

Universiteit Utrecht  
Master Kinder- en Jeugdpsychologie

THESIS

Werkt de Werkrelatie? De Invloed van Werkrelatie op de Behandelingsuitkomsten van  
Multi-Probleem Gezinnen bij een Oplossingsgerichte Gezinsdagbehandeling

Monique Kali

3519651

Juni 2013

Intern begeleidster: Yolanda van Beek

Extern begeleider: Walter Oppenoorth

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van Yulius

Voorwoord

Hoewel een voorwoord voor mij voelt als een soort Oscar-speech, wil ik toch deze centimeters benutten om een aantal mensen te bedanken die mij tijdens mijn thesisonderzoek hebben begeleid en ondersteund.

Als mijn begeleider vanuit Yulius kan ik natuurlijk niet anders dan Walter Oppenoorth bedanken, die tijdens de loop van dit onderzoek met veel enthousiasme voor zijn vakgebied graag van gedachten kwam wisselen. Als mijn begeleidster vanuit de Universiteit Utrecht wil ik ook graag Yolanda van Beek bedanken voor haar ondersteuning, vertrouwen en kennis over gedegen onderzoek. Daarnaast wil ik uiteraard ook de collega's op de gezinsdagbehandeling bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek.

Liesbeth, mijn co-kapitein in deze roeiboet. Hoewel wij het met name in het begin niet altijd even makkelijk hebben gehad, ben ik trots op waar wij zijn gekomen.

En hoe cliché het ook is, wil ik tot slot bovenal heel graag mijn ouders, mijn zus, mijn oma en mijn vrienden bedanken, die als geen ander de afgelopen tien maanden – en ook lang hiervoor – alles hebben gedaan om mij te steunen. Bedankt.

### Samenvatting

Het inzichtelijk maken van de werkzaamheid en werkzame bestanddelen van een behandeling krijgt steeds meer prioriteit. Onderzoek toont aan dat de therapeutische werkrelatie een belangrijk bestanddeel vormt binnen verscheidene behandelingsvormen. Het huidige onderzoek onderzocht de effectiviteit van een oplossingsgerichte gezinsdagbehandeling voor multi-probleem gezinnen en de rol van werkrelatie hierin. Tweeëntwintig gezinnen en hun behandelaren werden geobserveerd en gescoord op werkrelatie. De resultaten tonen dat de gezinsdagbehandeling effectief is in het verminderen van problematiek, het behalen van door de cliënt opgestelde doelen en het vergroten van de invloed die mensen ervaren op hun eigen leven en hun kind. De geobserveerde werkrelatie bij de cliënt toont zich een voorspeller van behandelings succes ten aanzien van doel- en invloedsscores. De door de cliënt zelf gerapporteerde werkrelatie lijkt geen voorspeller hiervoor te zijn, maar versterkt wel het effect van de geobserveerde werkrelatie op de behandelingsuitkomsten op invloedsscores. Verder onderzoek met aangescherpte methodieken, meer uitkomstmaten en meerdere informanten wordt geadviseerd om het effect van de gezinsdagbehandeling en de werkrelatie uit te diepen.

*Trefwoorden:* Werkrelatie, multi-probleem gezinnen, oplossingsgericht werken

### Abstract

Identifying the effectiveness and effective components of psychological treatments is gaining in priority. Research has shown the therapeutic alliance to be an important component of many different treatments. The current study investigated the effectiveness of a solution-focused family day treatment (FDT) for multi-problem families and the importance of working alliance in treatment results. Twenty-two families and their therapists were observed and scored on working alliance. Results show that the FDT is effective in reducing problem behavior in children, aiding clients in attaining their goals for therapy and increasing the clients' sense of efficacy. The observed working alliance predicts treatment success in regard to the goal attainment and sense of efficacy. Client-reported working alliance doesn't seem to predict treatment success, but does strengthen the effect of observed working alliance on treatment success in clients' sense of efficacy on their own lives. Follow-up research with improved methodology is advised to further explore the effects of the FDT and working alliance.

*Key words:* Working alliance, multi-problem families, solution-focused therapy

### Werkt de Werkrelatie? De Invloed van Werkrelatie op de Behandelingsuitkomsten van Multi-Probleem Gezinnen bij een Oplossingsgerichte Gezinsdagbehandeling

‘Alle gelukkige gezinnen lijken op elkaar, elk ongelukkig gezin is ongelukkig op zijn eigen wijze’, aldus Lev Tolstoj. Voor zogenoemde multi-probleem gezinnen gaat dit zeker op. Hoewel zij verschillen in de specifieke problematiek die bij hen speelt, worden alle multi-probleem gezinnen gekenmerkt door meervoudige complexe problematiek waardoor problemen ontstaan bij de opvoeding (van Lokven, 2002). Bij GGZ-instelling Yulius wordt getracht de problematiek bij deze gezinnen te verminderen middels deelname aan de Gezinsdagbehandeling, waar wordt gewerkt volgens de oplossingsgerichte methode. Met het oog op het belang dat in de huidige gezondheidszorg wordt gehecht aan bewezen effectieve behandelmethodieken, richt huidig onderzoek zich op de vraag of er na deelname aan de Gezinsdagbehandeling sprake is van een afname in de problematiek bij multi-probleem gezinnen (IOM, 2001; Casparie, 1993). Tevens wordt onderzocht of de werkrelatie, volgens vele onderzoeken een belangrijke bepalende factor in behandelings succes, correleert met de behandeluitkomsten (Elvins & Green, 2008; Kramer, Roten, Beretta, Michel & Despland, 2008; Watson & McMullen, 2005).

Multi-probleem gezinnen worden gekenmerkt door verschillende eigenschappen. Zo zijn er vaak problemen met het voeren van de huishouding, waarbij sprake kan zijn van onder andere financiële problemen, een gebrek aan regelmaat binnen het gezin, gebrekkig wooncomfort en onvoldoende hygiëne. Ook is er vaak sprake van een verstoring in de opvoeding, waarbij er sprake kan zijn van verwaarlozing, mishandeling of onmacht bij de opvoeders ten aanzien van hun kinderen en is er regelmatig sprake van een verminderde maatschappelijke positie van het gezin, vaak gekenmerkt door werkloosheid en armoede. Tot slot zijn er dikwijls problemen in de relatie met (ex-)partners zoals onderlinge spanningen, (echt)scheidingen en loyaliteitsconflicten bij de kinderen en is het welzijn of de individuele ontwikkeling van de gezinsleden vaak verstoord (Baartman & Dijkstra, 1987). Hoewel de aanwezigheid, samenstelling en ernst van deze kenmerken kan verschillen, zou de verwevenheid tussen de aanwezige problemen de grootste rol spelen (Zinko, Meijer & Oppenoorth, 1991). Ook de multi-probleem gezinnen zelf worden gekenmerkt door verwevenheid. Zo zijn de gezinsleden sterk met elkaar verbonden, maar worden deze relaties gekenmerkt door negativiteit. Er is sprake van een cyclus van crises, waarbij een patroon van oplopende spanningen, escalatie, ontlading en verzoening zich blijft herhalen (Baartman & Dijkstra, 1987). Door de problemen binnen multi-probleem gezinnen, wordt de ontwikkeling

van de kinderen in gevaar gebracht. Zo is er binnen multi-probleem gezinnen vaak sprake van parentificatie, waardoor kinderen de rol en verantwoordelijkheden van de ouder op zich nemen en ontwikkelingsmogelijkheden die bij hun leeftijd passen missen (Meijer, Oppenoorth & Zinko, 1991). Kinderen uit multi-probleem gezinnen hebben niet enkel een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen, maar ook op antisociaal gedrag, problemen op school zoals spijbelen en voortijdig schoolverlaten, overmatig substantiegebruik, crimineel gedrag en een gevoel van gebrek aan controle (Steketee & Vandenbroucke, 2010; Goderie & Steketee, 2005). Naast het feit dat de kinderen in multi-probleem gezinnen een verhoogd risico op dergelijke problemen hebben, worden de problemen en negatieve leefpatronen van multi-probleem gezinnen vaak van generatie op generatie doorgegeven (Baartman & Dijkstra, 1987). Het vinden van een effectieve methode om multi-probleem gezinnen hulp te bieden is dan ook voor zowel deze gezinnen zelf, als voor de maatschappij van groot belang.

Het behandelen van multi-probleem gezinnen is complex door hun onderlinge verwevenheid, de omvang van hun problemen, het gebrek aan draagkracht dat zij ervaren en door hun moeite met het accepteren van hulp van buitenaf. Binnen Yulius is jarenlange ervaring aanwezig met het behandelen van deze gezinnen door middel van oplossingsgericht werken. Oplossingsgericht werken stelt dat de focus niet op de problemen en hun ontstaansgeschiedenis moet worden gelegd, maar op mogelijke oplossingen voor de problemen (De Shazer, 1985). Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de cliënt de eigen situatie het beste kent en zodoende een grote bijdrage kan leveren in het vinden van een oplossing. Zo stellen gezinnen met behulp van de behandelaren zelf de doelen op voor hun behandeling. Bij de behandeling wordt de nadruk gelegd op het nastreven van deze doelen en het vergroten van het gevoel van invloed en controle bij de gezinnen. Door het vergroten van invloed en controle dat ontstaat bij de cliënt, zou deze in staat zijn in korte tijd veranderingen door te voeren en specifieke problemen op te lossen binnen het gezin (Bakker & Bunnink, 2008; Quick & Gizzo, 2007). Hoewel oplossingsgerichte therapie een effectieve behandelmethode lijkt te zijn, is het nog niet duidelijk hoe, waarom en bij welke problemen en personen dit zo is (Bartelink, 2013). Verder onderzoek hiernaar is dan ook cruciaal.

Bij de oplossingsgerichte gezinsdagbehandeling van Yulius nemen 3-5 gezinnen zes weken lang drie dagen per week deel aan een groepsgewijze behandeling door twee behandelaren in een huiskamersetting. Binnen deze setting ligt de focus op positieve factoren binnen het gezin, het nastreven van specifieke doelen, positieve vorderingen in de behandeling en het maken van gezamenlijke taken. Naast de reguliere behandeldagen vinden er tevens drie “bespreekmomenten” plaats die evenredig verdeeld zijn over de

behandelperiode. Bij de eerste bespreking leren de behandelaren en het betreffende gezin elkaar beter kennen, bespreken ze wat de bedoeling is van de gezinsdagbehandeling en stellen ze de doelen op waaraan gewerkt gaat worden gedurende de behandeling. Iedere (behandel)dag werken de gezinsleden samen met de behandelaren aan deze door de gezinsleden zelf opgestelde doelen. De vorderingen hierin binnen zowel de huiskamersetting als bij de cliënten thuis worden geëvalueerd door de behandelaren, een psychiater en de gezinsleden zelf tijdens de tussentijdse bespreking, waarbij het behandelplan waar nodig wordt aangepast. Aan het eind van de behandeling vindt de laatste bespreking plaats en wordt gekeken naar de geboekte vooruitgang en eventuele verdere ondersteuning. Ten aanzien van de behandelingsuitkomsten staan de afname van het probleemgedrag van de kinderen, het behalen van de opgestelde doelen en een toename in het gevoel van invloed van de ouders op hun kinderen en hun eigen leven centraal.

De effectiviteit van de gezinsdagbehandeling ten aanzien van deze behandelingsdoelen wordt in het huidige onderzoek gemeten aan de hand van de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991), doelscores en invloedsscores van 22 gezinnen door middel van een pre-post design. Door middel van de CBCL geven ouders aan in welke mate internaliserende en externaliserende problematiek aanwezig is bij hun kinderen. Tevens geven zij een indicatie van de totale problematiek die aanwezig is bij hun kinderen. Ondanks dat de CBCL een vrij globaal beeld geeft van de problematiek die speelt bij deze kinderen, vond een eerdere masterthesis studente een positief behandelingseffect ten aanzien van externaliserende problematiek als gemeten door de CBCL (Halk, 2012). Aanvullend stellen ouders voorafgaand aan de behandeling doelen hiervoor op en geven zij aan hoe zij hier voor en na de behandeling op scoren op een schaal van 0-10. Bij invloedsscores kennen ouders zichzelf een score toe op een schaal van 0-10 ten aanzien van de mate waarin zij voor en na de behandeling invloed menen te hebben op hun kinderen en hun eigen leven. De verwachting van huidig onderzoek is dat er na afloop van de behandeling sprake is van een afname in de CBCL-scores en een toename in de doel- en invloedsscores.

Niet alleen is het belangrijk om te weten of een behandeling effectief is, maar ook het bepalen van de werkzame factoren van de behandeling zijn cruciaal, zodat deze meer kunnen worden ingezet en de behandeling zelf inzichtelijker wordt (Casparie, 1993). Werkrelatie, de onderlinge relatie tussen therapeut en cliënt, zou een belangrijke rol spelen bij het behalen van een positief behandelresultaat bij verschillende vormen van therapie (Priebe & McCabe, 2008; Wampold, 2001; Krupnick et al., 1996). De belangrijkste drie onderdelen van de werkrelatie zijn volgens Bordin (1979) de overeenstemming over doelen, overeenstemming

over de uit te voeren taken en de onderlinge binding tussen de therapeut en de cliënt. Aan de hand van deze theorie en verder onderzoek ontwikkelde Hougard (1994) een model voor werkrelatie dat bestaat uit een persoons-georiënteerd aspect en taak-georiënteerd aspect. Bij het persoons-georiënteerde aspect ligt de focus op de interpersoonlijke relatie tussen de therapeut en de cliënt, waarbij de betrokkenheid, betrouwbaarheid en de vriendelijkheid van de therapeut een grote rol spelen. Het taak-georiënteerde aspect richt zich daarentegen meer op de te bereiken doelen binnen de behandeling. Hierbij is het belangrijk dat de therapeut en cliënt beiden de doelen helder hebben en hier achter staan.

Hoewel werkrelatie op verschillende manieren gemeten zou kunnen worden, leveren observaties de meest objectieve informatie (Elvins & Green, 2008). Door eerdere masterthesis studenten bij de gezinsdagbehandeling zijn verschillende zelfontworpen observatiematen gebruikt om specifieke kenmerken van werkrelatie te definiëren en te bepalen of deze verantwoordelijk zijn voor de effectiviteit van de behandeling (Blok, 2012; Halk, 2012; van den Brom, 2009; Snel, 2008). Geen van deze onderzoeken vond een significant effect tussen het gekozen facet van werkrelatie en de behandelingsuitkomsten. De afwezigheid van een significant effect werd mogelijk veroorzaakt door de kleine groep participanten, een gebrek aan diversiteit in uitkomstmaten, onvoldoende operationalisatie van het gekozen facet van werkrelatie, de keuze voor slechts een beperkt deel van de werkrelatie en het gebruiken van een zelfontwikkeld, en daarmee ongevalideerd, onderzoeksinstrument.

Om de laatstgenoemde punten te vermijden, wordt in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van de System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA; Friedlander et al., 2006), een beter onderzochte en gevalideerde observatiemaat voor werkrelatie die gebaseerd is op de werkrelatietheorie van Bordin (1979) en zich richt op zowel de therapeut als de cliënt. De SOFTA kent vier verschillende schalen, namelijk “Betrokkenheid bij het Therapeutisch Proces”, “Emotionele Connectie”, “Veiligheid Binnen de Therapeutische Situatie” en “Gedeelde Doelen”. Binnen het huidige onderzoek is om verschillende redenen alleen gebruik gemaakt van de schalen “Betrokkenheid bij het Therapeutisch Proces” en “Emotionele Connectie”. Doordat de schalen “Veiligheid Binnen de Therapeutische Situatie” en “Gedeelde Doelen” zich voornamelijk richten op respectievelijk de openheid binnen het gezin in de therapeutische relatie en de overeenstemming binnen het gezin over het doel van de behandeling, waren deze minder goed toepasbaar op de voornamelijk één-oudergezinnen die de gezinsdagbehandeling volgden en sloten deze minder goed aan bij de eerder genoemde modellen en de behandeling. Om deze reden zijn zij niet meegenomen in het huidige onderzoek. Van de schalen die wel zijn meegenomen richt “Betrokkenheid bij het

Therapeutisch Proces” richt zich op de mate waarin de therapeut de cliënt betreft bij het therapeutisch proces en stimuleert om doelen te formuleren, evenals de mate waarin de cliënt zich hier door de therapeut bij betrokken voelt, het gevoel heeft met de therapeut samen te werken en de behandeling zelf als waardevol ziet. “Emotionele Connectie” meet in welke mate de therapeut de situatie van de cliënt begrijpt en met deze meeleeft en in hoeverre de cliënt affiniteit heeft met de therapeut en deze vertrouwt. Deze gebruikte schalen van de SOFTA liggen binnen de lijn van de werkrelatiemodellen van Bordin (1979) en Hougaard (1994) en sluiten goed aan bij het oplossingsgericht werken en de gezinsdagbehandeling, die zich ook richten op het gezamenlijk bereiken van doelen.

In huidig onderzoek worden de eerste besprekingen van 22 gezinnen bij de gezinsdagbehandeling aan de hand van deze schalen van de SOFTA gescoord om de werkrelatie te bepalen. Deze eerste besprekingen zijn gekozen omdat in deze gesprekken de basis wordt gelegd voor de werkrelatie en hier de doelen voor de behandeling worden opgesteld. Daarnaast is in onderzoek gevonden dat metingen van de werkrelatie aan het begin van de behandeling een betere voorspeller zijn voor behandelingsuitkomsten dan metingen op een later punt in de behandeling (Horvath, 1994, 2001; Horvath & Symonds, 1991). De verwachting van huidig onderzoek is dat de scores op de SOFTA correleren met het behandelingseffect, gemeten door CBCL-, doel- en invloedsscores, waarbij bij een betere werkrelatie een positiever behandelingseffect wordt gevonden.

Een andere maat om de werkrelatie te meten is de Session Rating Scale (SRS; Duncan et al, 2003), een op de theorie van Bordin (1979) gebaseerde gevalideerde zelfrapportage vragenlijst die aan de hand van vier vragen meet hoe de cliënt de werkrelatie ervaart op een schaal van 0-10. Hoewel cliëntscores zoals die worden gescoord bij de SRS meer gaan om persoonlijke perceptie en dus subjectiever zijn, vormen cliëntscores van de werkrelatie zoals gemeten met de SRS sterke voorspellers voor de behandelingsuitkomsten (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath & Symonds, 1991). Bij het huidige onderzoek worden de SRS-scores van 12 gezinnen over hoe zij de werkrelatie ervaren bij de eerste besprekingen afgezet tegen de objectieve SOFTA-observatiescores van de werkrelatie op ditzelfde moment. Omdat de SRS en de SOFTA beiden gebaseerd zijn op de werkrelatietheorie van Bordin (1979) en geacht worden op een andere wijze dezelfde domeinen van de werkrelatie te meten, is bij huidig onderzoek de verwachting dat deze meetinstrumenten positief met elkaar correleren. Hoewel de geobserveerde en ervaren werkrelatie in principe gelijk zouden moeten zijn, bestaat de mogelijkheid van een discrepantie hierin. Zo zou het mogelijk kunnen zijn dat multi-probleem gezinnen een objectief gezien goede werkrelatie niet als dusdanig herkennen



door hun moeite met hulpverlening en het opbouwen van relaties (Steketee & Vandenbroucke, 2010; Meijer, Oppenoorth & Zinko, 1991; Baartman & Dijkstra, 1987). Als zodoende bestaat de mogelijkheid dat de door de cliënt ervaren werkrelatie de invloed van de geobserveerde werkrelatie modereert. Indien er geen positieve correlatie wordt gevonden tussen de werkrelatie-uitkomsten gemeten door de SRS en de SOFTA, is de verwachting dat de door de cliënt ervaren werkrelatie, gemeten middels de SRS, de invloed van de objectieve werkrelatie, gemeten door de SOFTA, op de behandelingsuitkomsten gemeten door CBCL-, doel- en invloedsscores beïnvloedt. Hierbij zorgt een hogere cliëntgerapporteerde werkrelatie voor een groter positief effect van de objectieve werkrelatie op de behandelingsuitkomsten.

Samenvattend worden in het huidige onderzoek vier onderzoeksvragen onderzocht. Als eerste wordt onderzocht of er sprake is van een behandelingseffect van een behandeling op de oplossingsgerichte gezinsdagbehandeling. De verwachting van huidig onderzoek is dat er na afloop van de behandeling sprake is van een afname in de CBCL-scores en een toename in de doel- en invloedsscores. Als tweede is de vraag of er sprake is van een correlatie tussen de SOFTA-scores op werkrelatie en het behandelingseffect van de gezinsdagbehandeling. De hypothese is dat de beide schalen van de SOFTA bij zowel de cliënt als de therapeut correleren met het behandelingseffect, gemeten door CBCL-, doel- en invloedsscores, waarbij bij een betere werkrelatie een positiever behandelingseffect wordt gevonden. Tevens wordt de onderzoeksvraag of er sprake is van een correlatie tussen de cliëntgerapporteerde werkrelatie en de geobserveerde werkrelatie onderzocht. De verwachting is dat deze positief met elkaar correleren. Mocht er geen sprake zijn van een positieve correlatie tussen cliëntgerapporteerde werkrelatie en de geobserveerde werkrelatie, dan wordt tot slot de onderzoeksvraag of de door cliëntgerapporteerde werkrelatie de invloed van de geobserveerde werkrelatie op de behandelingseffecten modereert onderzocht. Hierbij is de verwachting dat de door cliëntgerapporteerde werkrelatie de invloed van de geobserveerde werkrelatie op de behandelingsuitkomsten, gemeten door CBCL-, doel- en invloedsscores, beïnvloedt. Hierbij zorgt een hogere cliëntgerapporteerde werkrelatie voor een groter positief effect van de geobserveerde werkrelatie op de behandelingsuitkomsten.

## **Methoden**

### **Participanten**

De participanten waren 22 multi-probleem gezinnen die in de periode 2005-2012 zes weken lang zijn behandeld op de gezinsdagbehandeling van Yulius. Onder de 22 gezinnen

waren 16 eenoudergezinnen en bij elk van deze gezinnen was de moeder het hoofd van het gezin. Alle betrokken ouders hebben schriftelijk toestemming verleend voor deelname van hun gezin aan het onderzoek. Bij alle meetinstrumenten waren de moeders de informanten.

## **Meetinstrumenten**

### *Uitkomstmaten*

Voor en na de behandeling vulden de 22 ouders de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) in, een vragenlijst waarop ouders bij 113 items op een 3-puntsschaal (0 = Niet zover u weet, 2 = Duidelijk of vaak) aangeven in welke mate hun kind internaliserend, externaliserend en totaal probleemgedrag vertoont. Er is gebruik gemaakt van de CBCL voor kinderen van 1,5-5 jaar ( $\alpha = .85$ ; Achenbach & Rescorla, 2011) en de CBCL voor kinderen van 6-18 jaar (totaal probleemgedrag  $\alpha = .97$ , internaliserend en externaliserend probleemgedrag  $\alpha = .92$ ; Achenbach et al., 2008). De CBCL-en zijn in ieder gezin ingevuld over het kind dat de meeste problematiek vertoonde. Verder kenden ouders zichzelf retrospectief scores toe op een schaal van 0-10 over hoe hoog zij voor en na de behandeling scoorden ten aanzien van de voor de behandeling opgestelde doelen en ten aanzien van de mate van invloed die zij ervoeren op hun kinderen en de mate van invloed die zij ervoeren op hun eigen leven (voorbeelddoel: “Moeder wil haar zoon leren luisteren”; voorbeeld invloed: “Hoeveel invloed had u op uw kinderen/leven voor u aan de gezinsdagbehandeling deelnam en hoeveel invloed heeft u nu op uw kinderen/leven na uw deelname aan de gezinsdagbehandeling?”). Er is gebruik gemaakt van de retrospectieve scores voor de aanvangsscores omdat deze data het meest compleet waren. Daarbij tonen een correlatie- en een t-test ten aanzien van de N scores die zowel voor de behandeling, als retrospectief bekend zijn, dat er wel een significante correlatie  $r(15) = .485$ ,  $p = .049$  en geen significant verschil is tussen deze scores,  $t(16) = -1.41$ ,  $p = .18$ .

### *Maten voor de werkrelatie*

Ten tijde van de eerste bespreking met de behandelaren vulden 12 ouders de Session Rating Scale (SRS; Duncan et al, 2003;  $\alpha = .88$ ) in, een werkrelatievragenlijst waarop ouders middels 4 items aangaven hoe goed zij de werkrelatie ervoeren door een streep te zetten op een lijn, waarbij het aantal centimeters indicatief was voor de score die zij gaven (Items: Ik voel me wel/niet gehoord, begrepen en gerespecteerd; We hebben wel/niet gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten; De manier waarop de

behandelaar mijn problemen aanpakt sluit goed/niet bij mij aan; Er miste iets/niets in het behandelcontact vandaag).

De gehele eerste besprekingen van de cliënten met de behandelaren werden opgenomen door middel van camera's. Deze beelden werden geobserveerd en gescoord met behulp van het System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA; Friedlander et al., 2006) om de objectieve werkrelatie bij zowel de therapeut als de cliënt waar te nemen. De opnamen werden gescoord op twee schalen van de SOFTA: "Betrokkenheid bij het Therapeutisch Proces" ( $\alpha = .89$ ; voorbeelditem therapeut: "Therapeut moedigt cliënt aan hun doelen voor de therapie te formuleren"; voorbeelditem cliënt: "Cliënt introduceert een probleem") en "Emotionele Connectie" ( $\alpha = .88$ ; voorbeelditem therapeut: "Therapeut uit zijn gevoelens over de cliënt of zijn/haar situatie"; voorbeelditem cliënt: "Cliënt deelt een grapje met de therapeut"). Om de SOFTA meer toe te spitsen op het huidige onderzoek zijn enkele aanpassingen gedaan. Zo is niet de hele bespreking gescoord en is de officiële samenvattende scoring van de SOFTA, welke loopt van -3 tot +3 per schaal, niet gebruikt, maar zijn de ruwe scores gebruikt. Dit is gedaan om de volledige spreiding in de scores in stand te houden. Er is 3x 10 minuten gescoord (met uitzondering van één opname, waar net iets minder dan 20 minuten beschikbaar waren), en deze scores zijn uitgedrukt als de frequentie per tien minuten. Ook werden enkele specifieke elementen van het oplossingsgericht werken (onder andere het uitvragen van doelen en het stellen van schaalvragen, waarbij ouders zichzelf moeten scoren van 1-10 op een doel) in overleg met één van de makers van de SOFTA ondergebracht in de reeds bestaande categorieën van de gebruikte SOFTA-schalen. Tevens zijn de positieve en negatieve gebeurtenissen op één schaal niet samengevoegd tot één score, maar zijn hiervoor aparte schalen gemaakt. Om de vergaarde data te analyseren is gebruik gemaakt van het Statistical Package for the Social Sciences 19.0 (SPSS).

## **Procedure**

Voor de eerste bespreking vulden ouders de CBCL-vragenlijsten in. Direct na afloop van deze eerste bespreking vulden ouders de SRS in om aan te geven hoe zij op dat moment de werkrelatie ervoeren. De gezinnen kenden zichzelf na afloop van de behandeling doel- en invloedsscores toe over hun positie hierin voor en na de behandeling. De eerste bespreking zelf werd middels twee camera's opgenomen om duidelijke beelden te krijgen van zowel de ouders als de behandelaren. Van deze opnames werden uiteindelijk drie keer tien minuten gescoord middels de eerdergenoemde schalen van de SOFTA door twee getrainde observatoren (voor interbeoordelaarsbetrouwbaarheden, zie Tabel 1). Deze drie keer tien

minuten waren evenredig verdeeld over de gehele opnameduur. Er werd begonnen met de eerste tien minuten van de observatie zodra het gesprek ging over de problematiek en/of behandeling. De tweede tien minuten werden gescoord vanaf vijf minuten voor tot vijf minuten na het middelpunt van het gesprek. De laatste tien minuten die werden gescoord eindigden vijf minuten voor het einde van het gesprek. Bij onverwachte belemmering van het beeld of problemen met het geluid bij de opnamen werd de observatie gestaakt tot het moment dat deze problemen over waren, waarna de observatie werd voortgezet. De frequentiescore van de gezinnen op de SOFTA-schalen per tien minuten is gebruikt bij de data-analyse. Bij de analyse werd één outlier verwijderd, omdat dit gezin zichzelf extreme scores had toegekend ten aanzien van de doel- en invloedsscores, waarbij zij onder andere van een één voor aanvang van de behandeling naar een tien na afloop van de behandeling ging op de doelscore. Tevens bleek de eerste bespreking van het gezin een combinatie te zijn van een eindevaluatie van een eerdere behandeling en het eerste gesprek van deze behandeling. Om deze redenen waren er twijfels over de representativiteit van dit gezin en is ervoor gekozen dit gezin buiten de analyse te laten, waardoor de uiteindelijke analyse werd gedaan over 21 gezinnen.

Tabel 1

*Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij samengevoegde positieve- en negatieve scores per SOFTA-schaal*

SOFTA-schalen	Correlatie $r$
Betrokkenheid Therapeut	.90**
Betrokkenheid Cliënt	.73*
Emotionele Connectie Therapeut	.83**
Emotionele Connectie Cliënt	.71*

*Note.* N = 10      \* $p < .05$       \*\* $p < .01$ .

## Resultaten

### Primaire analyses van het behandel-effect

De gemiddelde scores op de uitkomstmaten staan vermeld in Tabel 2. De data zijn geanalyseerd met behulp van een herhaalde ANOVA. De afhankelijke variabelen waren aanvang- en eindscores van de t-scores van de totale, externaliserende en internaliserende CBCL-schalen, de doelscore, de invloedsscore kind en de invloedsscore eigen leven.

Tabel 2 laat zien dat de score op de schalen van de CBCL omlaag is gegaan van een subklinisch niveau voor aanvang van de behandeling, naar een hoog-normaal niveau na de behandeling. Bij zowel de doelscores als de beide invloedscores gaven ouders zichzelf voor aanvang van de behandeling gemiddeld genomen een onvoldoende op deze domeinen, terwijl zij zich hier na de behandeling gemiddeld een voldoende op scoorden.

De resultaten tonen dat er sprake is van een significant behandel­effect ten aanzien van de totaalscore op de CBCL,  $F(1,20) = 11.04$ ,  $p = .003$ , de externaliserende schaal van de CBCL,  $F(1,20) = 12.31$ ,  $p = .002$ , en de internaliserende schaal van de CBCL,  $F(1,20) = 4.6$ ,  $p = .045$ . Tevens is er sprake van een significant behandel­effect op de doelscores  $F(1,20) = 31.11$ ,  $p = .000$ . Tot slot tonen de resultaten tevens een behandel­effect voor de invloedscore kind  $F(1,20) = 59.39$ ,  $p = .000$  en de invloedscore eigen leven  $F(1,20) = 42.08$ ,  $p = .000$ .

Tabel 2

*Gemiddelden en Standaard Deviaties van de CBCL-schalen, Doelscores en Invloedscores voor en na de Behandeling*

Variabelen	Voor		Na	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CBCL Totaal	65.9	14.4	60.8**	14.9
CBCL Externaliserend	65.2	12.9	59.8*	13.1
CBCL Internaliserend	63.3	14.0	60.7**	13.6
Doelscore	4.2	2.1	6.2**	1.4
Invloedscore Kind	5.0	1.3	7.0**	1.4
Invloedscore Eigen Leven	5.1	1.6	7.2**	1.4

*Note.* N = 21      \* $p < .05$       \*\* $p < .01$ .

### **Primaire analyses van de correlatie tussen het behandel­effect en de werkrelatie**

De data zijn geanalyseerd aan de hand van meerdere hiërarchische meervoudige regressie-analyses. De afhankelijke variabelen waren de verschil­score van voor en na de behandeling op de totale, externaliserende en internaliserende CBCL-schalen, de doelscore, de invloedscore kind of de invloedscore eigen leven. In de regressie-analyse werden in stap één de positieve en negatieve scores van de cliënt op de schalen “Betrokkenheid bij het Therapeutisch Proces” en “Emotionele Connectie” van de SOFTA ingevoerd. Bij stap twee werden de positieve en negatieve scores van de therapeut op deze schalen ingevoerd. De regressie werd opgesplitst in deze twee stappen om de unieke invloed van zowel de cliënt- als

de therapeuschalen te kunnen bepalen. De beschrijvende statistieken (b-waarden, standaard fout van de b-waarden en de bèta's) staan vermeld in Tabel 3, Tabel 4 en Tabel 5.

De resultaten tonen dat de werkrelatie in zijn geheel geen significante relatie vertoont met de behandelingseffecten gemeten door de verschillcores op de totale, internaliserende en externaliserende schalen van CBCL, de doelscores, de invloed op het eigen kind en de invloed op het eigen leven. De resultaten tonen wel dat de gezamenlijke cliëntcores ten aanzien van de werkrelatie een marginaal significant effect vertonen ten aanzien van de doelscores,  $R^2 = .38$ ,  $F(1, 20) = 2.43$ ,  $p = .09$  en de invloed op het eigen kind,  $R^2 = .40$ ,  $F(1, 20) = 2.67$ ,  $p = .07$  (Tabel 3, Tabel 4). Bij het effect ten aanzien van de doelscores lijken met name de positieve betrokkenheid van de cliënt en de negatieve emotionele connectie van de cliënt een belangrijke rol te spelen, waarbij een hogere positieve betrokkenheid en negatieve emotionele connectie van de cliënt beiden zorgen voor een toename in de behandeluitkomsten (Tabel 3). Bij het effect ten aanzien van de invloed op het eigen kind lijkt de negatieve betrokkenheid van de cliënt de voornaamste rol te spelen, waarbij een hogere negatieve betrokkenheid van de cliënt juist leidt tot een afname in de behandeluitkomsten (Tabel 4).

Tevens vertonen de positieve betrokkenheid van de cliënt en de negatieve betrokkenheid en emotionele connectie van de cliënt een significante relatie met de invloed op het eigen leven wanneer wordt gecontroleerd voor de onderlinge verschillen tussen therapeuten (Tabel 5). Hierbij zorgen een hogere positieve betrokkenheid en negatieve emotionele connectie bij de cliënt voor een toename ten aanzien van de behandeluitkomsten, terwijl de negatieve betrokkenheid zorgt voor een afname hierin.

Tabel 3

*Hïërarchische Regressie-analyse van de Relatie Tussen de Geobserveerde Werkrelatie en de Doelscores*

Predictor	<i>B</i>	<i>SEB</i>	$\beta$
Betrokkenheid Cliënt Positief	0.39	.18	.47*
Betrokkenheid Cliënt Negatief	-0.96	.79	-.29
Emotionele Connectie Cliënt Positief	-0.21	.27	-.16
Emotionele Connectie Cliënt Negatief	3.35	1.39	.63*

$R^2 = .38$ ,  $F(1, 20) = 2.43$ ,  $p = .09$

Note. N = 21                      \* $p < .05$ .

Tabel 4

*Hiërarchische Regressie-analyse van de Relatie Tussen de Geobserveerde Werkrelatie en de Invloedscores op het Eigen Kind*

Predictor	<i>B</i>	<i>SEB</i>	$\beta$
Betrokkenheid Cliënt Positief	0.14	.13	.24
Betrokkenheid Cliënt Negatief	-1.56	.55	-.65*
Emotionele Connectie Cliënt Positief	-.05	.19	-.05
Emotionele Connectie Cliënt Negatief	0.66	.97	.18

$R^2 = .40, F(1, 20) = 2.67, p = .07$

*Note.* N = 21      \* $p < .05$ .

Tabel 5

*Stap twee van de Hiërarchische Regressie-analyse van de Relatie Tussen de Geobserveerde Werkrelatie en de Invloedscores op het Eigen Leven*

Predictor	<i>B</i>	<i>SEB</i>	$\beta$
Betrokkenheid Cliënt Positief	0.67	.28	.89*
Betrokkenheid Cliënt Negatief	-2.48	.89	-.82*
Emotionele Connectie Cliënt Positief	-0.09	.31	-.08
Emotionele Connectie Cliënt Negatief	3.32	1.41	.69*
Betrokkenheid Therapeut Positief	-0.49	.28	-.61
Betrokkenheid Therapeut Negatief	2.10	1.76	.32
Emotionele Connectie Therapeut Positief	0.21	.22	.28

$R^2 = .47, F(1, 20) = 1.67, p = .20$

*Note.* N = 21      \* $p < .05$ .

### **Primaire analyses van de correlatie tussen de geobserveerde en de cliëntgerapporteerde werkrelatie**

De data zijn geanalyseerd aan de hand van een regressie-analyse. De afhankelijke variabele was de cliëntscores van werkrelatie gemeten met de SRS. De positieve en negatieve scores van de cliënt op de schaal “Betrokkenheid bij het Therapeutisch Proces” en de negatieve score van de cliënt op de schaal “Emotionele Connectie” van de SOFTA waren de onafhankelijke variabelen, omdat deze variabelen in de voorgaande analyse een significante correlatie vertoonden met de behandeluitkomsten op de doel- en invloedscores. De

beschrijvende statistieken (b-waarden, standaard fout van de b-waarden en de bèta's) staan vermeld in Tabel 6.

De resultaten tonen dat de geobserveerde schalen voor werkrelatie gezamenlijk geen significante relatie vertonen met cliëntgerapporteerde werkrelatie,  $R^2 = .52$ ,  $F(1, 11) = 1.00$ ,  $p = .44$ , noch dat er significante correlaties bestaan met de subschalen.

Tabel 6

*Regressie-analyse van de Relatie Tussen de Geobserveerde en Cliëntgerapporteerde Werkrelatie*

Predictor	<i>B</i>	<i>SEB</i>	$\beta$
Betrokkenheid Cliënt Positief	0.38	.23	.53
Betrokkenheid Cliënt Negatief	-0.83	.88	-.37
Emotionele Connectie Cliënt Negatief	1.48	1.84	.34

$R^2 = .52$ ,  $F(1, 11) = 1.00$ ,  $p = .44$

*Note.* N = 12

### **Moderatie van de cliëntgerapporteerde werkrelatie op de correlatie tussen de geobserveerde werkrelatie en de uitkomstmaten**

De data zijn geanalyseerd aan de hand van meerdere hiërarchische meervoudige regressie-analyses. De afhankelijke variabelen waren de verschilscore voor en na de behandeling van respectievelijk de doelscore, de invloedscore kind of de invloedscore eigen leven. In de regressie-analyse werden in stap één de positieve en negatieve scores van de cliënt op de schaal "Betrokkenheid bij het Therapeutisch Proces" en de negatieve score van de cliënt op de schaal "Emotionele Connectie" van de SOFTA ingevoerd. Bij stap twee werden de door de cliënt gerapporteerde werkrelatiescores op de SRS ingevoerd. In de derde stap werden de interactievariabelen tussen deze schalen van de SOFTA en scores op de SRS ingevoerd. De beschrijvende statistieken (b-waarden, standaard fout van de b-waarden en de bèta's) staan vermeld in Tabel 7.

De resultaten tonen dat de cliëntgerapporteerde werkrelatie de invloed van de geobserveerde werkrelatie op de behandelingsuitkomsten van de invloed eigen leven modereert  $R^2 = .98$ ,  $F(1, 11) = 12.79$ ,  $p = .01$ . Hierbij lijkt met name de interactie tussen de positieve betrokkenheid van de cliënt en de SRS-score een belangrijke versterkende rol te spelen ten aanzien van de invloed van de geobserveerde werkrelatie op de behandelingsuitkomsten van de invloed op het eigen leven (Tabel 7). De resultaten tonen geen



significant effect van de interactie tussen cliëntgerapporteerde werkrelatie en de SRS scores ten aanzien van de doelscores en de scores op invloed op het eigen kind.

Tabel 7

*Stap drie van de Hiërarchische Regressie-analyse van de Moderatie van het effect van de Geobserveerde Werkrelatie op de Behandeluitkomsten op de Invloedscores Eigen Leven door de Cliëntgerapporteerde Werkrelatie*

Predictor	<i>B</i>	<i>SEB</i>	$\beta$
Betrokkenheid Cliënt Positief	-4.28	.96	-4.67**
Betrokkenheid Cliënt Negatief	-8.89	3.95	3.07*
Emotionele Connectie Cliënt Negatief	20.89	21.86	3.67
Werkrelatie SRS	-2.19	.54	-1.71**
Betrokkenheid Cliënt Positief x SRS	0.55	.11	6.19***
Betrokkenheid Cliënt Negatief x SRS	1.19	.56	3.16
Emotionele Connectie Cliënt Negatief x SRS	-2.49	2.82	-3.51

$R^2 = .98, F(1, 11) = 12.79, p = .01$

*Note.* N = 12      \* $p < .1$       \*\* $p < .05$       \*\*\* $p < .01$ .

### Discussie

De huidige studie heeft onderzocht of er sprake is van een positief behandel­effect van de oplossingsgerichte Gezinsdag­behandeling op de problematiek van multi-probleem gezinnen. Hoewel eerder onderzoek alleen behandel­effecten vond ten aanzien van de vermindering van de externaliserende problematiek, bestaat het vermoeden dat verdere significante resultaten uitbleven door beperkingen in het onderzoek (Blok, 2012; Halk, 2012). Na verbeteringen hiervan toont het huidige onderzoek dat er na de behandeling inderdaad sprake is van vooruitgang bij multi-probleem gezinnen in de totale, internaliserende en externaliserende problematiek gemeten door de CBCL, de scores die ouders zichzelf toekennen op zelfopgestelde doelen en de mate waarin zij invloed ervaren op hun eigen kind en hun eigen leven. De scores op de CBCL-schalen zakten van een subklinisch niveau voor de behandeling naar een hoog-normaal niveau na de behandeling, terwijl de doel- en invloedscores toenemen van een onvoldoende voor de behandeling naar een voldoende na de behandeling. Deze bevindingen betekenen dat de kinderen na deelname aan de gezinsdag­behandeling minder probleemgedrag vertonen dan voor de behandeling. Daarnaast zijn de ouders zelf succesvol in het bereiken van de doelen die ze hebben opgesteld voor hun

behandeling en ervaren zij na afloop van de behandeling meer invloed op hun eigen leven en hun eigen kind dan voorheen. Deze resultaten tonen dat de gezinsdagbehandeling effectief lijkt in het behandelen van multi-probleem gezinnen.

Naast onderzoek naar het behandelingseffect is tevens onderzocht of er sprake is van een correlatie tussen de werkrelatie en het behandelingseffect. Er komt naar voren dat de werkrelatie in zijn geheel geen correlatie vertoont met het behandelingseffect op de totale, internaliserende en externaliserende problematiek gemeten door middel van de CBCL. Mogelijk is een grotere steekproef vereist om significante relaties te detecteren tussen de werkrelatie en de behandeluitkomsten op een relatief grove maat van problematiek zoals de CBCL. Tevens is het mogelijk dat de werkrelatie pas op een latere termijn invloed heeft op de vermindering van de problematiek zoals gemeten door de CBCL. Hoewel in de behandeling direct wordt gewerkt aan het behalen van doelen en het uitoefenen van invloed, worden er ook vaardigheden aangeleerd die pas op de langere termijn zouden kunnen zorgen voor een vermindering in de problematiek zoals gemeten door de CBCL. Bij een meting met de CBCL op een later tijdstip dan momenteel het geval is zou mogelijk wel een significante relatie gevonden kunnen worden tussen de werkrelatie en de CBCL-scores.

Hoewel de werkrelatie geen correlatie vertoont met het behandelingseffect op de CBCL, vertonen cliëntscales van de werkrelatie in overeenstemming met eerder onderzoek wel een correlatie met de scores op de zelf opgestelde doelen en de mate waarin ouders invloed ervaren op hun eigen kind en hun eigen leven (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath & Symonds, 1991). De positieve betrokkenheid en negatieve emotionele connectie van de cliënt vertonen een belangrijke relatie met het behandelings succes ten aanzien van de doelscores en de invloedsscores op het eigen leven, terwijl de negatieve betrokkenheid van de cliënt een belangrijke rol speelt in het behandelings succes op de invloedsscores op het eigen leven en het eigen kind. Het feit dat met name de werkrelatie vanuit de cliënt een belangrijke rol lijkt te spelen in behandelings succes is aannemelijk. Immers, hoewel de therapeut altijd een goede werkrelatie moet onderhouden en cliënten ondersteunt in het proces dat zij doormaken, kan de kwaliteit van de werkrelatie variëren per cliënt en zijn zij zelf degenen die actief aan de behandeling deel moeten nemen en verandering teweeg moeten brengen. Hun houding ten aanzien van de werkrelatie is dan ook essentieel voor het succes van hun behandeling. Hierin leveren de verschillende aspecten van de werkrelatie elk hun eigen bijdrage. Zo richt de gezinsdagbehandeling zich sterk op het vergroten van het gevoel van invloed en het opstellen en nastreven van doelen. De positieve betrokkenheid van de cliënt in het nastreven hiervan lijkt dan ook onontbeerlijk. De negatieve betrokkenheid van de cliënt hierin, wat wordt

gekenmerkt door onverschilligheid of een negatieve houding van de cliënt ten aanzien van de behandeling, heeft juist een averechts effect en benadeelt het behandelsucces ten aanzien van het vergroten van het gevoel van invloed op het eigen leven en het eigen kind. Mogelijk zorgt deze onverschilligheid of negatieve houding er juist voor dat boodschappen over de eigen invloed niet goed aankomen of niet goed worden ontvangen, wat zorgt voor het negatieve behandelresultaat op deze specifieke domeinen. Opvallend in de uitkomsten van dit onderzoek is echter dat de negatieve emotionele betrokkenheid van de cliënt juist lijkt te leiden tot een verbetering in de behandeluitkomsten ten aanzien van de doelscores en de invloedsscores op het eigen leven. Mogelijk kan het uiten van negatieve emoties er juist voor zorgen dat iemand zichzelf meer laat zien en dat deze negatieve gevoelens en twijfels over bijvoorbeeld de eigen invloed en de haalbaarheid van doelen bespreekbaar worden, wat bijdraagt aan behandelsucces op deze fronten. Hoewel er geen significante relatie wordt gevonden tussen de positieve emotionele connectie van de cliënt en de behandeluitkomsten op de doel- en invloedsscores, lijken de positieve en negatieve betrokkenheid van de cliënt en de negatieve emotionele connectie van de cliënt binnen de werkrelatie wel elk een belangrijke rol te spelen in het bepalen van het behandelsucces ten aanzien van doel- en invloedsscores.

Naast de correlatie tussen de werkrelatie en het behandelresultaat is er tevens geanalyseerd of er sprake is van een betekenisvolle correlatie tussen de geobserveerde werkrelatie en de door de cliënt gerapporteerde werkrelatie. Dit vermoeden werd niet bevestigd door de data. Een verklaring voor het gebrek aan een significante correlatie is dat multi-probleem gezinnen mogelijk een objectief gezien goede werkrelatie niet als dusdanig herkennen door hun moeite met het accepteren van hulpverlening en met het opbouwen van relaties. Een andere mogelijkheid is dat de gebruikte instrumenten voor het meten van de werkrelatie kwalitatief een ander concept meten. Waar de SOFTA kijkt naar het gedrag dat de cliënten in de werkrelatie vertonen, wordt de cliënten bij de SRS gevraagd om de werkrelatie zelf te beoordelen. Daarbij bestaat een grote kans dat zij evalueren in welke mate de therapeut tegemoet kwam aan hun wensen binnen de werkrelatie en de behandeling en hoe goed dit bij hen aansloot. Hierbij evalueert de cliënt meer de therapeut en hoe deze de behandeling en de werkrelatie vormgeeft dan hun eigen positie en aandeel hierin, wat het gebrek aan correlatie tussen de objectieve en de cliëntgerapporteerde werkrelatie eveneens zou kunnen verklaren.

Door het gebrek aan samenhang tussen de geobserveerde en de cliëntgerapporteerde werkrelatie is aanvullend onderzocht of de cliëntgerapporteerde werkrelatie mogelijk een moderator is voor de invloed van de geobserveerde werkrelatie op de uitkomstmaten ten aanzien van de doel- en invloedsscores. Hoewel dit niet het geval lijkt te zijn voor de

doelscores en invloedscores op het eigen kind, heeft de cliëntgerapporteerde werkrelatie wel een versterkend effect ten aanzien van de invloed van de objectieve werkrelatie op de invloedscores op het eigen leven. Hierbij lijkt met name de positieve betrokkenheid van de cliënt een grote rol te spelen. Mogelijk zorgt een grotere motivatie en betrokkenheid ervoor dat de cliënt de werkrelatie als positiever ervaart, waardoor deze meer geneigd is om van de behandelaren aan te nemen dat deze daadwerkelijk invloed heeft op het eigen leven. Dit zou er vervolgens op de langere termijn mogelijk voor kunnen zorgen dat er ook vooruitgang plaatsvindt in de ervaren invloed op het eigen kind en het behalen van doelen, waardoor er op deze uitkomstmaten nu nog geen moderatie-effect wordt gevonden. De afwezigheid van significante resultaten ten aanzien van de doel- en invloedscores kind zouden tevens verklaard kunnen worden door de steekproef van slechts twaalf gezinnen. Hoewel er ondanks de beperkte steekproef wel significante resultaten zijn gevonden en er dus voldoende power aanwezig is, bestaat de mogelijkheid dat de steekproef niet groot genoeg was om significante relaties te detecteren bij deze scores. Nader onderzoek zal dit moeten uitwijzen. Desalniettemin toont huidig onderzoek in ieder geval al wel dat de cliëntgerapporteerde werkrelatie versterkend werkt op de invloed van de objectieve werkrelatie op de behandel-effecten ten aanzien van de invloedscores op het eigen leven.

De resultaten van het huidige onderzoek zijn veelbelovend. Hoewel de invloed van de werkrelatie op behandelings-succes niet definitief ondersteund kan worden door het gebrek aan een controlegroep, lijkt de werkrelatie wel een belangrijke factor te zijn in behandel-succes (Priebe & McCabe, 2008; Wampold, 2001; Krupnik et al., 1996). Door de huidige resultaten en gezien het feit dat het inzichtelijk maken van de werkzame bestanddelen van een behandeling steeds relevanter wordt, is verder onderzoek naar dit onderwerp zeker aan te raden (Casparie, 1993). Om de kwaliteit van vervolgonderzoek te vergroten en dit effectiever te maken, kunnen meerdere aanbevelingen doorgevoerd worden.

Als eerste wordt ten aanzien van de participanten aanbevolen om de huidige participantengroep uit te breiden om de kans op representatieve en significante resultaten te vergroten. Hierbij wordt tevens geadviseerd om demografische gegevens van deelnemers te registreren om beter antwoord te kunnen geven op de vraag bij wie deze behandeling effectief is, door bijvoorbeeld te kijken naar leeftijd en sekse. Daarbij wordt tevens sterk aanbevolen om bij vervolgonderzoek gebruik te maken van een (wachtlijst-) controlegroep zodat effectgroottes berekend kunnen worden, waardoor definitieve uitspraken gedaan kunnen worden over de effectiviteit van de gezinsdagbehandeling en de rol die werkrelatie hierin

speelt. Hiervoor kan gebruikt gemaakt worden van de gezinnen die op de wachtlijst staan om deel te kunnen nemen aan deze behandeling, welke op vaste momenten in het jaar begint.

Ten aanzien van de meetinstrumenten wordt geadviseerd deze op verschillende manieren aan te passen. Zo wordt als eerste geadviseerd om voor specifiekere meetinstrumenten te kiezen dan nu het geval is, bijvoorbeeld meetinstrumenten die ingaan op stemming, opstandig gedrag of de invloed die het kind ervaart op zijn of haar eigen leven. Het feit dat er al op een redelijk grove maat als de CBCL significante effecten van de behandeling worden gevonden, is veelbelovend voor specifiekere meetinstrumenten die een nog beter beeld kunnen geven welke exacte problematiek verbetert naar aanleiding van de behandeling. Het diversifiëren van meetinstrumenten, bijvoorbeeld door het gebruik van meerdere informanten zoals de kinderen zelf of hun leerkrachten, het gebruik van meerdere meetmethoden zoals vragenlijsten, observaties en interviews en het inventariseren van meerdere domeinen zoals het gezinsklimaat biedt tevens een beter beeld van welke problematiek verbetert in welke situaties en wat hier de belangrijke verklarende factoren in zijn. Ten aanzien van de meetinstrumenten wordt tevens geadviseerd om nog een follow-up meting te doen waarbij de gebruikte meetinstrumenten op een later moment nogmaals afgenomen worden. Dit maakt het mogelijk om de effectiviteit van de behandeling ook op lange termijn te inventariseren.

Tot slot kunnen er ten aanzien van de data-afname ook enkele aanpassingen worden gedaan. Hoewel de retrospectief uitgevraagde aanvangsscores wel correleren met de echte aanvangsscores, is het beter om bij het verzamelen van doel- en invloedsscores niet langer gebruik te maken van retrospectieve scores, maar cliënten daadwerkelijk voor en na de behandeling zichzelf te laten scoren op deze schalen om zo het risico op vertekening te verkleinen. Tevens wordt aanbevolen om de werkrelatie op meerdere momenten tijdens de behandeling te meten, zoals bij meerdere besprekingen of reguliere behandeldagen. Op deze manier kan een beter beeld verkregen worden van de werkrelatie in de praktijk en de ontwikkeling van de werkrelatie over de gehele behandeling heen.

Samenvattend kan gesteld worden dat het onderzoek heeft aangetoond dat de oplossingsgerichte gezinsdagbehandeling lijkt te zorgen voor een vermindering in problematiek en een verbetering in de scores op zelfopgestelde doelen en op de eigen ervaren invloed bij multi-probleem gezinnen. Verder lijken de cliëntscores van de werkrelatie te correleren met het behandelingseffect ten aanzien van de doelen, de invloed op het eigen kind en de invloed op het eigen leven. Tevens lijkt er ten aanzien van de invloed op het eigen leven sprake te zijn van een modererend effect van de cliëntgerapporteerde werkrelatie op de

invloed van de geobserveerde werkrelatie op de behandelresultaten. Door de veelbelovende resultaten die reeds gevonden zijn, de mogelijkheden die er zijn voor verdere verbetering van het huidige onderzoek en de belangrijke rol die werkrelatie speelt bij verschillende behandelingen wordt verder onderzoek naar dit onderwerp sterk aanbevolen om zo verder inzichtelijk te maken wat werkt in de behandeling van multi-probleem gezinnen.

## 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., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 251-275.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2011). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for Ages 1.5 to 18 years. In M. E. Maruish. *The Use of Psychological testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. Taylor & Francis e-Library.
- Baartman, H., & Dijkstra, J. S. (1987). Multi-probleemgezinnen II; de Opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *1*, 2-20.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S.D. Millar. *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Bakker, J. M. & Bannink, F. P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *50*, 55-59.
- Bartelink, C. (2012). *Wat Werkt: Oplossingsgerichte Therapie?* Retrieved March 14th, 2013, from [http://www.nji.nl/DossierDownloads/watwerkt\\_oplossingsgerichtetherapie.pdf](http://www.nji.nl/DossierDownloads/watwerkt_oplossingsgerichtetherapie.pdf)
- Blok, M. (2012). *Positieve focus: Een werkzame factor? De invloed van de focus van behandelaars binnen een oplossingsgerichte gezinsbehandeling voor multi-probleemgezinnen* (Master's thesis, Utrecht University, The Netherlands). Retrieved on September 12th, 2012 from <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2013-0109-200606/Blok%2c%20M.%203158535.pdf>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*, 252-260.
- Van der Brom, S. (2009). *Welke elementen zijn van belang binnen een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen* (Master's thesis, Utrecht University, The Netherlands) ? Retrieved on September 12th, 2012 from <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2009-0728-200829/Brom%200412376.pdf>
- Casparie, A.F. (1993). *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy, 3*, 3-12.
- Elvins, R., & Green, J. (2008) The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., 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.
- Halk, M. (2012). *Oplossingsgericht werken met multiprobleem gezinnen: de rol van de positieve focus* (Master's thesis, Utrecht University, The Netherlands). Retrieved on September 12th, 2012 from <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2012-0813-200417/Halk%2c%20M.%203106527.pdf>
- Horvath, A. O. (2001). The therapeutic alliance: Concepts, research, and training. *Australian Psychologist, 36*, 170-176.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Ed), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259-286). New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 32-38.
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance –A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology, 35*, 67-85.
- IOM (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington: National Academies Press.
- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. (2008) Patient's and therapist's view of early alliance building in dynamic psychotherapy: patterns and relation to outcome. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 89-95.
- 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.
- Lokven, H.M. van (2002). Multiprobleem gezinnen in Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 21*, 56-62.



- Meijer, A.M., Oppenoorth, W.H., & Zinko T. (1991). Een onderzoek bij multiprobleem gezinnen. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 7, 353-364.
- 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, 65-84.
- Priebe, S., & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20, 521-526.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Snel, M. (2009). *'Fit' voor behandeling: De invloed van de werkrelatie gemeten aan de hand van verbale en non-verbale signalen op de behandeluitkomsten van de gezinsdagbehandeling van het RMPI* (Master's thesis, Utrecht University, The Netherlands). Retrieved on September 12th, 2012 from <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2009-0729-202558/Snel%203056236.pdf>
- Steketee, M., & Vandenbroucke, M. (2010). Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam. *Een studie in het kader van klein maar fijn - CEPHIR*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied & Preventive Psychology*, 10, 69-86.
- Watson, J. C., & McMullen, E. J. (2005). An examination of therapist and client behavior in high-and low-alliance sessions in cognitive-behavioral therapy and process experiential therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 42, 297-310.

## **Bijlage 1: Aanpassingen SOFTA-protocol**

In overleg met Valentín Escudero, één van de ontwikkelaars van de SOFTA, zijn de volgende aanpassingen toegebracht aan het originele SOFTA-protocol voor gebruik in het huidige onderzoek:

### Aanpassingen protocol therapeut:

#### *Betrokkenheid bij het Therapeutisch Proces/Engagement in the Therapeutic Process*

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

- Er wordt gescoord wanneer de therapeut een wonder- of schaalvraag stelt en/of wanneer deze vraagt naar (de details van) uitzonderingen in het voorkomen van problemen/probleemgedrag.

#### *Emotionele Connectie/Emotional connection*

Geen aanpassingen.

### Aanpassingen protocol cliënt:

#### *Betrokkenheid bij het Therapeutisch Proces/Engagement in the Therapeutic Process*

Client introduces a problem for discussion.

- Er wordt gescoord wanneer de cliënt aangeeft hoe hun situatie eruit zou zien na de gewenste verandering.
- Er wordt gescoord wanneer de cliënt een doel inbrengt voor de behandeling.

Client expresses optimism or indicates that a positive change has taken place.

- Er wordt gescoord wanneer de cliënt een positieve uitzondering beschrijft in het voorkomen van problemen/probleemgedrag.
- Er wordt gescoord wanneer de cliënt optimisme uit die betrekking heeft tot hun situatie en/of kind(eren).

Client complies with therapist's requests for enactments.

- Er wordt gescoord wanneer de cliënt antwoord geeft op schaal- en/of wondervragen.

Client shows indifference about the tasks or process of therapy.

- Er wordt gescoord wanneer de cliënt moeite heeft met het beantwoorden van schaal- en/of wondervragen en/of het benoemen van uitzonderingen waarin problemen/probleemgedrag zich niet voordoet.

*Emotionele Connectie/Emotional connection*

Client shares a lighthearted moment or joke with the therapist.

- Er hoeft alleen sprake te zijn van geamuseerdheid bij de cliënt die de grap maakt en de behandelaar waar de cliënt op gericht is (in het direct voorafgaande gesprek en/of bij het maken van de grap).

Client indicates feeling understood or accepted by the therapist.

- Er wordt gescoord wanneer de reactie niet alleen backchannel (een automatische bevestigende of ontkennende reactie) is, maar er ook sprake is van zichtbare psychomotorische verandering bij de cliënt of nadrukkelijke verbale instemming.