

Is een goede relatie de sleutel tot succes?!

*Hoe belangrijk is de Werkrelatie en een Positieve Focus voor het effect van
Oplossingsgericht Werken met Multi-probleemgezinnen?*

E.B.W. Bredemeijer

3499057

8 juli 2013

Universiteit Utrecht
Master psychologie, Kinder- en Jeugd Psychologie

THESIS

Is een goede relatie de sleutel tot succes?!

*Hoe belangrijk is de Werkrelatie en een Positieve Focus voor het effect van Oplossingsgericht
Werken met Multi-probleemgezinnen?*

E.B.W. Bredemeijer, 3499057

8 juli 2013

Begeleider Universiteit Utrecht: Dr. Y. van Beek

Uitgevoerd in opdracht van: Yulius te Barendrecht, begeleider: Drs. W.H. Oppenoorth

Tweede beoordelaar: Drs. W.H. Oppenoorth

Voorwoord

De afgelopen tien maanden heb ik stage gelopen bij Yulius op de afdeling Gezinspsychiatrie, een leerzame tijd. Onderdeel van mijn stage was, naast het opdoen van praktijkervaring, het uitvoeren van onderzoek naar effectiviteit van de Gezinsdagbehandeling. Graag wil ik hier een aantal mensen bedanken die hebben geholpen bij het tot stand komen van deze scriptie.

Als eerste de behandelaren en cliënten van de Gezinsdagbehandeling die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek, door het instemmen met de opnamen die gemaakt werden en het laten invullen ofwel het invullen van de vragenlijsten. Ook wil ik mijn begeleider vanuit Yulius, Walter Oppenoorth, bedanken voor de begeleiding en het overbrengen van zijn enthousiasme omtrent het Oplossingsgericht Werken met de, vaak juist zo probleemgerichte gezinnen, die op de afdeling behandeld worden. Yolanda van Beek, mijn begeleidster vanuit de Universiteit Utrecht, ben ik zeer dankbaar. Zij heeft mij geholpen om de kern en het doel van het onderzoek niet uit het oog te verliezen. Daarnaast heeft zij mij in laten zien dat ik blij mag zijn met en trots op het eindresultaat dat nu voor u ligt. Graag wil ik ook Monique Kali bedanken, mijn medestagiaire de afgelopen maanden. Het was fijn om onze klaagzangen, jubelzangen, leuke momenten en mindere leuke momenten met elkaar te kunnen delen.

Zoals de Engelsen zo mooi zeggen '*at last but definitely not at least*' wil ik graag mijn familie bedanken. Als eerste voor de steun op de momenten dat ik het niet meer zo zag zitten het afgelopen jaar en het aanhoren van mijn kopzorgen. Mijn broer Wouter wil ik bedanken voor zijn aanwijzingen en tips bij de totstandkoming van mijn scriptie en voor de aantal keren dat ik zijn auto mocht gebruiken. Mijn ouders wil ik heel graag bedanken voor het feit dat zij mij de mogelijkheid hebben geboden om mijn hart te volgen en als tweede studie Psychologie te gaan studeren. Jullie steun was onmisbaar.

Samenvatting

Het effect van de Gezinsdagbehandeling (GDB) van Yulius is onderzocht onder 22 multi-probleemgezinnen. Er bleek een afname te zijn van psychische problematiek bij de kinderen. Daarnaast gingen de ouders ten opzichte van hun eigen doelen van een onvoldoende naar een voldoende (doelscore genoemd) en ervoeren zij meer invloed op hun kind(eren) en leven (respectievelijk invloedscore Kind en Eigen Leven genoemd). Vervolgens bleek dat er een relatie was tussen de behandel-effecten gemeten op de doelscore en beide invloedsscores en de kwaliteit van de therapeutische werkrelatie, zoals geobserveerd met de 'System for Observing Family Therapy Alliances' (SOFTA). Verder is onderzocht of een belangrijk element van de behandeling; Positieve Focus gemeten werd door de SOFTA, dit lijkt niet zo te zijn. Wel is er een kleine aanwijzing dat Positieve Focus een onafhankelijke factor is die samenhangt met de behandel-effecten. De resultaten van huidig onderzoek lijken veelbelovend, echter kunnen nog niet al te harde uitspraken worden gedaan. Voor vervolgonderzoek wordt daarom aangeraden het aantal participanten te vergroten, een (wachttijst)controlegroep toe te voegen en een multi-informant multi-measure benadering toe te passen. Huidige studie is een veelbelovende eerste aanzet om de effectiviteit van de GDB en de werkrelatie aan te tonen.

Abstract

The effect of the Family Day Treatment (FDT; Gezinsdagbehandeling) at Yulius has been studied in 22 multi-problem families. There seemed to be a positive effect on three problem scales of the Child Behavior Checklist (CBCL). In addition, the parents rated their own treatment goal(s) before intervention as insufficient and afterwards as more sufficient and also experienced more influence on their children and own life. Additionally, a relation between the treatment effects and the therapeutic alliance, as observed with the 'System for Observing Family Therapy Alliances' (SOFTA), was found. Furthermore it was investigated whether SOFTA measures the important aspect of Positive Focus in FDT as well. No correlation between SOFTA scales and Positive Focus was found. However, there is some evidence that a Positive Focus may be an independent factor associated with the treatment effects, but more research is necessary to be conclusive. The results of the present study seems promising, but no definitive statements can be made. For further research it is recommended to increase the number of participants, to add a (waiting list)control group and to use a more multi-informant and multi-measure design. Nevertheless current study has been a first important step to demonstrate the effectiveness of the FDT and the role of Therapeutic Alliance.

"Publiceer uwe gedachte! Is zij goed, dan heeft men er nut van; is zij verkeerd, men verbetert haar en men heeft er ook nut van."

(Paul Louis Courier 1773-1825).

Bovenstaand citaat geeft aan hoe belangrijk het is om theorieën te ontwikkelen en bekend te maken, zodat deze tot nut kunnen zijn voor andere mensen. Hiervan is zeker sprake wanneer het gaat over het publiceren van theorieën over (psychosociale)behandelingen. Daarnaast wordt er tegenwoordig ook veel waarde gehecht aan empirische data die de effectiviteit van een behandeling aantonen, zodat cliënten een *'evidence-based'* behandeling krijgen aangeboden (Flay et al, 2005).

Onderhavige studie is een onderzoek naar de effectiviteit van de Gezinsdagbehandeling (GDB) van Yulius. Hoofdvraag hierbij is of er na de behandeling een verbetering waarneembaar is in de gezinssituatie en gedrag van het kind dan wel kinderen. De GDB is speciaal ontwikkeld voor multi-probleemgezinnen. Zoals de term al doet vermoeden is er bij deze gezinnen sprake van meervoudige problematiek. Er is vaak sprake van relatieproblemen, schuldenproblematiek, problemen met huisvesting, gebrekkig gezinsmanagement en opvoeding (Steketee en Vandenbroucke, 2010). Kinderen uit multi-probleemgezinnen worden in verhoogde mate tijdens hun hele leven geconfronteerd met problemen, onder te verdelen in drie elementen. Zo is ten eerste gebleken dat er een verhoogde kans is op ontwikkelingsproblemen zoals: Problemen op school waardoor spijbelen en uiteindelijk vroegtijdig schoolverlaten ontstaat, antisociaal gedrag, overmatig middelengebruik en crimineel gedrag (Steketee & Vandenbroucke, 2010). Ten tweede kunnen deze kinderen een gebrek aan controle ervaren waarbij ze het gevoel hebben dat zij geen invloed hebben op hun eigen toekomst (Goderie & Steketee, 2005). Ten derde is er een groot risico op het doorgeven van problemen op de volgende generatie: Leefpatronen uit de gezinnen van herkomst zetten zich voort in de volgende generatie (Baartman & Dijkstra, 1987). Hierdoor ontstaat er bij de volgende generatie ook probleemgedrag. Het is dus van groot belang voor zowel ouders, kinderen als de maatschappij dat multi-probleemgezinnen effectieve hulp krijgen.

Hulpverlening aan multi-probleemgezinnen is ingewikkeld vanwege de onderlinge verwevenheid en de omvang van de problemen. Deze gezinnen hebben vaak moeite om hulp van buiten te aanvaarden en staan wantrouwend tegenover reguliere hulpverleningsinstellingen. Daarnaast groeien de problemen de gezinsleden boven het hoofd en hebben zij onvoldoende geestelijk draagkracht om met de problemen om te gaan (Steketee

en Vandenbroucke, 2010). De psychiatrische instelling Yulius heeft ruim twintig jaar ervaring met het behandelen van multi-probleemgezinnen. Zij bieden gezinnen verschillende vormen van behandeling aan, waarbij in alle behandelvormen wordt gewerkt volgens het model Oplossingsgericht Werken.

De therapie die aan het model ten grondslag ligt werd in de jaren '80 ontwikkeld door De Shazer en Berg. De gedachte achter deze methodiek is dat er niet gefocust moet worden op problemen en de oorzaken hiervan die ontstaan zijn in het verleden maar op de oplossingen die liggen in het hier en nu. Via deze therapie kan er in een korte tijd al verandering bij de cliënt plaats vinden (De Shazer, 1985). Een ander belangrijk uitgangspunt is dat de cliënt als expert wordt gezien. De cliënt kent zijn of haar situatie zelf het beste en wordt daarom uitgenodigd om te bedenken welke oplossing hij of zij nodig heeft om tot de gewenste veranderingen te komen (Bakker & Bannink, 2008). Hierdoor krijgt de cliënt ook het gevoel zelf invloed te hebben op en controle te hebben over zijn of haar leven en problemen. De zogenoemde '*self-efficacy*' neemt toe. Dit zorgt er vervolgens voor dat cliënten in staat zijn veranderingen in hun leven door te voeren en problemen (zelfstandig) op te lossen (Quick & Gizzo, 2007). Onlangs is er een meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van Oplossingsgerichte Therapie (Bartelink, 2013). Hieruit blijkt dat onderzoek naar de effectiviteit van Oplossingsgerichte Therapie nog in de kinderschoenen staat. Op basis van een beperkt aantal onderzoeken kunnen voorzichtige conclusies worden getrokken, namelijk dat Oplossingsgerichte Therapie effectiever is dan geen therapie en even effectief is als andere psychosociale behandelingen. Onduidelijk is nog bij welke groepen en gedragsproblemen de therapie werkzaam is. Daarnaast is ook de vraag, waarom en hoe het komt dat de therapie effectief is, nog onbeantwoord. In onderhavig onderzoek wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag waarom de therapie effectief is. Dit gebeurt door te onderzoeken of de therapeutische werkrelatie de werkzame factor is van Oplossingsgerichte Therapie.

De GDB van Yulius is gebaseerd op Oplossingsgerichte Therapie en duurt zes weken. Hierin worden 4 á 5 gezinnen drie dagen per week behandeld. De behandeling start met een gesprek waarin de therapeuten de ouders aanzetten tot het zelf formuleren van doelen. Hieraan zal gedurende de behandeling gewerkt worden. Doelen variëren van meer grip krijgen op het gedrag van eigen kind (met psychische stoornis) tot het hanteren van eigen probleemgedrag in de opvoeding. Tijdens dit gesprek is van groot belang dat de therapeuten vooral aandacht geven aan wat er binnen de gezinnen al wel goed gaat. De bedoeling hiervan is dat ouders gaan inzien dat zij al in staat zijn om juiste strategieën en gedragingen in te zetten, zodat bij de ouders het gevoel van invloed hebben op hun kinderen en hun eigen leven

toeneemt. Tijdens alle behandeldagen houden de therapeuten deze positieve houding. Gedurende de behandeling zijn de volgende drie behandeldoelen van belang. Als eerste: Het bereiken van de specifieke eigen doelen. Als tweede: Een toename van het ervaren van invloed op hun kinderen en eigen leven. Als derde: Een afname van probleemgedrag bij de kinderen.

In dit onderzoek wordt de effectiviteit van de GDB dan ook op drie verschillende manieren gemeten. Als eerste de doelscores, een schaal van 0-10, waarop ouders aan kunnen geven wat hun score was voor en na de behandeling op het door hen zelf gestelde doel. Een kwalificatie van het ervaren van invloed op hun eigen kinderen en leven wordt eveneens gemeten op een schaal van 0-10, de invloedscores genoemd. Respectievelijk invloedscore Kind en Eigen Leven genoemd. De mate van probleemgedrag bij kinderen wordt gemeten door gebruik te maken van de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991).

In dit onderzoek zijn de doelscores, de invloedscores, Kind en Eigen Leven, en de scores op de CBCL verzameld van 22 gezinnen, die deelgenomen hebben aan de GDB. In deze studie wordt de effectiviteit gemeten door het verschil te berekenen tussen de voor- en nameting op de drie uitkomstmaten. De hypothese van deze studie is daarom als volgt: *Aan het einde van de behandeling is er een toename op de doelscores en de invloedscores. Daarnaast is er een afname van de CBCL totaal scores en externaliserende en internaliserende scores.* Externaliserende problemen zullen afnemen doordat ouders tijdens de behandeling leren om te gaan met deze problemen. De internaliserende problematiek zal vermoedelijk afnemen doordat kinderen invloed op hun eigen leven gaan ervaren of doordat het gezinsfunctioneren is verbeterd. De hulpeloosheid die kinderen uit multi-probleemgezinnen vaak ervaren (Goderie & Steketee, 2005), behoort tot de cognitieve triade van Beck (1967). Hiervan is bekend dat deze sterk samenhangt met depressieve klachten (Beck, 1967). Doordat de kinderen tijdens de behandeling ervaren dat de situatie niet onveranderlijk en uitzichtloos is maar veranderbaar, zal de internaliserende problematiek afnemen.

Naast het belang om de effectiviteit van een behandeling te weten, is het van groot belang om te weten wat de werkzame factoren van de behandeling zijn. Wanneer men weet wat het belangrijke element is kan dit verder versterkt worden waardoor de effectiviteit van de behandeling verbetert. Daarnaast wordt van hulpverlenende instanties steeds meer verwacht dat zij het behandelaanbod verantwoorden en inzichtelijk en toetsbaar maken (Casparie, 1993). Het is dan ook van belang om meer duidelijkheid te verkrijgen over de werkzame factor van de GDB. Een heel belangrijke factor lijkt de therapeutische werkrelatie tussen de

ouders en de therapeuten. Binnen het Oplossingsgericht Werken hebben therapeuten een ondersteunende rol, dit zou een goede werkrelatie bevorderen (Cauffman, 2003). Onderzocht wordt de vraag: *Is de kwaliteit van de therapeutische werkrelatie de werkzame factor van de GDB?*

Uit empirische studies en meta- analyses naar interventies binnen de geestelijke gezondheidszorg blijkt dat de therapeutische werkrelatie een zeer belangrijke variabele is in de verklaring van de uitkomst van behandelingen (Priebe & McCabe, 2006; Shirk & Karver, 2003). Dit effect lijkt er te zijn onder verschillende vormen van therapie, zoals interpersoonlijke psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en zelfs bij farmacotherapie (Krupnick et al, 1996). Daarnaast komt het overeen met wat zowel cliënten als therapeuten ervaren (Elvins & Green, 2008). Therapeutische werkrelatie is een verzamelnaam voor een aantal inter-persoonlijke processen tussen therapeut en cliënt. Bordin (1979) ziet de volgende drie dimensies als belangrijkste onderdelen van de therapeutische werkrelatie: doel, taak en onderlinge binding. Aan de hand van empirische bevindingen ontwikkelde Hougaard (1994) vanuit de theorie van Bordin een model dat bestaat uit een tweedelige verdeling van therapeutische werkrelatie. Als eerste: *'personal orientated'* hierin staat de inter-persoonlijke relatie tussen cliënt en therapeut centraal waarin vriendelijkheid, betrouwbaarheid en betrokkenheid van de therapeut van belang zijn. Een factor die binnen elke behandelvorm belangrijk is. Als tweede: *'task orientated'* waarin de meer contractuele aspecten van de behandeling en oriëntatie op het te bereiken doel centraal staan. Hierbij is van belang dat de behandelingsmethode expliciet besproken is en de doelen in samenspraak met de therapeut of zelfs door de cliënt zelf worden opgesteld. Dit onderdeel past goed bij de werkwijze van de GDB, omdat elke behandeldag start met het vaststellen van eigen doelen en omdat steeds wordt besproken in hoeverre de ouders de doelen al hebben bereikt.

De therapeutische werkrelatie is in veel voorgaande studies gemeten aan de hand van vragenlijsten ingevuld door zowel de cliënt(en) als de therapeuten (Martin, Garske & Davis, 2000). Dit is ook een veel gebruikte meetmethode, een nadeel van deze vragenlijsten is dat respondenten subjectieve en/of sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven (Martin et al, 2000). Dit probleem kan worden opgelost door gebruik te maken van juist uitgevoerde observaties, want deze leveren meer objectieve informatie (Elvins & Green, 2008).

Er is daarom gebruik gemaakt van de 'System for Observing Family Therapy Alliances' (SOFTA; Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006). Dit is een gevalideerde observatiemaat die werkrelatie meet. De SOFTA is gebaseerd op de theorie van Bordin (1979) en dat komt voornamelijk naar voren op twee van de vier schalen van dit

meetinstrument, namelijk *Betrokkenheid in het Therapeutische Proces* en *Emotionele Connectie met de Therapeut*. De eerste schaal meet in hoeverre de cliënt de behandeling als waardevol ziet, het gevoel heeft betrokken te zijn en samenwerkt met de therapeut. Daarnaast meet het in hoeverre de therapeut de cliënt betreft in het proces. De tweede schaal meet in hoeverre de cliënt de therapeut vertrouwt en affiniteit heeft met de therapeut. Vanuit de therapeut gezien wordt gemeten in hoeverre hij/zij meeleeft met de cliënt en begripvol is. Aan de hand van de twee schalen zullen de eerste gesprekken van de 22 gezinnen gescoord worden. Omdat dit onderzoek de eerste aanzet is om de algehele werkrelatie te onderzoeken aan de hand van de SOFTA, is er voor gekozen alleen de eerste gesprekken te observeren. Daarnaast is gebleken dat metingen van de werkrelatie aan het begin van de behandeling een betere voorspeller zijn voor behandelingsuitkomsten dan metingen op een later moment in de behandeling (Horvath, 1994, 2001; Horvath & Symonds, 1991). De volgende vraag wordt onderzocht: *Is er een significante relatie tussen de SOFTA scores en het behandelingseffect, gemeten op doelscores, invloedscores en de CBCL scores?* Verwacht wordt dat er een significante relatie is tussen de SOFTA scores en de toename op de doelscores en invloedscores en de afname van de CBCL Totaal, Externaliserende en Internaliserende score.

De SOFTA geeft een geheel beeld van de werkrelatie en hierdoor is de kans aanwezig dat afzonderlijke aspecten van de werkrelatie onvoldoende aandacht krijgen. Een belangrijk onderdeel van het contact tussen therapeuten en cliënten van de GDB is Positieve Focus. Dit is een techniek waarbij de therapeuten steeds trachten te focussen op gewenste gedragingen, situaties of positieve kenmerken van ouders of kind. Uit empirische studies naar het effect van Oplossingsgerichte Therapie blijkt dat een Positieve Focus een belangrijk element is voor de gevonden behandelingseffecten (Bartelink, 2013). Master studenten van de Universiteit Utrecht Halk en Blok ontwikkelde in 2012 een observatiemaat voor Positieve Focus en hebben zestien gezinnen hierop gescoord. Aan de hand van de scores van deze deelpopulatie kan daarom onderzocht worden of de SOFTA ook de Positieve Focus meet. Er wordt onderzocht of Positieve Focus correleert met de SOFTA scores op de schaal *Betrokkenheid*. Binnen deze schaal speelt een positieve benadering namelijk een rol. Hypothese luidt daarom als volgt: *Positieve Focus correleert significant met de SOFTA score op de schaal Betrokkenheid*. Wanneer er sprake is van een correlatie wordt vervolgens onderzocht of de relatie tussen SOFTA scores en het behandelingseffect (deels) verloopt via Positieve Focus. Waarbij de hypothese luidt: *De relatie tussen werkrelatie, gemeten op de schaal Betrokkenheid van de SOFTA, en behandelingseffect, gemeten op doelscores en invloedscores Kind & Eigen Leven, verloopt (deels) via Positieve Focus*. Wanneer er geen

sprake is van een correlatie tussen de SOFTA scores en Positieve Focus wordt onderzocht of het mogelijk een onafhankelijke factor is die correleert met de behandelresultaten, zoals alleen gemeten op de doelscore en beide invloedscores. Halk (2012) en Blok (2012) vonden namelijk al geen relatie tussen Positieve Focus en de CBCL-scores. Wanneer Positieve Focus met de behandelresultaten correleert kan dit er op wijzen dat het een opzichzelfstaande werkzame factor is van de GDB. Hypothese hierbij is: *Positieve Focus correleert met de behandelresultaten gemeten op de doelscore en invloedscore Kind en Eigen Leven.*

In onderhavige studie wordt als eerste verwacht dat er een toename is van de doelscores en de invloedscores (Kind & Eigen Leven). Als ook een afname op de CBCL totaal, internaliserend en externaliserend scores, wat inhoudt dat de problemen bij de kinderen van de gezinnen zijn afgenomen. Daarnaast wordt verwacht dat er een significante relatie is tussen de SOFTA scores en de behandelresultaten zoals gemeten op de doelscores, invloedscores en CBCL scores. Tot slot wordt verwacht dat Positieve Focus een belangrijke rol speelt binnen de werkrelatie en/of van belang is voor het effect van de GDB.

Methode

Participanten

Aan huidig onderzoek heeft een steekproef van 22 multi-probleemgezinnen deelgenomen. De gezinnen hebben in de periode van 2005 t/m 2008 en van 2011 t/m 2012 deelgenomen aan de Gezinsdagbehandeling van Yulius. De gegevens van zestien gezinnen kwamen uit de bestaande database van Yulius en zes nieuwe gezinnen zijn aan deze database toegevoegd. Van de 22 gezinnen waren er 16 eenoudergezinnen. Bij de gezinnen was sprake van specifieke psychopathologie bij zowel ouders als kinderen, geldproblemen, relatieproblemen, verslavingen en (eerdere) misbruik of mishandeling bij zowel ouders als kinderen. Meer dan de helft van de gezinnen nam vrijwillig deel aan de behandeling, het overige deel van de gezinnen werd door Jeugdzorg verplicht om aan de behandeling deel te nemen. Bij alle gezinnen was er sprake van eerder falen van andere hulpverleningsinstellingen.

Gezinsdagbehandeling

De Gezinsdagbehandeling van Yulius duurt zes weken waarin ongeveer vier gezinnen drie dagen per week behandeld worden door twee therapeuten. Verder zijn ook een psychiater en een zorgcoördinator bij de behandeling betrokken.

Voorafgaand aan de behandeling vinden de eerste gesprekken, de zogenoemde contractbesprekingen, plaats. Tijdens dit gesprek worden de doelen voor de behandeling

opgesteld. Om de cliënten aan te sporen tot het formuleren van een doel worden er verschillende technieken gebruikt. Als eerste de 'wonder-vraag'. Hierbij moet de cliënt zich voorstellen dat er een wonder is gebeurd, waardoor het probleem weg is en moet men bedenken hoe de situatie er dan uit zou zien. Hierdoor kunnen therapeuten in samenwerking met de cliënt bepalen met welk doel ze tijdens de behandeling aan de slag gaan. Samen met de cliënt wordt er door de therapeuten ook onderzocht in hoeverre het doel werkbaar en reëel is. Om het doel goed helder te krijgen wordt er gebruik gemaakt van schaalvragen. Ouders moeten een cijfer geven tussen de 0-10 over in hoeverre ze het doel nu al behaald hebben en vervolgens moeten ze aangeven welk cijfer ze aan het einde van de behandeling bereikt willen hebben. Hierdoor is voor iedereen duidelijk waar het gezin nu staat en waar men heen wil. Daarnaast wordt er door de behandelaren gefocust op de uitzonderingen, de momenten dat het door de ouders gewenste gedrag, tevens het doel, al wel heeft plaats gevonden. Hieruit wordt duidelijk welke vaardigheden de cliënt al beheerst en welke tijdens de behandeling gestimuleerd kunnen worden om extra in te zetten.

Halverwege de behandeling vindt er voor elk gezin apart een tussenevaluatie plaats. De behandeling eindigt met een eindevaluatie, waarin wordt besproken in hoeverre de behandeldoelen zijn bereikt en hoe men het behaalde resultaat kan vasthouden.

Procedure

Voor aanvang van het algemene intakegesprek bij Yulius kregen ouders de CBCL opgestuurd met de vraag deze ingevuld terug te sturen. Deze gegevens werden gebruikt als voormeting. Aan het begin van elke contractbespreking werd aan de ouder(s) gevraagd of zij akkoord waren met het opnemen van het gesprek en of zij de opnamen beschikbaar wilde stellen en mee wilde werken aan het onderzoek naar de effectiviteit van de GDB. Ouders moesten vervolgens een toestemmingsformulier ondertekenen. Aan het einde van de behandeling werden ouders gevraagd opnieuw de CBCL in te vullen. Daarnaast kregen zij een evaluatieformulier van de behandeling opgestuurd. Hierin konden ouders onder andere aangeven wat hun score was voor en na de behandeling op de doelscores en invloedscores (Kind en Eigen Leven)

Nadat alle informatie van de gezinnen verzameld was werden alle opnamen van de contractbesprekingen door de onderzoekers geobserveerd en gescoord aan de hand van de twee SOFTA schalen *Betrokkenheid* en *Emotionele Connectie*. De observaties werden gedaan met behulp van e-SOFTA, het computerprogramma van de SOFTA. Uit elk gesprek werden 3 keer 10 minuten geselecteerd en gescoord. Dit in tegenstelling tot wat in de SOFTA

handleiding geadviseerd wordt, namelijk het scoren van de gehele sessie. Aan de hand van proefobservaties is onderzocht in hoeverre er significante verschillen waren tussen de scores van de gehele sessie en van delen van de sessie, hiervan bleek geen sprake. Daarnaast varieerde de correlaties tussen de scores per schaal tussen .83 en .96 $p < .01$. De eerste 10 minuten gingen in wanneer de contractbespreking begon, meestal aangegeven doordat de therapeut uitleg gaf over het doel van het gesprek. De tweede 10 minuten ging in vijf minuten voordat de opnametijd precies op de helft was. De laatste 10 minuten gingen in 15 minuten voor het einde van de opnamen. Er was echter een gesprek dat 19.46 minuten duurde, waardoor de scores niet meer vergelijkbaar waren. Om deze reden zijn de variabelen uitgedrukt als de frequentie per 10 minuten geobserveerde data.

Meetinstrumenten

De Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) werd bij de ouders afgenomen om het probleemgedrag van de kinderen, voor en na de behandeling, in kaart te brengen. Wanneer de ouders meer kinderen hadden werd de CBCL gebruikt van het kind met de ernstigste problematiek. Er zijn twee versies van de CBCL afgenomen, afhankelijk van de leeftijd van het kind. Er is een versie voor ouders met kinderen van 1,5 t/m 5 jaar en een versie voor ouders met kinderen van 6 t/m 18 jaar. Op beide lijsten kunnen ouders aangeven in hoeverre er bij hun kind sprake is van bepaalde gedrags- en emotionele problemen. Naar de versie voor 1,5 t/m 5 jaar is nog geen Nederlands onderzoek gedaan, maar uit internationaal onderzoek blijkt dat de test-hertest betrouwbaarheid, gemiddeld van alle schalen, goed is $\alpha = .85$ (Achenbach, Rescorla, 2011). Er is alleen Nederlands onderzoek beschikbaar naar de versie voor 4 t/m 18 jarigen de voorganger van de versie voor 6 t/m 18 jarigen. Hieruit blijkt dat de interne consistentie van de totaal, internaliserende en externaliserende score goed is, respectievelijk $\alpha = .90$, $\alpha = .85$, $\alpha = .86$. Daarnaast bleek de test-hertest betrouwbaarheid van totale, internaliserende en externaliserende score ook goed waren, allen $> .80$ (Verhulst, Koot en Van der Enden, 1996).

De voor- en nameting van de doelscores werden op retrospectieve wijze verzameld, omdat de echte begin scores in geen enkele database zijn ingevoerd. Uit intern onderzoek (Oppenoorth, 2013) blijkt dat er een correlatie is tussen de echte doelscores die vooraf werden gegeven en de retrospectieve scores $r = .49$ $p = .049$ en dat er geen significante verschillen zijn $T(16) = 1,411$, $p = .177$. Voorbeeld van een doelscore: *Uw doel voorafgaand aan de behandeling was: 'Ouders willen de sfeer thuis verbeteren.' Geef aan hoe uw score was op dit doel voorafgaand aan de behandeling en na de behandeling.* Vervolgens zijn twee schalen

van 0 t/m 10 zichtbaar. Het aantal doelen en dus ook doelscores die een gezin had verschilde van minimaal één doel tot maximaal vijf doelen. Omdat alle 22 gezinnen scores hadden op één doel, is alleen de eerste doelscore meegenomen in de analyse. De doelscores geven aanvullende informatie over de specifieke vooruitgang per gezin naast de vooruitgang op een breed scala van problemen, zoals gemeten op de CBCL.

De voor- en nameting van de invloedsscore op hun kind (invloedsscore Kind) en op hun eigen leven (invloedsscore Eigen Leven) verliep op dezelfde wijze als bij de doelscores. Invloedsscore Kind: *Hoeveel invloed had u op uw kinderen voor u aan de gezinsdagbehandeling deel nam en hoeveel invloed heeft u nu op uw kinderen na uw deelname aan de gezinsdagbehandeling?* Invloedsscores Eigen Leven: *Hoeveel invloed had u op uw eigen leven voor u aan de gezinsdagbehandeling deel nam en hoeveel invloed heeft u nu op uw eigen leven na uw deelname aan de gezinsdagbehandeling?* Vervolgens zijn bij beide vragen twee schalen van 0 t/m 10 zichtbaar.

Met de SOFTA scores op de schalen *Betrokkenheid* en *Emotionele Connectie* werd de therapeutische werkrelatie gemeten. Friedlander et al. (2006) rapporteren dat de Face validiteit, Construct validiteit en Concurrent validiteit voldoende bevonden zijn. Zij melden vervolgens een inter-beoordelaars betrouwbaarheid variërend van .72 tot .92. De inter-beoordelaars betrouwbaarheid van onderhavig onderzoek varieert van .71 tot 1.0, voor de specifieke getallen per schaal zie tabel 1.

Tabel 1

Inter-beoordeelaars Betrouwbaarheid Weergegeven per SOFTA schaal.

SOFTA Schalen	Correlatie tussen Beoordelaar 1 en 2 (N=10)
Betrokkenheid - Therapeut	.89**
Betrokkenheid - Cliënt (moeder)	1.0**
Emotionele Connectie - Therapeut	.73*
Emotionele Connectie - Cliënt (moeder)	1.0**

* $p < .05$

** $p < .001$

De officiële SOFTA score loopt van -3 t/m +3, maar uit proefobservaties kwam naar voren dat dit voor te weinig spreiding zorgde. Omdat dit ten koste zou gaan van de gemeten variantie is in dit onderzoek gebruik gemaakt van ruwe scores voor beide SOFTA schalen. Van elke schaal werd een variabele aangemaakt voor alle positieve scores en een variabele voor alle negatieve scores. Tot slot zijn een aantal schalen van de SOFTA, in overleg met een

ontwikkelaar van de SOFTA aangepast zodat het beter toepasbaar was op Oplossingsgerichte Therapie (zie bijlage 1 voor gedetailleerde informatie van de aanpassingen).

De observatiemaat Positieve Focus is ontwikkeld door Halk (2012) en Blok (2012). Het bestond uit een breed scala van positieve opmerkingen over zowel gedragingen, situaties als ook kenmerken van ouders of kind. Zo werd een compliment van de therapeut over de betrokken houding van een ouder gescoord, maar ook een compliment over haar verzorgde kleding of haardracht. Positieve Focus vanuit de cliënt gezien werd gescoord wanneer deze de positieve opmerking van de therapeut leek te ontvangen door zelf ook een positieve te reageren. Bijvoorbeeld: 'Ja dat klopt, we houden erg veel van elkaar.' Wanneer de therapeut positief focuste kreeg het een + en wanneer de cliënt als reactie hierop eveneens positief focuste kreeg deze ook een +, het aantal ++ werd bij elkaar opgeteld en dit vormde de Positieve Focus variabele. De gesprekken van 16 gezinnen werden 3 keer 3 minuten geobserveerd. Halk (2012) en Blok (2012) rapporteren dat de inter-beoordelaars betrouwbaarheid zeer goed was. Cohen's Kappa was .893, $p < .01$.

Data-analyse

Alle uitkomstmaten, Positieve Focus en de positieve gebeurtenis scores van de SOFTA schalen waren normaal verdeeld. De negatieve gebeurtenis scores van de SOFTA schalen waren niet normaal verdeeld. Dit was conform verwachting, omdat binnen Oplossingsgerichte Therapie positieve gedragingen en opmerkingen centraal staan en daarom waren er weinig negatieve scores. Binnen de doelscores en beide invloedsscores was er een uitschieter aanwezig. Daarnaast was het eerste gesprek van dit gezin niet representatief, er vond namelijk een eidevaluatiegesprek plaats over de vorige behandeling en er was veel onrust vanwege telefonische gesprekken. Dit gezin is daarom uit de database verwijderd. De data analyses zijn dan ook uitgevoerd onder 21 participanten. Vanwege het feit dat de meerderheid van de gezinnen bestond uit eenoudergezinnen zijn alleen de scores van moeder meegenomen in de data analyses.

Resultaten

Behandeleffect

Om na te gaan of er een behandelingseffect aanwezig was is een herhaalde ANOVA uitgevoerd, met de volgende afhankelijke variabelen: T-score CBCL Totaal, Externaliserend en Internaliserend, Doelscore, Invloedsscore Kind en Invloedsscore Eigen Leven. In tabel twee is zichtbaar dat er een behandeleffect werd gevonden op de CBCL totaal score, $F(1,20) =$

11.04, $p = .003$. De voormeting score bevond zich net in het grensgebied en na behandeling in het normale gebied. Eveneens was er een significant effect op de externaliserende schaal $F(1,20) = 12.31$, $p = .002$ en de internaliserende schaal $F(1,20) = 4.6$, $p = .045$. Voormeting score van de externaliserende schaal bevindt zich net in het grensgebied en na de behandeling in het normale gebied. Voormeting score van de internaliserende schaal bevindt zich nog net in het normale gebied en is na behandeling nog verder gedaald. Daarnaast werd ook op de doelscores een behandel-effect gevonden $F(1,20) = 31.11$, $p < .001$, men ging van een onvoldoende naar een voldoende. Tot slot bleek er ook een behandel-effect aanwezig op de invloed-score Kind $F(1,20) = 59.39$, $p < .001$ en invloed-score Eigen Leven $F(1,20) = 42.08$, $p < .001$, men ging eveneens van een onvoldoende naar een voldoende.

Tabel 2

Gemiddelde Scores en Standaarddeviaties op alle Variabelen van Voor en Na de Behandeling

Variabelen	Gemiddelde score voor (SD)	Gemiddelde score na (SD)
T-score CBCL Totaal	65,9 (14,4)	60,8(14,9)*
T-score CBCL Externaliserend	65,2 (12,9)	59,8(13,1)*
T-score CBCL Internaliserend	63,3 (14,0)	60,7(13,6)*
Doelscore	4,2 (2,1)	6,2(1,4)**
Invloed-score Kind	5,0 (1,3)	7,0(1,4)**
Invloed-score Eigen Leven	5,1(1,6)	7,2(1,4)**

* $p < .05$

** $p < .001$

Relatie tussen behandel-effect en Werkrelatie.

Om te onderzoeken of werkrelatie invloed had op de verschillende behandel-effecten zijn er regressie-analyses uitgevoerd. De afhankelijke variabelen waren de verschillen van de gevonden behandel-effecten gemeten op de CBCL Totaal, Externaliserend en Internaliserend T-scores, Doelscore, Invloed-score Kind en Invloed-score Eigen Leven. De onafhankelijke variabelen waren de SOFTA-scores. Er is gebruik gemaakt van hiërarchische regressie-analyses waarbij in de eerste stap de cliëntschalen werden toegevoegd en bij de tweede stap de therapeutschalen. Dit vanwege het feit wetenschappelijke literatuur omtrent de werkrelatie aangeeft dat cliëntscores meer invloed zouden hebben op het behandel-effect dan therapeutscores. Vanwege de klein N van huidige studie werden de regressiemodellen getoetst met alfa waarden tot 0.1. Zoals zichtbaar in tabel 3 heeft werkrelatie, waarvan met name de cliënt scores, invloed op de behandel-effecten zoals gemeten op de doelscores, invloed-score Kind en invloed-score Eigen Leven. Voor de vooruitgang op het vooraf opgestelde doel bleek van belang dat de cliënt tijdens het eerste gesprek blij gaf van positieve betrokkenheid en

negatieve emotionele uitingen in de richting van de therapeut kon uiten. Het gedrag van de cliënt verklaarde 38% van de variantie van de toename op de doelscore. Voor de toename van ervaren van invloed op het kind bleek het belangrijk dat negatieve betrokkenheid gedurende het eerste gesprek afwezig was en het cliëntgedrag verklaarde 40% van de variantie. Wat betreft het verhogen van het gevoel invloed te hebben op het eigen leven was van belang dat er sprake was van positieve betrokkenheid van de cliënt en negatieve betrokkenheid juist afwezig was en dat de cliënt negatieve emotionele uitingen gericht aan de therapeuten kon tonen. De cliëntscores waren overigens alleen van belang in combinatie met de therapeut schalen en het gedrag van de cliënt en therapeuten te samen verklaarde 45% van de variantie van de toename in ervaren van invloed op het eigen leven. Op het behandel-effect gemeten op de CBCL-schalen bleek werkrelatie geen invloed te hebben.

Tabel 3

De Regressie Uitkomsten van Werkrelatie (SOFTA-scores) op de Verschillende Behandeleffecten.

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Verschilscore Doelscore			
Betrokkenheid Cliënt Positief	.392	.180	.474*
Betrokkenheid Cliënt Negatief	.962	.795	-.285
Emotionele Connectie Cliënt Positief	-.210	.269	-.160
Emotionele Connectie Cliënt Negatief	3.35	1.40	.632*
$R^2 = .38, \Delta R^2 = .38 (p .09)$			
Verschilscore Invloedscore Kind			
Betrokkenheid Cliënt Positief	.138	.125	.236
Betrokkenheid Cliënt Negatief	-1.553	-.551	-.651*
Emotionele Connectie Cliënt Positief	-.045	.187	-.49
Emotionele Connectie Cliënt Negatief	.664	.971	.177
$R^2 = .40, \Delta R^2 = .40 (p .07)$			
Verschilscore Invloedscore Eigen Leven			
Emotionele Connectie Cliënt Positief	-.093	.312	-.079
Emotionele Connectie Cliënt Negatief	3.32	1.40	.694*
Emotionele Connectie Therapeut Positief	.212	.215	.276
Betrokkenheid Therapeut Positief	-.488	.283	-.606
Betrokkenheid Therapeut Negatief	2.10	1.76	.321
Betrokkenheid Cliënt Positief	.665	.279	.893*
Betrokkenheid Cliënt negatief	-.248	.893	-.816*
$R^2 = .47, \Delta R^2 = .45 (p .07)$			

* $p < .05$

Positieve Focus

Om te onderzoeken of Positieve Focus correleert met de werkrelatiescores is een correlatieanalyse uitgevoerd tussen Positieve Focus en de positieve en negatieve score van de SOFTA *Betrokkenheid* therapeut - en cliëntschaal. Hieruit kwam naar voren dat er geen significante positieve correlatie is tussen Positieve Focus en positieve *Betrokkenheid*, voor zowel de therapeutschaal als de cliëntschaal. Eveneens bleek er geen sprake te zijn van een significante negatieve correlatie tussen Positieve Focus en negatieve *Betrokkenheid*, voor zowel de therapeutschaal als de cliëntschaal. Hieruit blijkt dat Positieve Focus geen mediator kan zijn voor werkrelatie zoals gemeten met de SOFTA.

Om te onderzoeken of Positieve Focus onafhankelijk van de SOFTA maten voor werkrelatie correleert met de behandelresultaten, gemeten op de doelscore en beide invloedsscores, is er eveneens een correlatieanalyse uitgevoerd. Hieruit bleek dat er een trend waarneembaar was die aangaf dat een verbetering in doelscores correleerde met wederzijdse Positieve Focus gedurende het eerste gesprek, $r = .444$ $n = 15$ $p = .097$.

Discussie

Uit huidig onderzoek komt naar voren dat de Gezinsdagbehandeling een positief heeft op de problematiek van multi-probleem gezinnen. Als eerste is er een afname zichtbaar in de psychische problematiek van het kind zoals gemeten met de CBCL totaal score en externaliserende en internaliserende score. Dit in tegenstelling tot de onderzoeken van Halk (2012) en Blok (2012), waarin geen behandelresultaten gevonden werden op CBCL externaliserende en internaliserende schaal. Voor zowel het algehele als externaliserende probleemgedrag betekende dit dat het eerst in het subklinische gebied viel en na de behandeling in het normale gebied. Ten tweede bleek er een toename te zijn op de score van de vooraf de opgestelde doelen. De cliënten gingen van een onvoldoende naar een voldoende. Tot slot bleek er ook een toename te zijn in de invloed die de moeders ervoeren met betrekking tot hun kind en hun eigen leven. Hierbij scoorde de cliënten ook voorafgaand aan de behandeling een onvoldoende en na behandeling een voldoende. Dit lijkt er op te wijzen dat een toename van controle bij de cliënt inderdaad een gevolg is dat Oplossingsgerichte Therapie teweeg brengt, zoals Quick & Gizzo (2007) vonden in hun studie.

Doel van dit onderzoek was ook om te ontdekken wat de werkzame factor is van de GDB. Onderzocht werd of de kwaliteit van de werkrelatie een belangrijke factor was voor het bereiken van de behandelresultaten. Hier lijken inderdaad aanwijzingen voor te zijn. De

toename op het behalen van het eigen doel correleert met de kwaliteit van de werkrelatie zoals geobserveerd bij de cliënt. Positieve betrokkenheid van de cliënt tijdens het eerste gesprek lijkt het behandelingseffect te vergroten. Dit houdt in dat het zelf formuleren van doelen en meewerken aan opdrachten van de therapeut zoals beantwoorden van 'de wondervraag' een positief effect hebben. Opvallend is dat negatieve emotionele reacties jegens de therapeuten, zoals het niet willen reageren op een vraag of het uiten van sarcastische opmerkingen, zorgen voor een toename op de doelscore. Dit is niet conform de verwachting van huidige studie en eveneens niet van de theorie rondom therapeutische werkrelatie (Green, 2009; Green, 2008). Een mogelijke verklaring is dat de negatieve uitingen van de cliënt een zuiverende werking hebben. De therapeuten gaan niet mee in deze negatieve uitingen maar behouden het contact met de cliënt, waardoor het mogelijk wordt de reden van de negatieve gevoelens te bespreken. Dit kan er voor zorgen dat de cliënt en therapeuten samen op één lijn komen te staan, hierdoor weet de cliënt wat zij van de behandeling kan verwachten en daarom goed aan haar eigen doelen kan werken.

Het feit dat de ouder een toename ervoer van invloed op het eigen kind lijkt ook gedeeltelijk verklaard door werkrelatie. In dit geval lijkt met name een negatieve betrokkenheid van de cliënt, bijvoorbeeld dat men aangeeft dat de behandeling geen nut zal hebben, een negatieve invloed te hebben op het behandelingseffect. Doordat de cliënt weinig betrokken is op de behandeling zal deze ook in mindere mate opvoedkundig adviezen van de therapeuten opvolgen, waardoor de cliënt ook niet meer invloed op het kind krijgt en/of ervaart. Het gedrag van de cliënt lijkt bepalend voor het succes van de behandeling. Mogelijkerwijs omdat de vaardigheden rondom sociale relaties en ervaringen hierin van de cliënt determinanten zijn voor het opbouwen van de werkrelatie (Green, 2009). De therapeuten moeten namelijk altijd in staat zijn, ongeacht met wie, een goede werkrelatie op te bouwen en te onderhouden.

Wat betreft het ervaren van een toename van de invloed op het eigen leven lijkt werkrelatie eveneens belangrijk. Hierbij valt op dat de voorspellende waarde van het cliëntgedrag afhankelijk is van het gedrag van de therapeuten. Het lijkt zo te zijn dat er verschil is in het gedrag van de therapeuten en dat dit verschil invloed heeft op het gedrag van de cliënt. Wanneer de cliënt positief betrokken is tijdens het eerste gesprek zorgt dit voor een toename op het ervaren van invloed en wanneer de cliënt negatief betrokken is zorgt dit juist voor het ervaren van minder of geen invloed op het eigen leven. Daarnaast is er ook hier sprake van het feit dat negatieve emotionele uitingen een positief effect hebben. Ook hier lijkt de verklaring te zijn dat dit een zuiverende werking heeft op de onderlinge band, waardoor de

cliënt openstaat voor opmerkingen van de therapeuten die er op gericht zijn haar te laten inzien dat ze invloed heeft op haar leven.

Hoewel de SOFTA maten voor de werkrelatie tijdens het eerste gesprek al ongeveer 40% van de variantie in de behandelresultaten verklaarde, is het interessant om te onderzoeken hoe de werkrelatie zich gedurende de behandeling ontwikkelt en wat de gevolgen van eventuele veranderingen zijn. Voor vervolgonderzoek is daarom aan te bevelen dat de tussenevaluatie- en eindevaluatiegesprekken eveneens gescoord wordt.

Er werd geen relatie gevonden tussen werkrelatie en de afname van psychische problematiek bij kinderen, zoals gemeten op de CBCL. Een verklaring hiervoor is wellicht dat het gevonden effect op de CBCL te klein is. Zes weken is een korte periode om probleemgedrag bij kinderen te verminderen. Het zou interessant zijn om in vervolgonderzoek de CBCL zes á acht weken na beëindiging van de behandeling nogmaals af te nemen en vervolgens te onderzoeken of er dan wel een relatie met werkrelatie ontstaat. Een ander probleem bij de CBCL afname is dat de voormeting van de CBCL wordt afgenomen voorafgaand aan de algehele intake bij Yulius. Vaak zit er veel tijd tussen deze intake en het begin op de Gezinsdagbehandeling. In de tussentijd kan het probleemgedrag van kinderen daarom ook al zijn afgenomen door andere ontwikkelingen dan de deelname aan de GDB, waardoor de werkrelatie met de therapeuten van de GDB niet van invloed is. Er wordt daarom voor vervolgonderzoek aangeraden de CBCL voormeting aan het begin van de GDB af te nemen.

In onderhavig onderzoek is ook onderzocht of geobserveerde momenten, waarin de therapeuten de nadruk legde op dingen die goed gingen en waar de cliënt vervolgens positief op reageerde, correleerde met werkrelatie zoals gemeten met de SOFTA schalen. Hiervan was geen sprake. Dit zou kunnen betekenen dat dit specifieke element van de oplossingsgerichte aanpak te weinig aan het licht komt bij de observatie schalen van de SOFTA. Echter, ook methodologische beperkingen zouden deze bevindingen kunnen verklaren, omdat Positieve Focus slechts 3 keer 3 minuten is gescoord (Halk, 2012; Blok, 2012) en de SOFTA schalen 3 keer 10 minuten. Definitieve uitspraken kunnen dus pas worden gedaan als de observatiemaat Positieve Focus in dezelfde fragmenten gescoord wordt. Daarnaast is Positieve Focus maar bij zestien gezinnen gescoord. Vervolgens is onderzocht of Positieve Focus mogelijk wel een onafhankelijke factor was die correleerde met de behandelresultaten op de doelscore en invloedsscores. Er was sprake van een trend die aangaf dat Positieve Focus correleerde met de toename op het behalen van het eigen doel. Dit zou er op kunnen wijzen dat Positieve Focus, naast werkrelatie zoals gemeten door de SOFTA schalen, een werkzame factor is van de

GDB. Om dit daadwerkelijk aan te kunnen tonen is voor vervolgonderzoek van belang dat Positieve Focus hergedefinieerd wordt en opnieuw, bij alle 21 gezinnen en in dezelfde fragmenten gescoord wordt. Wat betreft de herdefiniëring wordt aangeraden alleen positieve opmerkingen rondom juiste en gewenste gedragingen van ouders over hun functioneren als opvoeder te scoren en complimenten over kenmerken van de cliënt, zoals een verzorgd uiterlijk en nette kleding, niet te scoren.

De gevonden behandel-effecten van onderhavig onderzoek moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het aantal participanten is namelijk klein. Voor vervolgonderzoek is het van belang dat het aantal participanten toeneemt. Wel lijkt het toevoegen van vijf nieuwe gezinnen aan het bestaande databestand, afkomstig uit het onderzoek van Halk (2012) en Blok (2012), er voor te hebben gezorgd dat er nu wel een effect op de CBCL scores meetbaar was. Daarnaast zijn er geen demografische gegevens van deze participanten bekend. Voor vervolgonderzoek is dan ook van belang dat deze gegevens wel worden verzameld, want alleen dan kan de vraag worden beantwoord bij wie de behandeling het beste werkt. Verder ontbreekt in onderhavige studie een controlegroep. Hierdoor kan niet geconcludeerd worden of de verandering daadwerkelijk ontstaan is door de behandeling of simpelweg door het spontaan verminderen van de problemen over de tijd heen. Voor vervolgonderzoek is het gebruiken van (wachlijst)controlegroep van groot belang. Alleen dan kan er aangetoond worden dat de veranderingen daadwerkelijk ontstaan door de behandeling en kan de effect size worden berekend. Eveneens kan dan een completer mediatie onderzoek plaats vinden, zodat aantoonbaar is dat de kwaliteit van de werkrelatie de behandel-effecten daadwerkelijk verklaart. Tot slot zijn de doelscores en beide invloedsscores op retrospectieve wijze verzameld, wat de betrouwbaarheid niet ten goede komt. Ondanks de hoge correlatie tussen de retrospectieve en werkelijke score van de doelscores is het methodologisch zuiverder om aanvangsscores werkelijk bij aanvang te meten. Het is voor vervolgonderzoek dan ook van groot belang dat de dataverzameling van de cliënten van de GDB beter georganiseerd en verzameld wordt, zodat de gegevens op de juiste plek terecht komen en niet kwijtraken. Dit is de eerste en belangrijkste stap om er voor te zorgen dat de kwaliteit van vervolgonderzoeken van Yulius naar het effect van de GDB verbetert. In huidig onderzoek zijn alle uitkomstmaten alleen afkomstig van moeder, daarom wordt voor vervolgonderzoek een zogenaamde ‘multi-informant’ en ‘multi-measure’ benadering aangeraden. Zo kan de mening van de leerkracht meegenomen worden doormiddel van de Teacher's Report Form (TRF) van de ASEBA-lijsten van Achenbach. Ook observaties in de school- en thuissituatie leveren meer gedetailleerde en betrouwbare informatie op over het functioneren van het kind. Verder kan het interessant zijn

om een vragenlijst af te nemen die het gezinsfunctioneren meet of door de verschillende betrokkenen hierover vragen te stellen. Het is daarbij ook interessant om te onderzoeken in hoeverre de kinderen een verbetering binnen het gezinsfunctioneren waarnemen en of zij na de behandeling meer invloed op hun leven ervaren. Aan de hand van dit laatste kan onderzocht worden of het ervaren van meer invloed op hun leven er daadwerkelijk voor zorgt dat de internaliserende problematiek bij de kinderen afneemt. Ook kan onderzocht worden of ouders daadwerkelijk in staat zijn om het externaliserende probleemgedrag van hun kind te doen afnemen door betere reacties, grotere betrokkenheid en/of een warmer gezinsklimaat. Tot slot is het van belang om te onderzoeken of de gevonden effecten standhouden. Een jaar na beëindiging van de behandeling zou de data van de verschillende uitkomsten bij de gezinnen nogmaals verzameld moeten worden. Dit kan echter alleen gedaan worden bij de nieuwe gezinnen, omdat in de huidige database gezinnen zijn opgenomen waarvan de behandeling al in 2005 of 2008 beëindigd is.

Zoals Courier in de 18e eeuw al zei is het publiceren van gedachten, theorieën en uitkomsten altijd van nut. Dit geldt ook voor onderhavig onderzoek. Er lijkt sprake van positieve behandelresultaten en de SOFTA lijkt goed toepasbaar op de werkwijze van de GDB. Echter vervolgonderzoek is zeker nodig om te onderzoeken of werkrelatie daadwerkelijk de werkzame factor is en of de behandelresultaten echt ontstaan door de behandeling en in hoeverre deze effecten standhouden. Aangezien het van maatschappelijk en individueel belang is dat multi-probleemgezinnen effectief geholpen worden wordt nader onderzoek naar de effectiviteit van deze GDB sterk aangeraden.

Referenties

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative Guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2011). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for Ages 1.5 to 18 years. In Mark E. Maruish, *The use of Psychological testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. (pp. 179-214). Taylor & Francis e-Library
- 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.
- Bartelink, C. (2013). Wat werkt: Oplossingsgerichte therapie? www.nji.nl. 1-13.

- Beck, A. T. (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Blok, M. (2012). Positieve focus: Een werkzame factor? De invloed van de focus van behandelaars binnen een oplossingsgerichte gezinsbehandeling voor multi-probleemgezinnen, Universiteit Utrecht Master scriptie Kinder- en Jeugdpsychologie.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252–260.
- Brom, S. van den (2009). Welke elementen zijn van belang binnen een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen?, Universiteit Utrecht Master scriptie Kinder- en Jeugdpsychologie.
- Casparie, A.F. (1993). *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Cauffman, L. (2003). *Oplossingsgericht Management: Simpel werkt het best*. Utrecht: Lemma.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York, NY: W W Norton & Company.
- Elvins, R. & Green, J. (2008) The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167–1187.
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.F., González Castro, F., Gottfredson, D., Kellam, S., Mościcki, E.K., Schinke, S., Valentine, C.J., and Ji, P. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 1-25. DOI: 10.1007/s11121-005-5553-y
- Friedlander, M., L., Escudero, V. & Heatherington, L. (2006) *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. APA-Books: Washington
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. S., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 214–225.
- Goderie, M. & Steketee, M. (2005). *Gezinnen in onbalans. Onderzoek naar het bereiken van gezinnen in probleemsituaties*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Green, J. (2009). The therapeutic alliance. *Child: care, health and development*, 35, 298–301.
- Green, J., Jacobs, B.W., Beecham, J., Dunn, G., Kroll, L., Tobias, C. & Briskman, J. (2007) Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1259–1267.
- Halk, M. (2012). Oplossingsgericht werken met multiprobleem gezinnen: de rol van de positieve focus, Universiteit Utrecht Master scriptie Kinder- en Jeugdpsychologie.
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance: a conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 67–85.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. & Pilkonis, P. A. (1996) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings

- in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532–539.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450
- Oppenoorth, W.H. (2013). Analyse van effectmetingen op de afdeling Gezinsdagbehandeling van 2005 tot 2013. *Interne Publicatie*.
- Priebe, S. & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 69–72.
- 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.
- Shirk, S.R. & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.
- Steketee, M. & Vandenbroucke, M. (2010). Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam. Een studie in het kader van Klein maar Fijn - CEPHIR. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- 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.
- Verhulst, F.C., Koot, J.M., Akkerhuis, G.W., & Veerman, J.W. (1990). Praktische Handleiding voor de CBCL (Child Behavior Checklist). Assen: Van Gorcum.

Bijlage 1: Aanpassingen SOFTA schalen

Aanpassingen op de schaal *Engagement in the Therapeutic process- Client item descriptors*

Client introduces a problem for discussion

Wanneer een cliënt zelf een doel in brengt wordt dit ook onder deze categorie gescoord. Eveneens als de cliënt aangeeft hoe zijn/haar leven eruit zal zien wanneer de situatie veranderd is.

Client express optimism or indicates that a positive change has taken place

Dit wordt ook gescoord wanneer de cliënt positieve uitzonderingen noemt, wanneer de therapeuten hiernaar vragen. Deze antwoorden moeten gepaard gaan met een minimale non-verbale positieve psychomotoriek. Zoals meer rechtop gaan zitten en een blijer gezichtuitdrukking.

Client complies with therapist's requests for enactments

Antwoorden op schaalvragen en wondervragen worden onder deze categorie gescoord.

Client shows indifference about the tasks or process of therapy

Als de die cliënt moeite heeft met antwoorden op schaalvragen en wondervragen wordt deze categorie ook gescoord.

Aanpassingen op de schaal *Emotional Connection to the Therapist - Client item descriptors*

Client shares a lighthearted moment or joke with the therapist

Het hoeft niet zo te zijn dat beide therapeuten lachen om een grapje. Als de therapeut die het grapje maakt en de cliënt(en) allen lachen wordt deze categorie ook gescoord.

Client indicates feeling understood or accepted by the therapist

Hieronder vallen ook verbale instemming, echter dit moet wel meer zijn dan back channel.

Aanpassingen op de schaal *Therapist's Contributions to Engagement in the Therapeutic process- Therapist item descriptors*

Therapist encourages client(s) to articulate their goals for therapy

Het stellen van wondervragen, schaalvragen en het uitvragen van uitzonderingen vallen allen ook onder deze categorie.