langdurig kampen met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). Door de complexiteit van het begrip is het moeilijk aan te geven hoeveel multi-probleemgezinnen er precies zijn in Nederland. Het aantal wordt geschat tussen de 0,5 en 5% en zou hoger liggen in grote steden en onder allochtonen (van der Steege, 2010).

Ondanks dat er grote verschillen bestaan tussen multi-probleemgezinnen, kunnen een aantal overeenkomstige kenmerken onderscheiden worden (Baartman & Dijkstra, 1987).

1. Er is sprake van meerdere problemen en deze doen zich voor op meer dan één levensgebied. De problemen hebben zowel betrekking op de kinderen als op de ouders.
2. Het zijn complexe problemen. Ze staan onderling met elkaar in verband en houden elkaar in stand.
3. Deze gezinnen hebben meer draaglast (dat wat een gezin meedraagt aan problemen) en een verminderde draagkracht (de hoeveelheid problemen die een gezin aan kan) in vergelijking met functionele gezinnen.
4. Er is sprake van chronische en soms intergenerationele problemen: Gezinnen leven in een cyclus waaruit zij zich moeilijk los kunnen maken. Door de jaren heen is er sprake van oplopende spanningen, verzoeningen en ontloadingen.
5. De band tussen de gezinsleden is sterk en negatief. Ze kunnen niet zonder elkaar leven, maar ook niet met elkaar.

6. De hulpverlening functioneert onvoldoende. Er sprake van onvoldoende afstemming, geen gezamenlijke visie, tegenstrijdige adviezen, zorgmijding, geen medewerking van het gezin aan de behandeling, onvoldoende resultaat en onvoldoende probleembesef bij het gezin.

Tevens wordt bij multi-probleemgezinnen vaak parentificatie gezien. Dit is een verschijnsel waarbij de rollen tussen kinderen en volwassenen worden omgedraaid (Van der Pas, 1979). De kinderen nemen oudertaken over en andersom, waardoor de generatiegrenzen worden overschreden (Van Montfoort & Oudendijk, 1984)

Naast deze overkoepelende kenmerken van multi-probleemgezinnen, kan een aantal gebieden onderscheiden worden waarop de problemen zich voordoen. De ernst van de problemen op deze verschillende vlakken is per gezin verschillend (Baartman en Dijkstra, 1987).

1. Het voeren van een huishouding. Dit kan veroorzaakt worden door een gebrek aan financiële middelen, regelmaat, hygiëne of wooncomfort.
2. De maatschappelijke positie van het gezin. Het kan hierbij gaan om werkloosheid en armoede.
3. De opvoeding. Hierbij kan sprake zijn van bijvoorbeeld pedagogische onmacht, verwaarlozing of mishandeling.
4. Problemen in de individuele ontwikkeling of het welzijn van de gezinsleden. Hier kan met name gedacht worden aan depressies, verslavingen en andere stoornissen.
5. De relatie met eventuele (ex)partners. Hier kan gedacht worden aan scheidingen, onderlinge spanningen en loyaliteitsproblemen voor kinderen.

Vaak zijn de gezinnen in het verleden al in contact geweest met verschillende hulpverleningsinstanties. Door de complexiteit en de opeenstapeling van problemen is het echter moeilijk te bepalen welk behandeling of welke combinatie van behandelingen het werkt (Steketee & Van Gelder, 2001).

Het is om deze reden van belang dat de behandeling zich richt op al de gebieden waar de problemen voorkomen. De therapieën die regelmatig ingezet worden bij multi-probleemgezinnen worden nu besproken.



## 2.2 Interventies bij multi-probleemgezinnen en hun effectiviteit

Het Nederlands Jeugdinstituut omschrijft de in Nederland ingezette programma's voor multi-probleemgezinnen als praktisch en handelingsgericht. Daarbij zetten ze in op zowel de sociaaleconomische als de psychosociale problemen. De belangrijkste component van deze interventies is het motiveren van de ouders voor de behandeling. Algemeen gezien hebben de programma's als doel ervoor te zorgen dat de ouders zelfstandig verder kunnen (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). Ze zijn allen gericht op 'empowerment'. Hiermee wordt een proces bedoeld van versterking, waarbij individuen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving. Dit wordt gedaan door het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie (Van Regenmortel, 2002b).

Er worden nu drie interventies besproken die in Nederland ingezet worden bij multi-probleemgezinnen.

### *Intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG)*

Deze behandeling is een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). Het is gericht op kinderen van elke leeftijd die te kampen hebben met meervoudige en ernstige problemen of die een langdurige hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben. Het doel van de behandeling is tweeledig en richt zich op zowel het opgroeien en ontwikkelen van het kind in een veilig gezinsklimaat als op het uitbreiden van de vaardigheden van gezinsleden om gebruik te maken van het sociale netwerk. Het gezin wordt bij deze interventie twee keer per week thuis opgezocht en duurt gemiddeld vijf maanden. De behandeling is op te delen in drie fasen. In de eerste fase wordt er door de hulpverlener een werkrelatie opgebouwd met het gezin. De hulpverlener stelt tevens doelen op samen met de gezinsleden en gaat hiermee reeds aan de slag als dit mogelijk is. Vervolgens wordt er in de periode tot vier maanden na aanvang, gewerkt aan het bereiken van de gewenste veranderingen. De laatste maand staat in het teken van het afbouwen van de hulpverlening. Ook kent deze interventie vormen van nazorg (Steege, 2005).

De vooruitgang van gezinnen na het volgen van de IOG is meermalen onderzocht. De interventie laat over het algemeen een middelgrote tot grote afname van het probleemgedrag van het kind zien en een vermindering van de opvoedbelasting zoals die wordt ervaren door de ouders (Kemper, 2004; Damen, Veerman en Janssen, 2002; De Meyer en Veerman, 2004a, 2004b, 2004c). De onderzoeken hebben echter een zwakke bewijskracht door ofwel een kleine steekproef of het ontbreken van een controlegroep of beide. Hierdoor bestaat een beperking van de generaliseerbaarheid en het toeschrijven van het effect aan de behandeling. Ook is er in geen van de onderzoeken gevonden dat de IOG zorgt voor een uitbreiding van sociale steun, terwijl dit een van de doelen van de behandeling was. De IOG laat in vergelijking met andere vormen van IPT wel de grootste afname van problemen zien na het volgen van de behandeling (Steege, 2005).

### *Jeugdhulp thuis*

Ook deze behandeling is een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp voor gezinnen met kinderen van 0 tot 18. Er is tevens sprake van ernstige en complexe problemen, waaronder opvoedproblemen. Doel van de interventie is het creëren van een aanvaardbare opvoedsituatie in het gezin. Hulpverlener en gezin werken intensief samen en er wordt met name geprobeerd de sociale steun rond het gezin te versterken. De intensiteit en het aantal uren dat de hulpverlener aanwezig is in het gezin zijn afhankelijk van de doelen en de afspraken die zijn gemaakt. Deze zijn vastgelegd in het behandelplan. Ook de hulp die aangeboden wordt is op maat. De hulpverlener bepaalt op basis van de vragen en prioriteiten die het gezin aangeeft, de inhoud en het verloop van de behandeling. Er wordt veel aandacht besteed aan het versterken van de sociale steun rond het gezin, omdat dit gezien wordt als een belangrijke beschermende factor tegen problemen op andere vlakken (van den Berg, 2010).

Er zijn twee studies gedaan naar de vooruitgang van gezinnen na het volgen van deze vorm van IPT. De eerste was een voor- en nameting (Damen, Veerman & Janssen, 2002). Er is een kleine vermindering van probleemgedrag gevonden en een kleine afname van opvoedbelasting. Tevens laat 25 procent van de gezinnen een verbetering van de sociale steun

zien. De bewijskracht is echter zwak, doordat er ook hier geen controlegroep is.

De tweede studie is een meta-analyse (Veerman, Janssens & Delicat, 2004). Hierin is alleen gekeken naar een afname van externaliserende problemen. Er werd een kleine vermindering van deze problemen gevonden en een middelgrote vermindering van de opvoedbelasting. Deze vorm van IPT lijkt minder effectief te zijn dan de IOG. Er is echter onvoldoende bewijskracht om op basis van de effectiviteit conclusies te trekken (van den Berg, 2010).

### *Voorwaardelijke interventie in Gezinnen (VIG)*

VIG is een vorm van gedwongen hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Het doel is een veilige opvoedsituatie te scheppen en het gezin weer terug te krijgen in de vrijwillige hulpverlening. Dit wordt gedaan met de hulp van een gezinscoach, die het gezin leert hoe hun leven weer op orde gebracht kan worden. De coach is 24 uur per dag, zeven dagen in de week bereikbaar voor het gezin. Deze coach neemt in eerste instantie de regie over in het gezin en verleent hulp op zeven gebieden: opvoeding, veiligheid, huisvesting, administratie, gezondheid, overlast en scholing/werk. Gaandeweg leert de coach het gezin om steeds meer zelf te doen. Tot slot wordt het gezin overgedragen aan een hulpverlener die vrijwillige hulp biedt. In totaal duurt de behandeling maximaal zes maanden (Berg- Le Clercq & Kalsbeek, 2011).

Naar deze interventie zijn nog geen effectstudies gedaan. Wel is er een procesevaluatie uitgevoerd (Instituut Jeugd en Welzijn, 2006). Er werden 24 gezinnen begeleid die allen doelen hebben opgesteld. Hiervan blijkt 62 procent van de doelen behaald te zijn. Van de doelen is nog 20 procent in ontwikkeling, maar hiervan is het eindresultaat nog niet optimaal. Wanneer er gekeken wordt naar het soort doelen, wordt er met betrekking tot de ouder-kind relatie 70 procent van de doelen behaald. Op het gebied van scholing/werk (65 procent), gezondheid (69 procent) en administratie (63 procent) worden ook positieve resultaten geboekt. Ook voor het gezin in zijn geheel is het resultaat positief, maar alleen als de moeder wordt meegenomen omdat de vader vaak afwezig is (70 procent). Tot slot is de samenwerking met en de overdracht naar andere vormen van hulpverlening

het moeilijkst om te bereiken door de gezinnen (20 procent). Met betrekking tot de effectiviteit kan over deze interventie geen uitspraak gedaan worden (Berg-Le Clercq & Kalsbeek, 2011).

Alle hierboven beschreven interventies zijn gebaseerd op de gezinssysteemtherapie. Dit is een therapie die alle gezinsleden betreft en is geïndiceerd bij problemen tussen gezinsleden, lage verwachtingspatronen van de ouders en gedragsproblemen van het kind (Loeber, Slot & Sergeant, 2001). Binnen de moderne gezinstherapie wordt er steeds vaker van uit gegaan dat de behandeling een hoge vorm van eclecticisme moet bevatten. Dit betekent dat hetgeen wat het beste past bij de cliënt uit elke therapie gehaald moet worden. Zo zou een interventie te vormen zijn die optimaal is voor de cliënt (Prins & Bosch, 1998).

Ondanks dat soms een grote vooruitgang gevonden wordt bij bepaalde therapieën, maken sommige multi-probleemgezinnen weinig progressie door. Ze lijken resistent tegen de hulpverlening, doordat zij bijvoorbeeld blijven hangen in machteloosheid (Oppenoorth, 2002). Mogelijk is de relatief nieuwe oplossingsgerichte benadering een optie om uit deze machteloosheid te komen.

### 2.3 Oplossingsgerichte benadering

Binnen de bovenstaande stromingen van de gezinstherapie wordt veelal gebruik gemaakt van een probleemgerichte methode. Er wordt vanuit gegaan dat om de cliënt te behandelen, er een verklaring gevonden moet worden voor het probleem(gedrag). Er wordt dan ook gefocust op het probleem van de cliënt en de therapeut heeft bij de exploratie van dit probleem een leidinggevende functie. De therapeut is de expert en vertelt de cliënt wat deze het beste kan doen (Palmer & Whybrow, 2008).

De laatste jaren wordt echter een verandering waargenomen in zowel de gezondheidszorg als de geestelijke gezondheidszorg (Bannink, 2007). Cliënten lijken in toenemende mate inspraak te willen hebben in hun behandeling. Patiëntparticipatie wordt dan ook steeds vaker als voorwaarde gezien voor het slagen van een therapie. Hierbij past een bescheiden houding van de therapeut die de cliënt stuurt op de weg naar een door de cliënt

gewenste toekomst (Bannink, 2007). De oplossingsgerichte benadering lijkt aan te sluiten bij deze ontwikkeling.

### *Voorlopers*

Erickson is een van de voorlopers van deze benadering (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Hij gaat ervan uit dat de mens beschikt over een reservoir aan wijsheid en dat het de kunst is om deze krachten aan te boren. Ook beweert hij dat wanneer je mensen normaal benadert, ze zich ook zo zullen gedragen. Hij spreekt in dit verband over het verwoestende effect van de psychiatrische *labeling*. De manier waarop men een probleem labelt maakt volgens hem hoe men er tegen aan kijkt. Eigenschappen van mensen die door andere therapeuten als psychopathologie worden beschouwd, ziet hij als vaardigheden (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Bovendien is hij zeer toekomstgericht.

Ook Seligman wordt als voorloper van deze benadering gezien. Hij is de grondlegger van de Positieve Psychologie en werd in de jaren '70 bekend door zijn 'learned optimism' theorie. Terwijl de 'learned helplessness' als uitgangspunt heeft dat men eigen problemen niet kan oplossen, gaat de positieve psychologie uit van de sterke kanten van de cliënt (Bannink, 2007b).

### *Oplossingsgericht werken*

De oplossingsgerichte benadering zelf is pas in de jaren '80 ontwikkeld door Insoo Kim Berg, Steve de Shazer en hun collega's aan het Brief Therapy Center in Milwaukee (Mac Donald, 2007). Binnen deze benadering wordt er van uit gegaan dat het niet nodig is om een probleem in kaart te brengen om naar een oplossing toe te werken. Het verleden wordt daarom alleen gebruikt om eerdere successen van de cliënt op te sporen en deze zo mogelijk te gebruiken voor de problemen in het heden.

Door middel van vragen stellen ('Wat wilt u in plaats van het probleem?'), het vragen naar details ('Wat heeft u toen precies gedaan, toen het wel lukte?') en het geven van (indirecte) complimenten ('Toen hij wel luisterde, hoe heeft u dat voor elkaar gekregen?'), probeert de behandelaar de cliënt te laten nadenken over de krachten in plaats van over de problemen van het gezin (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Het doel van deze

benadering is dan ook om cliënten iets anders te laten doen dan gebruikelijk, door het veranderen van hun interactieve gedrag of hun interpretaties van het gedrag en van bepaalde situaties, zodat uiteindelijk een oplossing bereikt kan worden (De Jong & Berg, 2004).

Binnen deze benadering zijn de volgende kernpunten te onderscheiden: De ontwikkeling van een oplossing is niet perse gerelateerd aan het probleem; de cliënt is expert; als iets niet kapot is, probeer het dan niet te repareren; als iets werkt, ga hier dan mee door; als iets niet werkt, probeer dan wat anders (De Shazer, 1985).

### *Technieken*

Door Caufmann (2003) is een achttal oplossingsgerichte technieken bedacht die de behandelaar helpen de cliënt naar zijn doel te leiden. Deze worden tezamen de acht-stappendans genoemd. Het gaat hierbij niet om het protocollair toepassen van deze interventies maar om een circulair proces waarbij de hulpverlener en de cliënt als partners in een dans bewegen en waarin de een de richting aangeeft en de ander volgt. De hulpverlener 'leidt' het veranderingsproces door één pas achter de cliënt te staan. De cliënt geeft de richting aan en de hulpverlener bepaalt welke stappen op welk moment nodig zijn om in die richting te bewegen.

Het gaat om de volgende acht stappen, die willekeurig in het gesprek toegepast kunnen worden. Alleen het contact leggen heeft een vaste positie in het gesprek, vandaar dat deze genummerd is:

#### 1. Contact leggen

Dit is vanzelfsprekend een belangrijke voorwaarde voor een werkrelatie. Aansluiten bij hetgeen verteld wordt en de interesses van een persoon is van belang om een ingang en vertrouwen te vinden bij de ander.

#### - Context verhelderen

Geen enkel probleem speelt zich af in een vacuüm. Het is dan ook van groot belang om de context waarin het probleem zich afspeelt helder te hebben.

#### - Doelen formuleren

Duidelijke doelen zijn als het ware de bakens die de kortste weg wijzen naar de gewenste verandering. Achter elke klacht schuilt een wens en achter elk probleem schuilt een doel. Belangrijk is om als hulpverlener in het

achterhoofd te houden dat de enige doelen die de moeite waard zijn de doelen van de cliënt zelf zijn.

- Hulpbronnen zoeken

Hiermee worden ook wel de gezonde eigenschappen van de cliënt bedoeld. Ieder individu beschikt over deze hulpbronnen en het is de taak van de hulpverlener om de cliënt deze te laten ontdekken en eigen te maken.

- Uitzonderingen zoeken

Geen enkel probleem is voortdurend aanwezig. In een uitzondering is het probleem niet aanwezig en is er een oplossing. Door deze na te vragen kan er geprobeerd worden om herhaling van deze uitzondering te laten voorkomen. Een voorbeeld van een uitzonderingsvraag is 'Is er in de afgelopen dagen een moment geweest dat het probleem niet aanwezig was? Wat deed u toen?'

- Complimenteren

Dit zijn goede middelen om de werkrelatie te versterken, vertrouwen te wekken en de aandacht van de cliënt te laten verschuiven van het probleem naar de oplossing. Een voorbeeld is 'Hoe is u dat gelukt?'

- Schalen

Schaalvragen zijn nuttige hulpmiddelen om differentiatie aan te brengen in de af te leggen weg naar de gewenste verandering. Een voorbeeld is 'hoe zou u de invloed die u op uw kind heeft nu scoren op een schaal van 0 tot 10? Waar wilt u naar toe? Hoe ziet dit cijfer er voor u uit?'

- Toekomstgerichtheid

Oplossingen zijn altijd onderdeel van de toekomst. Wanneer deze in het heden beschikbaar waren zou er immers geen probleem zijn. Een middel om deze oplossingen op het spoor te komen is het visualiseren van deze toekomst. Een veelgebruikte oplossingsgerichte techniek hierbij is de 'wondervraag'. Deze luidt als volgt: 'stel u valt vannacht in een diepe slaap en er gebeurt een wonder. Het wonder is dat uw probleem is verdwenen of verminderd. Wanneer u 's ochtends wakker wordt, weet u van geen wonder, u sliep immers. Wat is het eerste waaraan u merkt dat het wonder heeft plaatsgevonden? Wat doet u anders en wat merken anderen aan u?'

## *Werkrelatie*

Een belangrijk aspect binnen de oplossingsgerichte benadering is de werkrelatie. Het begrip 'therapeutische werkrelatie' verwijst naar diverse relatie- en interactiefactoren van zowel de cliënt als van de therapeut, die geactiveerd worden tijdens de behandeling (Green, 2006).

Binnen deze werkrelatie wordt er veel aandacht besteed aan motivatie van de cliënt. Pas als zij gemotiveerd zijn, zullen de cliënten eigen doelen op kunnen stellen en zich inzetten om deze doelen te behalen. Er kunnen drie typen onderscheiden worden van de status van motivatie van de cliënt welke tegelijkertijd de werkrelatie tussen behandelaar en cliënt weerspiegelt (de Shazer, 1988).

Het *klant-type* ziet zichzelf wel als onderdeel van het probleem/de oplossing en is gemotiveerd tot gedragsverandering. Het is hierbij belangrijk dat de behandelaar zich steeds blijft afvragen waar de cliënt klant voor is en of dit aansluit bij de door de cliënt gestelde doelen.

Het *bezoekers-type* is vaak door een ander naar de behandeling gestuurd en heeft zelf geen hulpvraag of probleem. Anderen maken zich zorgen of hebben een probleem met hem of haar.

Het *klagers-type* ziet wel in dat hij/zij een probleem heeft, maar ziet zichzelf niet als deel van het probleem of de oplossing. De ander, het systeem of de hele wereld moet veranderen. Het is voor de therapeut een uitdaging om het bezoekers- en klagerstype te motiveren tot gedragsverandering. Het is hierbij belangrijk steeds aan te sluiten bij het doel van de cliënten.

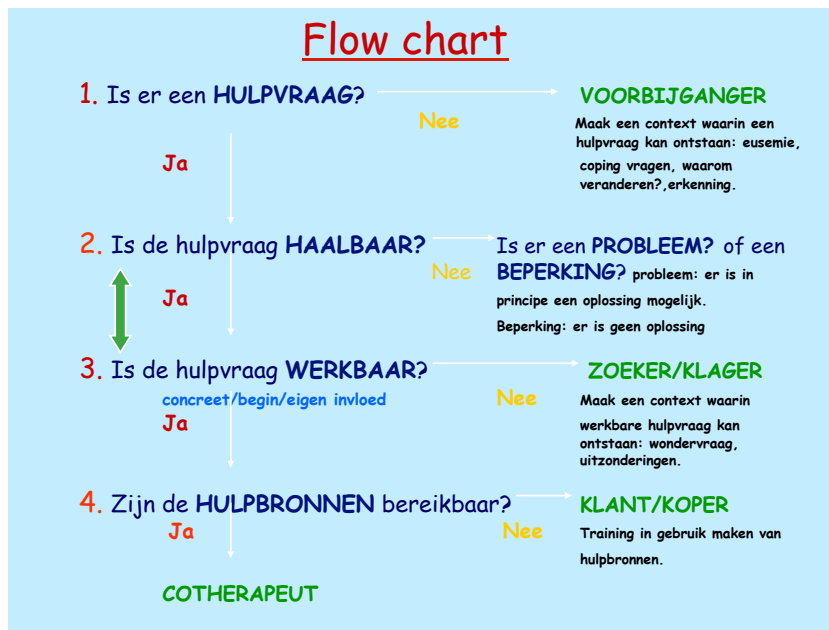
De 'flow chart' is een stuk gereedschap dat ontwikkeld is in de Solution Focussed Brief Therapy (Korzybski & De Jong, 2004) en wat als hulpmiddel kan dienen voor de behandelaar. Het is een schematische weergave van vier fases van de behandeling en de bijbehorende status van de cliënt (Zie afbeelding 1). In elke fase kan de behandelaar zichzelf een diagnostische vraag stellen waarmee de status van de cliënt en dus de werkrelatie wordt doorgelicht. Op deze manier krijgt de behandelaar de mogelijkheid op het behandelproces te reflecteren en worden er richtlijnen verkregen wat te doen in elke fase van het therapieproces. Het is voor de behandelaar van groot belang om in de gaten te houden in welke fase men zich bevind gedurende het behandelproces. Er kan op deze manier gekeken



worden of er nog steeds wordt aangesloten bij de doelen die de cliënt heeft (De Shazer, 1985).

In de eerste fase is de vraag 'Is er een hulpvraag?'. Wanneer het antwoord hierop 'nee' is, wordt er gesproken van een voorbijgangerstype. Er kan dan door de behandelaar door complimenten, erkenning en coping vragen geprobeerd worden een context te creëren waarin een hulpvraag kan ontstaan. Als het antwoord 'ja' is kan er een volgende vraag gesteld worden en wordt er doorgedaan naar de volgende fase. In de tweede fase is de vraag of de hulpvraag haalbaar is. Als het antwoord hierop 'nee' is moet er gekeken worden of er een beperking of een probleem is. Als er sprake is van een beperking, is er geen oplossing en moet er een nieuwe hulpvraag komen. Als er wel een hulpvraag is, is er sprake van een probleem en is een oplossing mogelijk. Er kan een volgende vraag gesteld worden. In de derde fase is de vraag of de hulpvraag werkbaar is. Wanneer het antwoord hierop 'nee' is, is er sprake van een klager typische werkrelatie. De behandelaar heeft nu als doel een context te creëren waarin een werkbare hulpvraag kan ontstaan door middel van de wondervraag en uitzonderingsvragen (Zie de achtstappendans hierboven). Als er wel sprake is van een werkbare hulpvraag, dan kan de behandelaar zichzelf een laatste vraag stellen. In deze vierde fase is de vraag of er hulpbronnen bereikbaar zijn. Als het antwoord hierop 'nee' is, kan de werkrelatie als klant typisch omschreven worden. De behandelaar dient de cliënt nu te trainen in het gebruik maken van hulpbronnen. Wanneer er wel hulpbronnen bereikbaar zijn kan de cliënt als co-therapeut gezien worden (Bannink, 2007).

Afbeelding 1.



### Effectiviteit

Er is in het verleden meermalen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van oplossingsgericht werken.

In een meta-analyse van Stams, Dekovic, Buist en de Vries (2006) werd op basis van 21 studies de effectiviteit bepaald van de oplossingsgerichte kortdurende therapie. De oplossingsgerichte kortdurende therapie werd niet effectiever maar wel even effectief bevonden als probleemgerichte therapieën. Wel werd gevonden dat de autonomie van de cliënt beter gewaarborgd blijft bij de oplossingsgerichte therapie, doordat de cliënt hierin centraal staat.

Kim (2008) deed eveneens een meta-analyse met dezelfde studies als Stam et al. (2006) en vulde deze aan met een aantal recente onderzoeken. Hieruit bleek dat de effectiviteit van de oplossingsgerichte kortdurende therapie verschilde wanneer er onderscheid werd gemaakt in het soort problemen. De effectiviteit van de oplossingsgerichte kortdurende therapie werd bepaald op basis van 22 onderzoeken. Ook zij vonden dat de oplossingsgerichte therapie dezelfde resultaten opleverde als probleemgerichte therapieën. Wel vonden zij een verschil tussen de soorten problemen. Zo was de internaliserende problematiek significant verminderd na de oplossingsgerichte therapie. Dit in tegenstelling tot de externaliserende

problematiek en de relationele problemen, waarbij de afname van de problemen niet significant was.

Uit een studie van Corcoran (2006) bleek dat de oplossingsgerichte therapie een zelfde resultaat opleverde als een 'treatment as usual'. De treatment as usual was hier een gezinstherapie gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Er werd niet specifiek gericht op multi-probleemgezinnen, maar wel op gezinnen met meervoudige problemen. Er werd bij 239 kinderen gekeken of de gedragsproblemen afnamen na een oplossingsgerichte therapie in vergelijking met een 'treatment as usual'. Er werd geen onderscheid gemaakt in het soort gedragsproblemen. Er bleken geen significante verschillen te zijn tussen de twee verschillende therapievormen. Wel werd gevonden dat cliënten bij de oplossingsgerichte therapie zich meer verbonden voelden met de therapie en dus minder geneigd waren om uit te vallen dan bij de alternatieve therapie. Corcoran had twee mogelijke verklaringen voor dit verschil. Mogelijk wordt het verschil veroorzaakt door het feit dat er bij de oplossingsgerichte therapie meer wordt gericht op wat ouders al wel goed doen in de opvoeding. Door de complimenten die zij hier over ontvangen van de behandelaar, zouden zij zich beter voelen over zichzelf en over de behandeling. Dit zou mogelijk kunnen zorgen voor meer hoop van de cliënten, dat er verandering zal plaatsvinden door de behandeling. Ten tweede zou het zelf inbrengen van de doelen in de therapie ook kunnen zorgen voor meer therapietrouwe cliënten.

Al met al kan er op basis van de studies geconcludeerd worden dat er geen verschillen zijn tussen oplossingsgerichte therapieën en probleemgerichte therapieën, in de afname van problemen bij de cliënten. Wel kan er gesteld worden dat er meerdere positieve bij-effecten zijn wanneer er volgens de oplossingsgerichte methode wordt gewerkt. Zo zouden de cliënten meer gemotiveerd zijn, voelen de cliënten zich beter over zichzelf en over de therapie, is er minder uitval en is er sprake van meer autonomie van de cliënt, doordat deze zelf inspraak heeft in de doelen waaraan gewerkt gaat worden.

## 2.4 Gezinsdagbehandeling

De gezinsdagbehandeling (GDB) van Yulius is een voorbeeld van een gezinstherapie, waar oplossingsgericht gewerkt wordt. Er komen multi-probleemgezinnen die vast zijn gelopen door gezagsproblemen, psychiatrische problemen of maatschappelijke problemen. De gezinnen worden verwezen door onder andere bureau jeugdzorg (BJZ) en het centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het belangrijkste doel van de behandeling is het vergroten van de draagkracht en de eigen invloed die ouders ervaren in de opvoeding. Er wordt naar dit doel toegewerkt door middel van positieve feedback van de behandelaars en het opdoen van succeservaringen door de cliënten.

Er wordt gewerkt met twee behandelaars, een psychiater en een zorg coördinator. Binnen de behandeling worden ongeveer vier gezinnen gedurende drie dagen in de week, gezamenlijk behandeld. Er is een intensief programma opgesteld voor de gezinnen, waarmee zij gelijktijdig starten en die zij gelijktijdig afsluiten. Voorafgaand aan dit intensieve programma vinden een huisbezoek en een contractbespreking plaats, waarin de gezinnen doelen opstellen voor de behandeling en waarin kennisgemaakt wordt met de referentiekaders van de cliënten. Halverwege vindt er een tussenevaluatie plaats en tot slot vindt er een maatwerkdag en een eindevaluatie plaats, waarin besproken wordt in hoeverre de doelen zijn behaald en wat het gezin nodig heeft om de positieve verandering mee naar huis te nemen en te handhaven. Ook wordt er gekeken naar een eventueel vervolgtraject voor het gezin.

De behandeldagen worden doorgaans gestart met een rondje tevredenheid, waarin iedere cliënt iets noemt waarover hij de afgelopen dagen tevreden was of trots op was. Vervolgens formuleert elk gezin de doelen waaraan gewerkt wordt op die dag. Hierna volgt een thema-opdracht. Hierin krijgt het gezin een opdracht waaraan gewerkt zal moeten worden met het hele gezin. Het gaat meestal om een creatieve opdracht, zoals kleien, tekenen of knutselen. De producten van de gezinnen worden vaak besproken in de groep. Hierop volgt vaak een pauze waarna door wordt gegaan met een oudergroep en een kindergroep. De kinderen maken huiswerk en de ouders krijgen met elkaar een thema-opdracht. Hierin wordt bijvoorbeeld besproken

wat goed ouderschap is. Tot slot wordt er aan het einde van de dag besproken hoe er aan de doelen van die dag is gewerkt en of deze bereikt zijn.

Ook vindt er elke week een 'reflecting team' plaats. Hierin krijgen de gezinnen onder begeleiding van een psychiater een videobandje te zien, waarin de behandelaars hun hypothesen, interpretaties en opvattingen over elk gezin apart bespreken. Ouders krijgen hierdoor de gelegenheid om met afstand naar hun proces te kijken. Door het intensieve programma wordt er continu druk uitgeoefend op het proces. In het dagelijks leven komen de gezinnen ook periodes tegen waarin sprake is van verhoogde druk. Door de druk (kunstmatig) op te voeren en dus een crisis 'uit te lokken', wordt zichtbaar wat voor werk het gezin nog te doen staat.

### *Effectiviteit van de gezinsdagbehandeling*

De oplossingsgerichte gezinsbehandeling wordt al jaren gebruikt om de problemen van kinderen en van multi-probleemgezinnen te laten afnemen. Dat er een afname is van de problemen is al in meerdere studies aangetoond (Koopman & van der Lugt, 2007; van der Lugt, 2008). In een follow-up studie is aangetoond dat er wel een afname van de effectgrootte was van nameting naar follow-up, maar dat deze nog steeds gemiddeld was. In beide studies is echter geen controlegroep meegenomen, dus kan niet vastgesteld worden of de vooruitgang is veroorzaakt door de interventie zelf. Uit deze studies kwam wel een hoge klanttevredenheid naar voren.

Wanneer bekend is welke factoren een rol spelen bij het al dan niet aanslaan van de behandeling van multi-probleemgezinnen, zouden deze in het vervolg vaker toegepast kunnen worden. Dit zou ten goede komen aan de kwaliteit van de gezinsdagbehandeling. Het onderscheiden van werkzame factoren staat dan ook centraal in het huidige onderzoek.

### 2.5 Doelstellingen

Er is in het verleden door Yulius al eerder onderzoek gedaan naar wat er werkt op de gezinsdagbehandeling. Zo is er met name gekeken naar de werkrelatie tussen cliënt en therapeut (Brom, 2009; Smeding, 2009; Snel, 2009). In dit onderzoek staat een ander opvallend verschijnsel uit het

oplossingsgericht werken centraal, namelijk het focussen op positieve aspecten van de cliënt. Uit onderzoek van Tomori en Bavelas (2007) is gebleken dat er bij het oplossingsgericht werken vaker positief wordt gefocust dan bij probleemgerichte therapieën. Zij vergeleken een oplossingsgerichte therapie met een cliënt-gerichte therapie en keken naar een positieve, neutrale en negatieve focus van de behandelaars. De communicatie van de therapeut zou centraal staan binnen deze vergelijking, omdat dit het verschil zou maken in een therapieessie.

Ook de cliënten zelf zagen positieve focus als een van de belangrijkste voorwaarden binnen de oplossingsgerichte therapie om verandering teweeg te brengen. Quick en Gizzo (2007) vonden dit na een kwalitatieve analyse van uitspraken van 108 volwassenen in een psychiatrische kliniek na het volgen van een oplossingsgerichte groepstherapie. De rol van de positieve focus binnen de oplossingsgerichte therapie is dus bewezen. Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar hoe groot deze invloed van de positieve focus is op het behandelresultaat.

Dit is de reden dat de positieve focus is onderzocht als veronderstelde werkzame factor van de gezinsdagbehandeling. De hoofdvraag die hierbij centraal staat is: Heeft de positieve focus invloed op de vooruitgang van gezinnen bij het volgen van de gezinsdagbehandeling?

Quick en Gizzo (2007) vonden dat het vermijden van praten over problemen een voorwaarde was van verandering, omdat dit minder constructief zou zijn. Om deze reden is ook gekeken wat de rol van een negatieve focus is binnen de gezinsdagbehandeling.

Bij deze positieve en negatieve focus van de behandelaar, is tevens de reactie van de cliënt meegenomen. De reactie van de cliënt lijkt namelijk een belangrijke vorm van feedback te zijn. Bij de oplossingsgerichte benadering wordt er namelijk van uit gegaan dat individuen zelf de capaciteiten hebben om oplossingen te verzinnen. De belangrijkste taak van de behandelaar is om de cliënt dit intrinsieke potentieel te laten ontdekken en in een positieve richting te leiden (Cepeda & Davenport, 2006). De reactie van de cliënt kan binnen dit proces gezien worden als feedback, die aangeeft of er daadwerkelijk nagedacht wordt over mogelijkheden en oplossingen in plaats van over problemen en beperkingen. Cliënten die samen met de hulpverlener

zoeken naar sterke en positieve kanten van de cliënt, krijgen gemakkelijker een constructieve samenwerkingsrelatie. Dit zou zorgen voor vertrouwen in en respect voor de hulpverlener en wordt gezien als een belangrijk ingrediënt voor verandering bij cliënten (Cepeda & Davenport, 2006).

Uit het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007) kwam niet alleen naar voren dat er meer positief gefocust werd in de oplossingsgerichte therapie, maar ook dat deze focus altijd aanwezig is, ongeacht de ernst van de problemen. Dit zou ook het geval zijn bij de negatieve focus. Het zou de therapeut zijn keuze zijn welke richting er in geslagen zou worden met de therapie. Voor te stellen is echter dat wanneer er ernstige en dan met name internaliserende problemen heersen in het gezin, er veel negatieve interacties zijn. Deze zouden mogelijk de keuze voor een bepaalde focus van de behandelaar beïnvloeden. In het onderzoek wordt daarom eveneens de invloed van de ernst van de problemen op de focus van de behandelaar meegenomen.

Omdat de internaliserende problemen bij onderzoek naar multi-probleemgezinnen vaak onderbelicht blijven (Mol & van Ginneken, 2008), is het huidige onderzoek uitsluitend gericht op wat er werkt bij internaliserende problemen. Onderzoek naar waarom de oplossingsgerichte benadering beter aan zou slaan bij mensen met internaliserende problematiek, ontbreekt nog. Mogelijk heeft het te maken met het feit dat cliënten die een oplossingsgerichte therapie volgen optimistischer zijn, omdat er gefocust wordt op positieve eigenschappen van de cliënt waardoor zij meer hoop krijgen (Jordan & Quinn, 1994). Hoop blijkt een belangrijk aspect te zijn bij het teweegbrengen van verandering in de problemen van gezinnen (Quick & Gizzo, 2007). Dit leidt ons naar de vraagstellingen en hypotheses van het onderzoek.

### Vraagstellingen

1. Nemen de internaliserende problemen van kinderen uit multi-probleemgezinnen af gedurende een behandeltraai van de GDB?
2. Heeft de (ontvangen) positieve focus van behandelaars invloed op de vooruitgang van gezinnen?

3. Heeft de (ontvangen) negatieve focus van behandelaars invloed op de vooruitgang van gezinnen?
4. Is er een verschil tussen gezinnen met ernstige internaliserende problemen en niet ernstige internaliserende problemen bij aanvang , in de mate waarop er positief gefocust wordt in de behandeling?
5. Is er een verschil tussen gezinnen met ernstige internaliserende problemen en niet ernstige internaliserende problemen bij aanvang , in de mate waarop er negatief gefocust wordt in de behandeling?

### Hypotheses

Bij bovengenoemde vraagstellingen zijn de volgende hypothesen opgesteld:

1. Gedurende een behandeldraai van de GDB van Yulius nemen de internaliserende problemen significant af.

Deze hypothese is gebaseerd op de studie van Koopman en van der Lugt (2008), die vonden dat er een significante afname van de problemen was na het volgen van de gezinsdagbehandeling.

2. Hoe meer er sprake is van een (ontvangen) positieve focus van de therapeut, hoe meer de internaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen afnemen.

Deze hypothese is gebaseerd op het artikel van Quick & Gizzo. Zij vonden in hun onderzoek dat positieve focus een belangrijk ingrediënt was voor het teweegbrengen van verandering na het volgen van een oplossingsgerichte therapie.

3. Hoe meer er sprake is van een (ontvangen) negatieve focus van de therapeut, hoe minder de internaliserende problemen van de kinderen uit de gezinnen afnemen.

Deze hypothese is gebaseerd op een onderzoek Byrd-Craven, Geary, Rose, en Ponzi (2008). Zij vonden dat het exploreren van problemen en het opwekken van negatief affect, invloed had op het stresshormoon cortisol, waardoor depressieve en angstige gevoelens werden vergroot. Internaliserende problemen zouden dus niet alleen minder kunnen afnemen maar ook kunnen toenemen.

4. De ontvangen positieve focus komt even vaak voor wanneer de



gezinnen bij aanvang van de behandeling ernstige problemen hebben, dan wanneer zij minder ernstige problemen hebben.

Deze hypothese is gebaseerd op het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007). Een analyse uit hun onderzoek liet zien dat ongeacht de ernst van de problemen er even vaak positief gefocust werd.

5. De ontvangen negatieve focus komt even vaak voor wanneer de gezinnen bij aanvang van de behandeling geen ernstige problemen hebben dan wanneer zij wel ernstige problemen hebben.

Deze hypothese is eveneens gebaseerd op het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007). Uit hun analyse kwam naar voren dat de negatieve focus even vaak voorkomt bij gezinnen met een kind met ernstige problemen, als met minder ernstige problemen.

### **3. Methode**

#### *3.1 Design*

In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van een pre-post design. Dat wil zeggen dat er een voor- en nameting is van de afhankelijke variabele (de internaliserende problemen), maar dat er geen controlegroep is. In totaal hebben er twintig gezinnen deelgenomen aan het onderzoek. Hiervan is een voormeting bij aanvang en een nameting bij afsluiting. Daarnaast is elk eerste gesprek, de contractbespreking, gefilmd. Van elk filmpje werden de eerste drie minuten, de middelste drie minuten en de laatste drie minuten geobserveerd. Dit werd gedaan door twee beoordelaars. Het totaal aantal minuten dat geobserveerd is, komt neer op  $20 \times 3 \times 3 = 180$  minuten. Voor onderzoeksvraag vier en vijf waar alleen de voormeting wordt meegenomen, is er gebruik gemaakt van de hele steekproef van twintig gezinnen. Bij de eerste drie hypothesen wordt er echter ook gebruik gemaakt van de nameting, om zo de vooruitgang van de gezinnen te toetsen. Er zijn vier gezinnen geweest die wel een voormeting hebben ingevuld, maar waarvan de nameting ontbreekt. Vandaar dat er bij de eerste drie hypothesen gebruik is gemaakt van een steekproef van zestien gezinnen.

### 3.2 Onderzoeksgroep en procedure

De twintig gezinnen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek hadden allen te kampen met zeer uiteenlopende, multiple en complexe problematiek. Zoals in de inleiding werd beschreven, kunnen deze gezinnen multi-probleemgezinnen genoemd worden en is er bij allen sprake van een van een stagnatie van de gezinsontwikkeling (Voncken, 2006).

Het huidige onderzoek heeft gebruik gemaakt van data uit zes draaien van de gezinsdagbehandeling van Yulius in Rotterdam. De data, in de vorm van opnames en vragenlijsten die verzameld zijn door onderzoeksters van Yulius, worden opgeslagen in een database. Zo blijft de data uit onderzoeken van voorgaande jaren bewaard. Uit deze database is voor het huidige onderzoek de data van 12 gezinnen gebruikt. Tevens is de data van 8 gezinnen toegevoegd aan de database.

Tijdens de draaien werd het eerste gesprek gefilmd. Hiervoor is voor aanvang van de draai toestemming gevraagd aan zowel de behandelaars als de cliënten. Wanneer deze toestemming werd verleend werd er door de cliënt getekend op een toestemmingsverklaring en werd er uitgelegd dat het gebruik van het beeldmateriaal alleen binnen Yulius plaatsvond (alleen ten behoeve van onderzoek). Deze verklaring is te vinden in bijlage 1. Bovendien werd er gecontroleerd of er voorafgaand aan de behandeling een vragenlijst was ingevuld die het functioneren van het kind meet (CBCL, zie instrumenten). Na afloop van de contractbespreking is de behandeling ingezet. Toen deze was beëindigd, is er nogmaals aan de ouders gevraagd de CBCL vragenlijst in te vullen, om te kijken in hoeverre het functioneren van het kind was verbeterd en de problemen waren afgenomen.

### 3.3 Instrumenten

#### *3.3.1 Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 6-18 jaar (CBCL/6-18)*

Kinderen met internaliserende problemen keren hun gedrag naar binnen. Er is vaak sprake van een overcontrole van de emoties. Het gaat hier om problemen als angst, zorgen, verlegenheid en spanning (Achenbach, 1991). De ernst van deze problemen wordt in het huidige onderzoek gemeten met de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991). Dit is een gedragsvragenlijst

voor kinderen waarvan er een versie is van 1,5 tot en met 5 jaar en van 6 tot en met 18 jaar. Ouders, familieleden of andere volwassenen die het kind goed kennen, kunnen vragen beantwoorden over het functioneren van het kind. De vragen hebben met name betrekking op de vaardigheden en het gedrag van het kind. Informatie over de vaardigheden wordt verkregen door middel van 20 vragen naar de activiteiten, sociale contacten en het schoolwerk van het kind. De CBCL heeft tevens 120 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen. Degene die de vragenlijst invult, kan aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen 6 maanden bij een kind past, met behulp van de volgende antwoordmogelijkheden: 0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak. De antwoorden op de vragen kunnen opgeteld worden tot bepaalde schalen. De vragen over de vaardigheden zijn in dit onderzoek niet meegenomen. De vragen over gedrag kunnen ingedeeld worden in acht probleemschalen die weer samengenomen kunnen worden in de schaal internaliserende en de schaal externaliserende problemen. In dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de internaliserende schaal. Er is gebruik gemaakt van de score van de moeder, omdat vader vaak afwezig was in deze gezinnen. Wanneer er CBCL scores van twee kinderen beschikbaar waren, is er voor gekozen om het oudste kind mee te nemen.

De ernst van de problematiek bij aanvang is ingedeeld in twee categorieën. Er werd aan de hand van de t-score op de internaliserende schaal van de CBCL gekeken of deze in het klinische gebied viel of in het niet-klinische gebied. Het niet-klinische gebied bestaat uit t-scores variërend van 50 tot en met 63 en het klinische gebied bestaat uit t-scores variërend van 64 tot en met 100 (Achenbach, 1991).

### *3.3.2 De focus van de behandelaar en de reactie van de cliënt*

#### Sessie Sampling

In het huidige onderzoek is ervoor gekozen om één sessie per gezin per draai te beoordelen. Er is gekozen voor alleen de contractbespreking, vanwege het evaluatieve karakter en omdat de focus in de tussenevaluatie en maatwerkdag afhankelijk zijn van diverse andere behandelfactoren. Deze gesprekken zijn als het ware afhankelijke variabelen geworden van het eerste

gesprek. Dit is de reden waarom er voor gekozen is alleen het eerste gesprek mee te nemen.

### Observatiehandleiding

Bij de contractbesprekingen werd er gelijktijdig een opname gemaakt van de twee behandelaars en de cliënt(en). Deze opnames werden vervolgens samengevoegd. Op deze manier kon de behandelaar en de reactie van de cliënt tegelijkertijd in een beeld geobserveerd worden.

Van de gefilmde contractbespreking werd 3x3 minuten gescoord. Het was hierbij belangrijk dat het drie volle minuten waren. Het ging om de eerste drie minuten, de middelste drie minuten en de laatste drie minuten. Het eerste meetmoment ging in wanneer de behandelaar aan de cliënt vroeg waar deze de behandeling voor wilde gebruiken. Het begon vaak met zinnnetjes als: 'Waar kom je voor?' en 'Wat kunnen we voor je betekenen?'. Vervolgens werden de drie daarop volgende minuten geobserveerd. De laatste drie minuten werd bepaald door te kijken wanneer de psychiater zich bij het gesprek voegde. Er werd vanaf dat moment drie minuten teruggeteld. Het middelste meetmoment werd bepaald aan de hand van de eerste en laatste meetmomenten. Het moest hier precies tussen liggen (Einde van het eerste meetmoment + begin van het laatste meetmoment en dat delen door twee). Om het middelste meetmoment vervolgens te bepalen, neem je 1,5 minuut voor dit middenpunt en 1,5 minuut erna. Bij sommige meetmomenten was er sprake van een intermezzo. Zo werd de cliënt gebeld, moest de behandelaar nog een formulier pakken of kwam de psychiater voortijdig binnen, om zich voor te stellen of koffie te pakken. Er werd in deze gevallen berekend hoe lang deze momenten duurden en deze werden er tussen uit gehaald. Dit hield in dat er bij het eerste meetmoment langer doorgeteld moest worden, er bij het middelste meetmoment eerder begonnen moet worden en langer moet worden doorgedaan en bij het laatste moment eerder moet worden begonnen met tellen.

### *Scoring*

Binnen elk meetmoment werden in het computerprogramma ELAN zogenaamde praatbeurten aangegeven. Een praatbeurt is het moment dat

iemand aan het woord is en loopt vanaf het moment dat iemand begint met praten totdat deze persoon eindigt met praten. In een tijdbalk kon precies worden geselecteerd hoe lang iemand aan het woord was en of het ging om de behandelaar of de cliënt. Toen alle 3 minuten ingedeeld waren in praatbeurten werd er per praatbeurt van de behandelaar gekeken of dit een positieve, neutrale of negatieve focus was. Vervolgens werd er gekeken naar de reactie van de cliënt hierop. Deze reactie kon tevens positief, neutraal of negatief zijn. Bovendien kon er worden aangegeven of de reactie van de cliënt doorging op het zelfde onderwerp of op een ander onderwerp. Omdat het gaat om de focus van de behandelaar en de reactie van de cliënt hier op, werd de interactie tussen cliënten of de interactie tussen behandelaars onderling buiten beschouwing gelaten. Tot slot werden de backchannel's van behandelaars en cliënten niet meegenomen als praatbeurt en dus ook niet als focus. Er wordt van backchannel gedrag gesproken wanneer er sprake is van verbale of non-verbale uitingen waarmee kan worden aangegeven dat je er nog bent, dat je luistert naar iemand en dat je begrijpt wat diegene zegt. Het is belangrijk hierbij dat de spreker niet wordt onderbroken door de uiting van de luisteraar en dat de uiting geen inhoudelijke toevoeging heeft.

De praatbeurt van de behandelaar wordt als positieve focus gescoord, wanneer de vraag of opmerking van de behandelaar, de cliënt actief in een positieve, toekomstgerichte of oplossingsgerichte richting stuurt.

vb. 'Waar wilt u naar toe?', 'Hoe heeft u dat voor elkaar gekregen?' 'Wat een leuk kind heeft u!'

De praatbeurt van de behandelaar wordt als negatieve focus gescoord, wanneer de vraag of opmerking van de behandelaar, de cliënt actief in een negatieve of probleemgerichte richting stuurt.

vb. 'Waar wilt u van af?', 'Wat vervelend voor u'

Van een neutrale focus is sprake wanneer de inhoud van de opmerking of vraag neutraal is. Het kan hier gaan om een verhelderingsvraag, of een opmerking die niet duidelijk als positief of negatief te beoordelen is.

vb. 'Wat bedoelt u daar precies mee?' of praktische opmerkingen zoals 'De behandeling duurt 6 weken'.

Ook de reactie van de cliënt kan ingedeeld worden volgens deze drie categorieën.

vb. Positief: 'wat leuk dat u dat zegt!' Negatief: 'Nou, ik vind hem anders knap vervelend'

Neutraal: 'Hoe bedoelt u?' of 'ach, het is gewoon zo'.

Per focus en per reactie waren er dus drie verschillende scores mogelijk. De positieve focus/reactie werd als + gescoord, de negatieve focus/reactie werd als – gescoord en de neutrale focus/reactie werd als +/- gescoord. Alleen de praatbeurten van de behandelaar die direct gevolgd werden door een praatbeurt van de cliënt, werden meegenomen. Er werd in eerste instantie ook gekeken naar het aantal keer dat de cliënt op hetzelfde onderwerp in ging of op een ander onderwerp inging, maar door te weinig spreiding in deze variabele is er besloten deze niet mee te nemen in het onderzoek. In bijlage 2 is het scoringsformulier te zien, wat gebruikt is in de scoringsprocedure. Voor beide partijen is uiteindelijk van de 9 minuten uit de contractbespreking een totaal score berekend van het aantal positieve en negatieve focussen en het aantal positieve en negatieve reacties van de cliënt. Vervolgens is er een totaalscore berekend voor het aantal ontvangen positieve (++) en negatieve focussen (--), wat de variabelen werden die zijn meegenomen in dit onderzoek.

De banden werden individueel gescoord, door twee verschillende observatoren. Voordat de scoring plaatsvond is er eerst een aantal banden door beide observatoren gescoord om de inter-beoordelaars betrouwbaarheid vast te stellen. Deze inter-beoordelaars betrouwbaarheid was zeer goed met een kappa (maat van overeenstemming) van .839,  $p < .01$  (Peat, 2001).

## 4. Resultaten

### 4.1 Beschrijvende statistieken

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken, van de hypothesen die getoetst zijn. Voordat hier op in gegaan wordt, zijn eerst de beschrijvende statistieken van de meegenomen variabelen en de correlaties van deze variabelen weergegeven. In Tabel 1 is te zien hoe vaak er een positieve of negatieve ontvangen focus plaatsvond. Hieruit kan opgemaakt worden dat er meer positief dan negatief gefocust werd. Ook is de gemiddelde score op de voor- en nameting te zien. Hierin valt op dat het gemiddelde van de nameting lager lijkt dan het gemiddelde van de voormeting. Tevens valt op dat de spreiding groot is. Of hier sprake is van een significante afname is getoetst in de volgende paragraaf.

Tabel 1. Beschrijvende statistieken

Variabelen	Aantal participanten	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard afwijking
CBCL score voormeting	20	33	80	63.10	15.09
CBCL score nameting	16	33	75	62.00	14.13
Aantal keren ++	20	0	20	9.3	5.70
Aantal keren - -	20	0	15	6.45	4.32

### 4.2 Correlaties

Vervolgens is gekeken of de positieve ontvangen focus samenhangt met de negatieve ontvangen focus. Wanneer deze factoren veel samenhang zouden vertonen dan zou niet kunnen worden gesproken van twee aparte variabelen. Het is dus belangrijk om eerst de correlatie tussen deze factoren te berekenen, voordat wordt overgegaan op het toetsen van de hypothesen. De Pearson correlatie is  $r = -.25$ . Deze samenhang is niet significant ( $p > .05$ ).

De correlatie tussen de voor- en de nameting is  $r = .96$ . Deze samenhang tussen de voor- en nameting is zeer hoog en significant ( $P < .01$ ), wat betekent dat de score op de voormeting een bijzonder goede voorspeller is van de score op de nameting. De onderlinge correlaties zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. Correlaties

		Voormeting	Nameting	++	--
<b>Voormeting</b>	r	1	0,959**	-0,369	-0,226
	Sig.		0	0,109	0,339
	N	20	16	20	20
<b>Nameting</b>	r	0,959**	1	-0,322	-0,013
	Sig.	0		0,223	0,963
	N	16	16	16	16
<b>++</b>	r	-0,369	-0,322	1	-0,246
	Sig.	0,109	0,223		0,297
	N	20	16	20	20
<b>--</b>	r	-0,226	-0,013	-0,246	1
	Sig.	0,339	0,963	0,297	
	N	20	16	20	20

\*\* Significant bij  $p < 0,01$

#### 4.3 Resultaten per deelvraag

In onderstaande paragraaf worden de resultaten besproken van de getoetste hypotheses.

1. *Nemen de internaliserende problemen van kinderen uit multi-probleemgezinnen af gedurende een behandeltraai van de GDB?*

Om deze eerste onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is een Paired Samples T-test uitgevoerd met voor- en nameting van internaliserende problemen als variabelen. Hieruit komt naar voren dat de gemiddelde score van cliënten aan het begin van de behandeling 63.10 is. Na de behandeling is de gemiddelde score afgenomen tot 62.00. Deze afname is niet significant  $t(15)=1.20$ ,  $p > .05$ .

2. *Heeft de (ontvangen) positieve focus van behandelaars invloed op de vooruitgang van gezinnen?*

Voor de beantwoording van deze deelvraag is een lineaire regressie analyse uitgevoerd waarbij de voor en nameting van zestien gezinnen is meegenomen. Om te beginnen is enkel gekeken naar de voormeting als verklarende factor van de nameting (model 1). De voormeting was de onafhankelijke variabele en de nameting de afhankelijke variabele. De verklaarde variantie van de voormeting kwam neer op 91.9% en is significant gebleken ( $p < .01$ ). Vervolgens is er gekeken naar of het totaal aantal keer ++ in de contractbespreking, samenhangt met de mate van afname van de probleemscore op de nameting ten opzichte van de voormeting. Dit is gedaan door een tweede blok op te nemen in



de regressie analyse, met daarin het aantal keer dat er ++ is gescoord. De voormeting en het aantal keer ++ zijn hier de onafhankelijke variabele en de nameting de afhankelijke variabele. Er is gekeken naar de totale variantie die verklaard wordt door het model in zijn geheel (model 2). Deze is 92.0%,  $F(2, 14)=74.445$ ,  $p<.001$ . Wanneer het aantal keer dat ++ wordt gescoord aan het model wordt toegevoegd, voegt dit 0.1% toe. Dit is geen significante toevoeging ( $p>.05$ ). De Bèta waarden, de toename in verklaarde variantie en de significantie waarden staan weergegeven in Tabel 3.

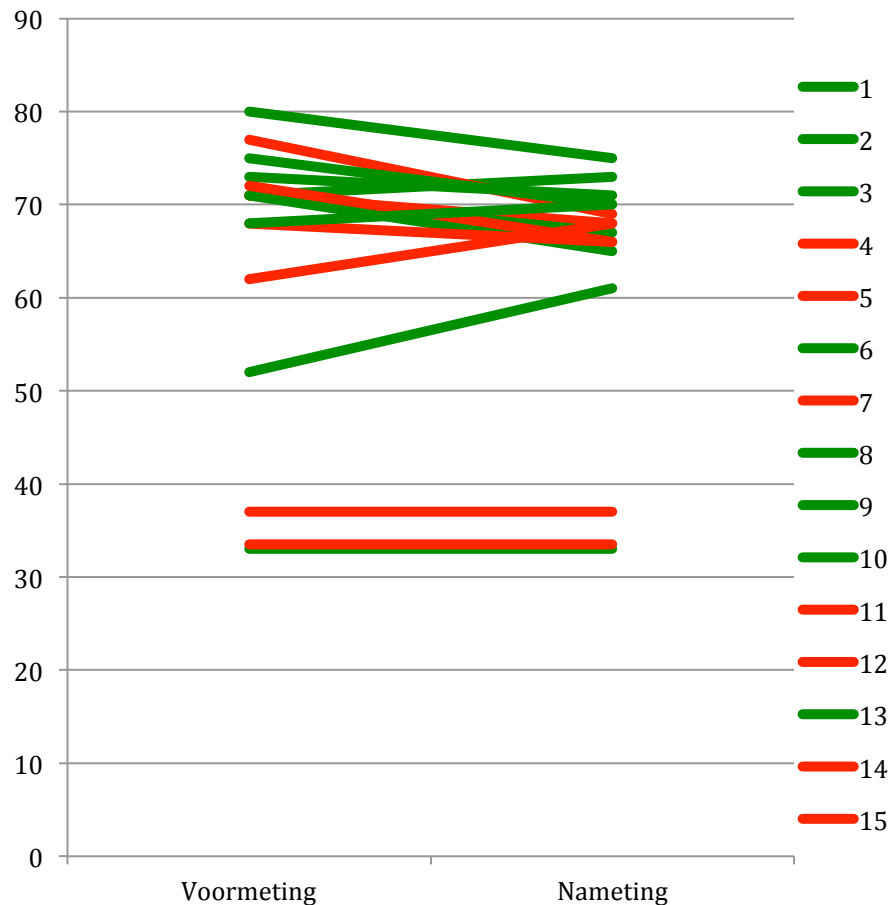
In figuur 1 is er op basis van het gemiddelde aantal keer ++ een onderscheid gemaakt tussen gezinnen met veel/boven gemiddeld ++ en gezinnen met weinig/beneden gemiddeld ++. De groene lijnen geven de gezinnen weer die weinig ++ hebben gescoord. De lijnen in rood geven de gezinnen weer die veel ++ hebben gescoord.

Wat er opgemerkt kan worden bij dit figuur is dat de lijnen door elkaar heen lopen en dat er geen patroon in te herkennen is, zoals te verwachten was op basis van de resultaten van de regressie-analyse.

Tabel 3. Regressie-analyse van voormeting (1) en voormeting en aantal keer ++ (2) op nameting

<b>Model</b>	<b>Beta</b>	<b>R<sup>2</sup> Changed</b>	<b>Sig.</b>
<b>1) Voorspellers: Voormeting</b>	0,951	0,919	0,000**
<b>2) Voorspellers: Voormeting, aantal keer ++</b>	-0,025	0,001	0,769

\*\* Significant bij  $p < 0,01$



Figuur 1. Weergave van de score van gezinnen op de voor- en nameting met in groen de gezinnen met weinig positieve focus en in rood de gezinnen met veel positieve focus

3. *Heeft de (ontvangen) negatieve focus van behandelaars invloed op de vooruitgang van gezinnen?*

Voor de beantwoording van deze deelvraag is wederom een lineaire regressie analyse uitgevoerd waarbij de voor en nameting van 16 gezinnen is meegenomen. Er is gekeken naar de invloed van het aantal keer -- op de mate van vooruitgang van de gezinnen.

Dit is wederom gedaan door een tweede blok op te nemen in de analyse, met daarin het aantal keer dat er -- is gescoord. Ook hier zijn de voormeting en het aantal keer -- de onafhankelijke variabele en de nameting de afhankelijke variabele. Er is gekeken naar de totale variantie die verklaard wordt door het model in zijn geheel (model 2). Deze is 95.0%,  $F(2, 14)=123.104$ ,  $p<.001$ . De voormeting verklaard 91.9% van de variantie (model 1). Wanneer het aantal keren dat -- is

gescoord aan het model wordt toegevoegd, voegt dit 3.1% aan het model toe, wat een significante toevoeging is ( $p < .05$ ). De Bèta waarden, de toename in verklaarde variantie en de significantie waarden staan weergegeven in Tabel 4.

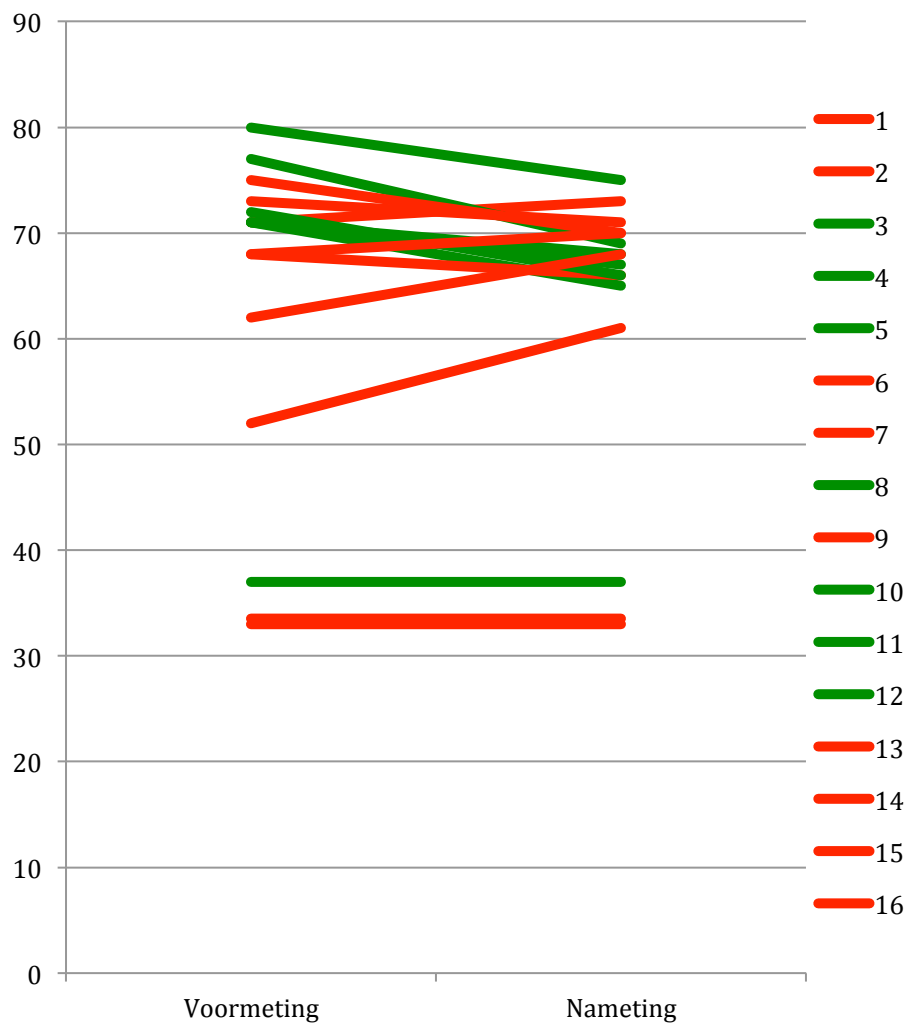
In Figuur 2. is op basis van het gemiddelde aantal keer -- in het gesprek, een onderscheid gemaakt tussen gezinnen met veel/boven gemiddeld -- en gezinnen met weinig/beneden gemiddeld --. De groene lijnen geven de gezinnen weer die weinig - - hebben gescoord. De lijnen in rood geven de gezinnen weer die veel - - hebben gescoord. Wat er opgemerkt kan worden bij dit figuur is dat de groene lijnen veelal naar beneden lopen en dus een afname van de problemen betekenen en de rode lijnen hetzelfde blijven of naar boven gaan wat het gelijk blijven of een toename van de problemen betekenen. Ook dit beeld komt overeen met wat er op basis van de resultaten uit de regressie-analyse te verwachten was.

Tabel 4. Regressie-analyse van voormeting (1) en voormeting en aantal keer -- (2) op nameting

<b>Model</b>	<b>Beta</b>	<b>R<sup>2</sup> Changed</b>	<b>Sig.</b>
<b>1) Voorspellers: Voormeting</b>	0,993	0,919	0,000**
<b>2) Voorspellers: Voormeting, aantal keer --</b>	0,179	0,031	0,014*

\* Significant bij  $p < 0,05$

\*\* Significant bij  $p < 0,01$



Figuur 2. Weergave van de score van gezinnen op de voor- en nameting met in groen de gezinnen met weinig negatieve focus en in rood de gezinnen met veel negatieve focus.

4. *Is er een verschil tussen gezinnen met ernstige internaliserende problemen en niet ernstige internaliserende problemen bij aanvang, in de mate waarop er positief gefocust wordt in de behandeling?* Voor de beantwoording van deze deelvraag is er gekeken naar de ernst van de internaliserende probleemscore bij aanvang. Er is een onafhankelijke t-toets uitgevoerd om te kijken of de klinische groep verschilt van de niet-klinische groep in het aantal keer dat er ++ wordt gescoord. De ernst is ingedeeld in een klinische en een niet-klinische groep (Groep 1: Niet-klinisch  $0 < t < 63$ ; Groep 2: Klinisch  $64 < t < 100$ ). Er zijn twintig gezinnen meegenomen waarvan een voormeting en een filmopname aanwezig was. Hiervan vielen er 8 in de niet-klinische

groep en 12 in de klinische groep. Er is een significant verschil gevonden in het aantal keer dat er positief gefocust werd voor gezinnen met niet-klinische (M=13.5, SD=4.81) en wel klinische (M=7.17, SD=3.99;  $t(18)=3.204$ ,  $p<.01$ ) problemen. Gezinnen met niet-klinische problemen ontvingen vaker een positieve focus dan gezinnen met klinische problemen. In Tabel 5 worden de vrijheidsgraden, de t-waardes en de significanties weergegeven.

5. *Is er een verschil tussen gezinnen met ernstige internaliserende problemen en niet ernstige internaliserende problemen bij aanvang, in de mate waarop er negatief gefocust wordt in de behandeling?*

Ook bij deze deelvraag is gekeken naar de ernst van de internaliserende probleemscore bij aanvang. Er is wederom een onafhankelijke t-toets uitgevoerd, maar nu om te kijken of de klinische groep verschilt van de niet-klinische groep in het aantal keer dat er -- wordt gescoord. Er zijn wederom twintig gezinnen meegenomen waarvan een voormeting en een filmopname aanwezig was. Er is geen significant verschil gevonden tussen scores voor gezinnen met niet-klinische (M=7.38, SD=5.32) en wel klinische (M=6.67, SD=3.31;  $t(18)=.369$ ,  $p>.05$ ) problemen. In Tabel 5 worden de vrijheidsgraden, de t-waardes en de significanties weergegeven.

Tabel 5. Deelvraag 4 en 5

<b>Ernst bij aanvang CBCL externaliserend</b>	<b>df</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
++	18	3,204	0,005**
--	18	0,369	0,717

\*\* Significant bij  $p<0,01$

## **5. Discussie**

In dit onderzoek is gekeken naar wat de werkzame factoren zijn binnen de gezinsdagbehandeling van Yulius. De volgende hoofdvraag stond hierbij centraal: Heeft de focus van de behandelaar invloed op de vooruitgang van gezinnen na het volgen van de gezinsdagbehandeling? Aan de hand van vijf deelvragen is er gekeken naar de vooruitgang van gezinnen, de rol van positieve en negatieve focus bij deze vooruitgang en het verschil tussen gezinnen met ernstige en niet-ernstige probleemkinderen met betrekking tot de focus van behandelaars. Er volgt nu een bespreking van de resultaten, een aantal beperkingen van het onderzoek, een aantal suggesties voor vervolgonderzoek en de bijdrage van dit onderzoek aan de praktijk. Tot slot is er op basis van dit onderzoek een conclusie getrokken die eveneens besproken zal worden.

### **5.1 Bespreking van de resultaten uit het onderzoek**

Allereerst is er gekeken of er in navolging van het onderzoek van Koopman en van der Lugt (2007) in dit onderzoek ook een vooruitgang van de gezinnen werd gevonden na het volgen van de gezinsdagbehandeling. De verwachting hierbij was dat er een betekenisvolle afname van de internaliserende problemen bij het kind uit het multi-probleemgezin wordt gevonden. Hoewel het gemiddelde op de nameting iets lager leek te liggen dan op de voormeting, is deze afname niet significant gebleken. Deze hypothese wordt dan ook verworpen.

Het niet vinden van een afname zou verklaard kunnen worden doordat kinderen de behandeling als stressvol zouden kunnen ervaren. De kinderen moeten zes weken lang dagen op school missen en worden in een groep geplaatst met andere kinderen die veelal probleemgedrag vertonen. Mogelijk nemen de gevoelens van stress bij de kinderen hierdoor toe, waardoor de internaliserende problemen niet af nemen en kunnen toenemen (Byrd-Craven, Geary, Rose & Ponzi, 2008)

Bij de tweede vraagstelling is er gekeken in hoeverre de door de cliënt ontvangen positieve focus invloed heeft gehad op de vooruitgang bij gezinnen. Door het onderzoek van Quick & Gizzo naar werkzame factoren van oplossingsgericht werken, wordt er verwacht dat positieve focus zorgt

voor meer verandering en dus vooruitgang bij multi-probleemgezinnen. Met name bij internaliserende problemen, waar veel sprake is van negatieve interacties in de thuissituatie, zou positiviteit werkzaam kunnen zijn. Gesprekken worden positiever, bieden op deze manier hoop en zorgen zo voor motivatie om de behandeling af te ronden (Bartelink, 2011). Motivatie en hoop zijn ook weer belangrijke factoren die een rol spelen bij verandering (Quick & Gizzo, 2007).

Deze hypothese wordt echter niet bevestigd door de resultaten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat gezinnen met complexe en meervoudige problemen allergisch zijn voor duidelijke complimenten en voor de positieve focus van behandelaars. Mogelijk zouden complimenten die 'verpakt' worden gegeven wel werken (van den Brink, 2006). Beperkingen in de onderzoeksopzet zouden eveneens een verklaring kunnen zijn. Deze worden in volgende paragraaf besproken.

De derde hypothese was, dat een negatieve focus zorgt voor minder vooruitgang bij gezinnen. Deze verwachting is gebaseerd op het onderzoek van Byrd-Craven, Geary, Rose en Ponzi (2008). Zij lieten zien dat praten over problemen, het uitvragen van details over problemen, het speculeren over problemen en het opwekken van negatief affect leidt tot een toename van het stress hormoon cortisol, wat op zijn beurt weer depressie en angst voorspelt. Hiermee zou dus een kleinere afname of zelfs toename van de internaliserende problemen kunnen worden voorspeld bij gezinnen die vaak een negatieve focus ontvangen.

Deze hypothese wordt ondersteund door de resultaten. Gezinnen waarbij sprake was van veel negatieve ontvangen focussen, gingen minder vooruit en soms zelfs achteruit met betrekking tot de internaliserende problemen van het kind uit het gezin. Mogelijk zorgt de negatieve focus dus inderdaad voor een toename in de internaliserende problemen. Het is echter niet zeker of hier sprake is van een oorzakelijk verband. Het is ook mogelijk dat bepaalde kenmerken van gezinnen zowel de negatievere focus als de geringere vooruitgang hebben veroorzaakt. Een negatieve houding van de ouders ten opzichte van de behandeling zou een dergelijk kenmerk kunnen zijn.

In de vierde hypothese is er gekeken naar een mogelijk verband tussen de ernst van de problemen van het kind bij aanvang en het positief focussen van behandelaars in het eerste gesprek. De verwachting hierbij is, dat er geen verschil is tussen de groep met ernstige probleemkinderen en niet-ernstige probleemkinderen, wanneer er gekeken wordt naar de positieve focus. Deze hypothese is gebaseerd op het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007). Zij concludeerden dat de ernst geen invloed zou hebben op de focus van behandelaars, omdat zij zelf bepalen welke richting zij op willen in het gesprek.

Deze hypothese wordt niet bevestigd door de resultaten. Er wordt minder positief gefocust bij gezinnen met klinische probleemkinderen dan bij gezinnen met niet-klinische probleemkinderen. Ook wordt de positieve focus die gegeven wordt minder vaak ontvangen door deze cliënten. Dit verschil is significant. Mogelijk is er bij de gezinnen met ernstige internaliserende problemen meer sprake van negatieve en minder positieve interacties. Dit zou mogelijk kunnen uitstralen naar de behandelaars zo dat zij ook minder geneigd zijn om positief te focussen.

In de vijfde en laatste deelvraag is gekeken naar een mogelijk verband tussen de ernst van de problemen van het kind bij aanvang en het negatief focussen van behandelaars in het eerste gesprek. De hypothese hierbij is dat er geen verschil is tussen de groep met ernstige probleemkinderen en niet-ernstige probleemkinderen, wanneer er gekeken wordt naar de negatieve focus. Deze hypothese is gebaseerd op het onderzoek van Tomori & Bavelas (2007). Zij concludeerden dat de ernst geen invloed zou hebben op de focus van behandelaars, omdat zij zelf bepalen welke richting zij op willen in het gesprek.

Deze hypothese wordt ondersteund door de resultaten. Er is geen significant verschil tussen de twee groepen met betrekking tot de negatieve (ontvangen) focus. Met betrekking tot de negatieve focus zouden behandelaars mogelijk wel zelf bepalen hoe vaak deze voorkomt in het gesprek.

## 5.2 Beperkingen van het onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek

Deze resultaten zijn echter niet zonder meer te interpreteren. Er moet



eerst gekeken worden naar een aantal kritische kanttekeningen die geplaatst kunnen worden bij het onderzoek.

Om te beginnen is er in het onderzoek gebruik gemaakt van een zeer kleine steekproef. Het aantal gezinnen die mee hebben gedaan aan het onderzoek, kwam neer op een aantal van 32. Echter door logistieke problemen en het ontbreken van één echte verantwoordelijke voor het invullen en verzamelen van de vragenlijsten, hebben er uiteindelijk maar zestien gezinnen een voor- en na CBCL ingevuld.

Deze tekortkoming heeft er mogelijk voor gezorgd dat toeval een rol heeft gespeeld in de resultaten. Met name doordat de participanten complexe en uiteenlopende problemen hebben, is geen enkel multi-probleemgezin vergelijkbaar met het ander. Dit maakt dat het ene gezin niet representatief is voor het andere multi-probleemgezin. De resultaten van deze steekproef zijn dus niet te generaliseren naar andere multi-probleemgezinnen. Een onderzoek met een grotere steekproef is nodig om meer betrouwbare resultaten te krijgen en de resultaten te kunnen generaliseren.

Daarnaast is het meenemen van slechts één schaal van de CBCL met betrekking tot de problemen van één kind uit het gezin te beperkt bij gezinnen met een veelvoud van complexe problemen. Wanneer er een afname van de internaliserende problemen wordt gevonden, kan het zijn dat het kind zich meer is gaan afreageren op de omgeving. De externaliserende problemen nemen in dat geval toe, terwijl de behandeling dan ten onrechte als geslaagd gezien wordt. Door alleen te richten op de internaliserende problemen van het kind wordt er voorbij gegaan aan de andere problemen die er zijn in het gezin. In vervolgonderzoek zou er ook een kwalitatieve analyse uitgevoerd moeten worden, om per gezin te kijken in hoeverre een afname op het gebied van een bepaald soort problemen leidt tot een toename op de andere soort problemen.

Een andere beperking van het onderzoek is dat het gescoorde gesprek plaats vindt tussen ouders en behandelaars, terwijl de problemen van het kind de voor- en nameting vormen. De focus van behandelaars heeft dus slechts indirect invloed op afname van de problemen van het kind. In vervolgonderzoek kan daarom beter aanvullend een probleemvragenlijst gebruikt worden die gericht is op de problemen van de ouder. Zo kan de

directe invloed van de positieve focus op de afname van de problemen getoetst worden. Door de problemen van beide partijen te meten, wordt er tevens een beter beeld verkregen van de problemen in het hele gezin.

Ook de missende controlegroep is een beperking van het onderzoek. Het is onduidelijk of de veranderingen toe te schrijven zijn aan de gezinsdagbehandeling. Mogelijk zorgen algemene niet-specifieke factoren zoals bijvoorbeeld het hebben van afspraken elke week al voor veranderingen bij de gezinnen. In verder onderzoek zal gekeken kunnen worden naar bijvoorbeeld een wachtlijstcontrolegroep.

De operationalisaties vormen eveneens beperkingen in dit onderzoek. Zo waren de observatoren tevens de onderzoekers. Zoals Kvale (2003) aangaf zorgt deze mogelijke bias ervoor dat de objectiviteit van de conclusies bediscussieerd kunnen worden. In vervolgonderzoek is het belangrijk dat de observatoren in geen geval dezelfde persoon is als de therapeut of de onderzoekers. Dit draagt bij aan betrouwbaardere, objectievere resultaten.

Met betrekking tot de operationalisaties kan er nog een kanttekening geplaatst worden. Zo is er in dit onderzoek met name gelet op de verbale bijdrage van zowel behandelaar als van de cliënt. Het non-verbale gedrag is achterwege gelaten. De vraag is echter of non-verbaal gedrag wel los gezien kan worden van het verbale gedrag. Op deze manier wordt mogelijk een belangrijk deel van de informatie gemist in dit onderzoek. In gevallen van sarcasme kan iets wat op een negatieve manier, maar met een knipoog gezegd wordt, als een negatieve focus gescoord worden. Dit terwijl dit als een grap en dus positief bedoeld is. Dit zorgt voor een minder valide operationalisatie.

Ook het niet meenemen van de mogelijke interactie-effecten met andere werkzame mechanismen is een beperking in het onderzoek. In het model zoals beschreven in de inleiding werden ook de werkrelatie en de spanning geopperd als werkzame factoren. Het niet gevonden effect voor positieve focus zou mogelijk veroorzaakt worden door het feit dat de focus alleen in combinatie met de andere factoren voor verandering zorgt. Ze zijn in dat geval afhankelijk van elkaar. Zo zorgt het volgen van de focus van de cliënt ervoor dat er samen gewerkt wordt naar een oplossing/probleem toe. Deze samenwerking is tevens noodzakelijk voor een goede werkrelatie

(Cepeda & Davenpoort, 2006). De factor spanning opvoeren kan alleen invloed hebben wanneer de werkrelatie hier tegen bestand is. Spanning op het proces zetten is soms nodig om vastlopende gezinnen weer in beweging te krijgen (Bannink, 2007). Wanneer de werkrelatie hier niet goed genoeg voor is, kan dit gevaarlijk zijn voor de voortzetting van de behandeling. Spanning en werkrelatie zijn daarom eveneens met elkaar verweven. Door het meenemen van meer factoren in vervolgstudies, kan gekeken worden hoe de factoren zich onderling verhouden en kan de invloed op de vooruitgang van gezinnen getoetst worden.

### 5.3 Bijdrage van het onderzoek aan de praktijk

De vele beperkingen van het onderzoek zorgen er voor dat het onderzoek weinig kan bijdragen aan de praktijk. Er is immers onvoldoende bewijskracht om conclusies te trekken over de bevindingen.

Er is wel een aanwijzing gevonden voor een rol van negatieve focus op het behandelresultaat. Er kan dus worden aangeraden aan de behandelaars om minder negatief te focussen bij gezinnen met internaliserende probleemkinderen. De negatieve focus zou mogelijk een gevaar kunnen zijn voor de vooruitgang van gezinnen.

Tevens is er een aanwijzing gevonden dat er bij ernstige problemen minder positief gefocust wordt door bij minder ernstige problemen. Mogelijk helpt het voor behandelaars om vooraf de ernst van de internaliserende problemen van het kind vast te stellen. Zo kan deze bewust worden dat hij in gesprek is met een gezin met ernstige problemen en kan hij bewust aan de slag gaan met positief focussen. Ook hier is de bewijskracht te zwak om deze handeling op te nemen in een protocol.

Alle vragen in het onderzoek blijven dus onbeantwoord, maar het levert wel aanwijzingen en hypothesen op voor vervolgonderzoek. Ook heeft dit onderzoek een bijdrage geleverd aan de database in de vorm van nieuwe gezinnen met een voor- en nameting en een film. Hiermee kunnen onderzoekers in de toekomst aan de slag gaan.

## **6. Conclusie**

Al met al kunnen er geen eenduidige conclusies getrokken worden door de vele beperkingen in dit onderzoek. De internaliserende problemen lijken niet af te nemen. Er is echter ook geen aanwijzing gevonden dat er een toename is van de problemen, dus het is niet onverantwoord om met de behandeling door te gaan. De precieze rol van een positieve en negatieve focus evenals het verschil in ernst van de problemen is eveneens onduidelijk gebleven.

Het is aannemelijk dat de gezinsdagbehandeling positieve effecten kan hebben (Koopman & van der Lugt, 2007). Er is echter in het kader van de kwaliteitsverbetering van de gezinsdagbehandeling meer onderzoek nodig met een grotere steekproef en een controlegroep. Onderzoek naar mogelijke werkzame factoren is tevens vereist. De vraag wat er werkt, voor wie het werkt en waarom het werkt blijft nu immers nog onbeantwoord.

## 7. Literatuur

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative Guide to the 1991 CBCL/4-18, 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.
- Bannink, F.P. (2007). Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 37: 87-94.
- Bartelink, C. (2011). *Oplossingsgerichte therapie*. Verkregen op: 3 juni 2012 van: [http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Watwerkt\\_Oplossingsgerichtetherapie.pdf](http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Watwerkt_Oplossingsgerichtetherapie.pdf)
- Berg, G. Van den, (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Jeugdhulp Thuis'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berg-Le Clercq, T., & Kalsbeek, A. (2011). *Wat werkt in multiprobleemgezinnen?* Verkregen op 29 juni 2012 van [http://www.nji.nl/DossierDownloads/WATWERKT\\_MULTIPROBLEEMGEZINNEN.PDF](http://www.nji.nl/DossierDownloads/WATWERKT_MULTIPROBLEEMGEZINNEN.PDF)
- Bertalanffy von , L. (1950) An Outline of General System Theory. *The British Journal for Philosophy of Science*, 1, 134-165.
- Brink, E. Van den, (2006) 'Zoek geen problemen maar oplossingen' Een model voor een gezondheidsgerichte GGZ. *GGzet Wetenschappelijk*, 2, 4-18.
- Casparie, A.F. (1993). *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Cauffman, L. (2003). *Oplossingsgericht Management: Simpel werkt het best*. Utrecht: Lemma.
- Damen, H.R., Veerman, J.W. & Janssen, J. (2002a). *Evaluatie-onderzoek Innovatieprogramma Jeugdzorg Limburg. Deel I: Achtergronden, opzet en resultaten*. Nijmegen: Praktikon.

- Emery, R.E., Fincham, F.D., & Cummings, E.M. (1992). Parenting in context: Systemic thinking about parental conflict and its influence on children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 909-912.
- Fauber, R.L., & Long, N. (1991). Children in context: the role of the family in child psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 59*, 813-820.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthammer-Loeber, M., Christ, M.A.G., & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 49-55
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 5, 425-435.
- Instituut Jeugd en Welzijn (2006). *Eindevaluatie pilot VIG Oude Noorden*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- IOM (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academies Press.
- Jong, P., de & Berg, K. (2001). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, 44*, 1116-1129.
- Kemper, A. (2004). *Intensieve vormen van thuisbehandeling. Doelgroep, werkwijze en uitkomsten. Dissertatie*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Kim, J.S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 18*, 2, 107-116.

- Koopman, F., & Van der Lugt, L. (2007). *Effectonderzoek naar de Oplossingsgerichte Therapie van de Gezinsdagbehandeling van het RMPI*. Verkregen op 2 mei 2012 van <http://www.gezinspsychiatrie-rmpi.nl/>
- Lokven van , H.M. (2002). Multiproblem gezinnen in Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 21, 56-62.
- Lugt, M. Van der, (2008). *Lange termijn effect van de oplossingsgerichte therapie: follow-up onderzoek naar de Gezinsdagbehandeling van het RMPI*. Verkregen op 15 juni 2012 van <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2008-1008-202016/Lugt%2c%20van%20der%200363820.pdf>.
- Macdonald, A.J. (2007). *Solution-focused therapy. Theory, research & practice*. London: Sage.
- Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2004a). *Resultaten Hulp aan Huis Drenthe. Tabellenboek 2003*. Nijmegen: Praktikon.
- Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2004b). *Resultaten Hulp aan Huis Overijssel. Tabellenboek 2003*. Nijmegen: Praktikon.
- Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2004c). *Resultaten Hulp aan Huis Groningen. Tabellenboek 2003*. Nijmegen: Praktikon.
- Mijnster, C. (2000). *Effectonderzoek is niet eng*. Verkregen op 20 juni van <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>
- Mol, R. & Ginneken, V., van (2008). *Oplossingsgerichte behandeltechnieken in relatie tot de afname van internaliserende problemen bij kinderen en adolescenten ontwikkeling van de 'Therapeutic Observation Measure'*. Verkregen op: 2 mei 2012 van <http://www.gezinspsychiatrie-rmpi.nl/>
- Nederlands Jeugdinstituut (z.d.) *Dossier Multiprobleemgezinnen*. Verkregen op 1 juli 2012 van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/09/636.html>

- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1989) *In Search of Solutions: A New Direction in Psychotherapy*. W. W. Norton & Company, Inc.: New York.
- Oppenoorth, W.H. (2002), Het principe van zelforganisatie in de behandeling van het Machteloosheidsyndroom: *De Gezinspsychiatrische Dag-Behandeling*, in *Liber Amicorum*, uitgave RMPI, Barendrecht.
- Palmer, S. & Whybrow, A. 2008. *Handbook of Coaching Psychology, A guide for Practitioners*. London: Routledge.
- Prins, P., & Bosch, J. (1998). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Quick, E. K., & Gizzo, D. P. (2007). The "doing what works" group: A quantitative and qualitative analysis of solution-focused group therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(3), 65-84.
- Regenmortel, T. van (2002b). Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede. In J. Vranken, K. de Boyser, D. Geldof & G. Van Menxel (Eds.), *Armoede en Sociale Uitsluiting, Jaarboek 2002*. Leuven/Leusden: Acco.
- 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 (2005). Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Orthopedagogische Gezinsondersteuning (IOG). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Steege, M., van der, (2010). Opgroeien in een multiprobleemgezin. *Het Jonge Kind*, 10, 61-64
- Steketee, M.J., & Gelder, K., van (2001). Pedagogische ondersteuning en monitoring: stoomwals of maatwerk? Een kritische analyse van pedagogische interventies. *Sociale Interventie*, 2, 10-19.



Tomori, C., & Bavelas, J. B. (2007). Using Microanalysis of Communication to Compare Solution-Focused and Client-Centered Therapies. *Journal of Family Psychotherapy*, 18, 25-43.

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.

## **Bijlage 1 Toestemmingsverklaring**

### 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.

