

Running head: WERKRELATIE, BEHANDELING, MULTIPROBLEEMGEZINNEN

Universiteit Utrecht

Master Kinder- en Jeugdpsychologie

Samenwerken met een multiprobleemgezin werkt?

Onderzoek naar de effectiviteit van Oplossingsgericht Werken bij Multiprobleemgezinnen en de invloed van de geobserveerde Werkrelatie

M. E. Franke, 3902528

20-07-2016

Begeleidster Universiteit Utrecht: Dr. Y. van Beek

Tweede beoordelaar: Dr. A. Franken

Samenvatting

Het behandel­effect van het Oplossingsgericht werken bij de Gezinsdag­behandeling is als pilot voor een Zon-Mw project onderzocht onder 19 multiprobleem­gezinnen. Er bleek een afname te zijn van de psychische problematiek bij zowel moeders als kinderen. Ook was er een positief effect met betrekking tot het gezinsfunctioneren en de opvoedings­belasting. De vooruitgang in invloed die ouders op hun kinderen en hun eigen leven ervaren bleek uit dit onderzoek niet. Wel is gebleken dat het gezinsfunctioneren en de opvoedings­belasting een relatie hebben met de kwaliteit van de werkrelatie, zoals geobserveerd met de 'System for Observing Family Therapy Alliances' (SOFTA). Verder is onderzocht of het geven van Therapeutische Complimenten een predictor is voor positieve behandel­uitkomsten en of dit van toegevoegde waarde is op het voorspellen van de behandel­uitkomsten bovenop de SOFTA schalen. Dit blijkt niet uit huidig onderzoek. De resultaten zijn veelbelovend, maar er wordt aangeraden het aantal participanten te vergroten en een controlegroep te realiseren.

Abstract

The effects of Solution-Focused Therapy in family treatment has been studied as a pilot for a Zon-Mw project in 19 multi-problem families. There has been a positive effect on the psychic problems of the mothers and children. Mothers also reported a better family functioning and experienced less parental burdening. The improvement of influence the parents experienced to have over their children and their own life didn't show in this study. In addition, a relation between the family functioning and the therapeutic alliance, as observed with the 'System for Observing Family Therapy Alliances' (SOFTA), was found. Furthermore, it was investigated whether giving Therapeutic Compliments was a predictor of positive treatment effects and whether it had an additional value to the SOFTA-measures. Both of these predictions were not found. The results are promising but recommended is to enlarge the participants group and to realise a control group.

“*Niet zeggen, maar laten beseffen*”. Dit is een uitspraak van een moeder uit een multiprobleemgezin aan het eind van de gezinsdagbehandeling. Zij geeft in deze uitspraak uitstekend de kern van de manier van werken binnen de oplossingsgerichte therapie aan; de gezinnen zelf in hun kracht zetten, zodat zij de door henzelf opgestelde doelen kunnen behalen. Dit onderzoek zal de effectiviteit van dit oplossingsgericht werken onderzoeken bij multiprobleemgezinnen. Vanwege de complexe problematiek en de relatief grote hoeveelheid zorg die zij gebruiken is het van belang is te weten wat werkt bij deze gezinnen en hier is nog weinig over bekend.

Multiprobleemgezinnen zijn gezinnen die te kampen hebben met meerdere vormen van problematiek. Bij deze gezinnen is er in veel gevallen sprake van relatieproblematiek en schuldenproblematiek, maar met name van opvoedingsproblematiek (Steketee & Vandenbroucke, 2010). Kinderen uit deze gezinnen hebben mede hierdoor vaak last van onder andere ontwikkelings- en gedragsproblemen. Deze gezinnen zijn relatief moeilijk te behandelen binnen de reguliere zorg, omdat zij meestal een lang zorgtraject achter de rug hebben en er veel machteloosheid binnen de gezinnen voorkomt. Doordat zij keer op keer nieuwe problematiek ervaren blijven deze gezinnen in een neerwaartse spiraal zitten waar ze niet meer uit lijken te komen. Ook de kinderen binnen deze gezinnen blijven in deze spiraal hangen; negatieve gevoelens en patronen worden vaak generatie op generatie doorgegeven (Baartman & Dijkstra, 1987).

Speciaal voor deze multiprobleemgezinnen is de gezinsdagbehandeling (GDB) ontwikkeld. Binnen de GDB wordt er met het gehele gezin gewerkt door middel van een oplossingsgerichte methode. Dit is een methode die zich focust op de oplossingen in het heden in plaats van op de oorzaken van de problemen, zoals bij andere methoden gebeurt (Bakker & Bannink, 2008). Bij deze behandeling stellen de gezinnen zelf doelen op waar ze aan willen werken die tijdens de behandeling behaald kunnen worden.

Deze methode past bij de behandeling van multiprobleemgezinnen omdat dit een beroep doet op het zelfsturende vermogen, de *self-efficacy*. *Self-efficacy* is het gevoel van invloed dat ouders problemen kunnen oplossen en invloed ervaren op hun eigen leven. Hoe lager het zelfsturende vermogen van ouders is hoe kwetsbaarder zij zijn voor machteloosheid (Cutrona & Troutman, 1986).

Er wordt steeds vaker onderzoek naar de effecten van de oplossingsgerichte methode gedaan. Een meta-analyse van Corcoran en Pillai (2009) van tien studies met een experimentele en controlegroep, laat zien dat met oplossingsgerichte therapie bij ouders met problemen in de opvoeding van hun kind, positieve resultaten te behalen zijn met betrekking tot het gezinsfunctioneren. Ook uit onderzoek naar de effecten van oplossingsgericht werken in orthopedische omgeving van Cockburn, Thomas en Cockburn (1997) is gebleken dat door het oplossingsgerichte werken de cliënten minder isolatie, vijandigheid en ontmoediging van andere gezinsleden ervoeren. Dit komt ten goede aan de ervaren opvoedingsbelasting (Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2012). Uit andere onderzoeken is gebleken dat deze vorm van therapie ook een positieve invloed heeft op psychopathologie en psychologische condities, waaronder psychologische stress en depressie (D’Zurilla & Maschka, 1988; Nezu, 1987; Nezu & Perri, 1989).

Er is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar het oplossingsgericht werken bij multiprobleemgezinnen. Vandaar dat in dit onderzoek de effectiviteit van de gezinsdagbehandeling wordt onderzocht. Daartoe worden het gezinsfunctioneren, de psychopathologie van zowel de ouders als het kind, de opvoedingsbelasting en de ervaren invloed op het kind en eigen leven op drie momenten gemeten. Het eerste moment is het intakegesprek. Het tweede meetmoment vindt plaats bij de start van de gezinsdagbehandeling. De periode tussen deze twee momenten wordt het voortraject genoemd. Hierbij is er wel aandacht voor de cliënt maar vindt er geen oplossingsgerichte behandeling plaats. Het laatste meetmoment is aan het eind van de behandeling. Er wordt verwacht dat het gezinsfunctioneren verbetert, de ervaren opvoedingsbelasting afneemt, de ervaren invloed op het kind en eigen leven en de algehele problematiek bij zowel de kinderen als de ouders vermindert. Er wordt verwacht dat er een grotere verbetering te zien is op alle uitkomstmaten tijdens de behandeling ten opzichte van het voortraject.

Werkrelatie en behandeluitkomsten

Er wordt veel waarde gehecht aan behandelingen en interventies die bewezen effectief zijn. Het is van groot belang dat men weet wat er werkt bij deze gezinnen, maar ook waarom dit werkt zodat de behandeling verbeterd kan worden en efficiënter ingezet kan worden.

Uit een aantal onderzoeken is naar voren gekomen dat een goede werkrelatie een voorwaarde is voor goede behandeluitkomsten (Escudero, Friedlander, Varelac & Abascald, 2008; Duncan, 2010). Uit een overzicht van Zoon en Berg-Le Clerq (2013) kwam naar voren dat met name bij multiprobleemgezinnen de werkrelatie belangrijk is, juist omdat zij een lang zorgtraject achter de rug hebben en hier meestal geen goede ervaringen mee hebben gehad.

De vraag die in dit onderzoek dan ook onderzocht zal gaan worden is of de kwaliteit van de werkrelatie een voorspeller is voor goede behandeluitkomsten. Er wordt verwacht dat dit het geval is.

Om de werkrelatie te meten wordt meestal gebruik gemaakt van vragenlijsten die de cliënt of de therapeut invult. Dit onderzoek kiest er echter voor om de werkrelatie via observaties te meten. Het voordeel hiervan is dat er niet sociaal-wenselijk door de cliënt of therapeut kan worden geantwoord. Hiermee is de objectiviteit een stuk groter. De werkrelatie wordt in dit onderzoek gemeten door middel van de System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA; Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero & Martens, 2006). De SOFTA is een gestandaardiseerde observatiemethode speciaal gericht op gezinnen. De SOFTA werd verkozen boven andere methoden, zoals de Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy–Alliance scale (TPOCS-A; McLeod & Weisz, 2005), omdat deze de therapeut en de cliënt los van elkaar beoordeelt. De SOFTA houdt daarmee rekening met de inzet van de therapeut, los van de inzet van de cliënt. De inzet van de therapeut hoeft namelijk niet gelijk te zijn aan wat dit bij de cliënt bewerkstelligt en andersom. Ook werkt de SOFTA met een uitgebreider scoringssysteem. Door apart naar de inzet van de therapeut te kijken is er de mogelijkheid om te onderzoeken welke aspecten van de werkrelatie en bij wie het meest belangrijk zijn voor een positief effect, zodat de behandeling verbeterd kan worden.

Met behulp van de SOFTA wordt de werkrelatie bij aanvang, halverwege en aan het eind van de behandeling gescoord. Bij zowel cliënt als therapeut worden items gescoord op de schalen ‘emotionele connectie’ en de ‘betrokkenheid tot de therapie’. Deze twee schalen zijn gebaseerd op de theorie van Bordin (1979). Volgens hem bestaat een werkrelatie onder andere uit een overeenstemming in doelen en het ontwikkelen van

emotionele banden. Vanuit onder andere deze theorie ontwikkelde Hougaard (1994) een model voor de werkrelatie dat bestaat uit een persoons- en een taak georiënteerd aspect. Het persoonsgeoriënteerde aspect gaat over de interpersoonlijke relatie tussen de cliënt en de therapeut. De schaal '*Emotionele connectie*' meet dit aspect van de werkrelatie. Het andere aspect is het taakgeoriënteerde aspect. Hierbij gaat het om het samen werken aan de door de gezinnen opgestelde doelen die binnen en hierbij is een mate van betrokkenheid in het therapeutische proces van belang. Dit wordt gemeten met de schaal '*Betrokkenheid*'. Omdat geen eenduidige literatuur over de specifieke rol van de therapeut of cliënt beschikbaar is, wordt er verwacht dat zowel de scores op de schalen van therapeut als de cliëntscores bijdragen aan een positief effect op de behandeling.

Hoewel de SOFTA schalen goed lijken te passen bij de werkrelatie die wordt nagestreefd bij deze gezinsdagbehandeling, waren er toch een aantal elementen van de handswijze van therapeuten die minder goed door de SOFTA gedekt werden, zoals het gebruik van therapiegerelateerde complimenten. Deze complimenten hebben het vermogen om de cliënt haar eigen krachten te laten versterken in de richting van een succesvolle oplossing (Wall, Amendt, Kleckner & Bryant, 1989). Deze complimenten lijken uit verschillende onderzoeken van groot belang te zijn voor de werkrelatie (Wall et al., 1989). Complimenten worden vaak gezien als een eenzijdige gebeurtenis waarbij een persoon waardering geeft voor de ander, maar wat daarbij onderbelicht wordt is het effect dat complimenten hebben op de relatie tussen twee personen. Een therapiegerelateerd compliment is een beloning van de therapeut naar de cliënt binnen de therapeutische context. In huidig onderzoek worden de therapiegerelateerde complimenten daarom naast de SOFTA-schalen gescoord. Er wordt onderzocht of het geven van therapiegerelateerde complimenten voorspellend is voor goede behandeluitkomsten. Ook wordt er onderzocht of de therapiegerelateerde complimenten een toegevoegde waarde hebben voor het voorspellen van de behandeluitkomsten boven de schalen van de SOFTA.

Het huidige onderzoek

Samenvattend wordt er in deze pilot voor een Zon-Mw project onderzocht of het oplossingsgericht werken op de gezinsdagbehandeling bij multiprobleemgezinnen werkt en wat de rol van de werkrelatie daarin is.

Er wordt verwacht dat de pathologie van zowel ouders als kind afneemt, het gezinsfunctioneren verbetert en de ervaren opvoedingsbelasting afneemt. Ook wordt er verwacht dat de ervaren invloed op zowel de kinderen als op het eigen leven verbetert en dat de doelen behaald worden. Er wordt verwacht dat er een grotere vooruitgang zichtbaar is van start behandeling naar eind behandeling dan in het voortraject van intake naar start behandeling, waarbij er wel aandacht is voor de cliënt, maar er geen oplossingsgerichte behandeling plaatsvindt.

Bovendien wordt verwacht dat een gemiddeld betere geobserveerde werkrelatie (op de schalen '*Betrokkenheid*' en '*Emotionele Connectie*') een betere behandeluitkomst voorspelt. Daarbij wordt er binnen de geobserveerde werkrelatie onderzocht welke scores het meest voorspellend zijn voor een goede behandeluitkomst: de therapeutscores of de cliënt scores. Er wordt verwacht dat zowel de therapeutscores als de cliënt scores predictoren zijn voor een goede behandeluitkomst.

Als laatste wordt er een extra item met betrekking tot therapiegerelateerde complimenten gescoord naast de SOFTA schalen. Er wordt verwacht dat het geven van therapiegerelateerde complimenten een predictor is voor betere behandeluitkomsten. Daarnaast wordt er verwacht dat deze complimenten een toegevoegde waarde hebben voor het voorspellen van de behandeluitkomsten bovenop de SOFTA schalen.

Methoden

Participanten

Aan het huidige onderzoek heeft een steekproef van 19 multiprobleemgezinnen van de gezinsdagbehandeling deelgenomen. Van de 19 gezinnen waren er 10 eenoudergezinnen, waarvan één gezin met alleen vader. De leeftijd van de ouders liep uiteen van 29 tot 57 jaar ($M=39$, $SD=7$) en die van kinderen liep uiteen van 4 tot 16 jaar ($M=9$, $SD=3$).

Gezinsdagbehandeling

De gezinsdagbehandeling is een traject waarin gezinnen drie dagen in de week voor 6 weken lang in behandeling zijn. Het gehele gezin is hierbij aanwezig in een groep met nog een aantal andere gezinnen. De behandeling is gericht op het verbeteren van het gezinsfunctioneren en wordt uitgevoerd door middel van interventies op momenten dat er

een conflict ontstaat binnen een gezin. Het gezin wordt op zo'n moment herinnerd aan de opgestelde doelen en wordt gestimuleerd het doel toe te passen in de betreffende situatie. Daarnaast zijn er gestructureerde opdrachten en gesprekken waarin de situaties en doelen besproken worden.

Binnen de behandeling wordt de werkrelatie gemeten op drie van de gestructureerde gesprekken; de contractbespreking, tussenevaluatie en de maatwerkdag.

De behandeling wordt gestart met contractbespreking. In dit gesprek maken de gezinnen kennis met de behandelaren en worden er door het gezin doelen voor de behandeling opgesteld. Per doel wordt een cijfer tussen 1 en 10 toegekend aan de huidige situatie en naar welk cijfer het gezin graag toe wil. Deze doelen zijn de rode draad door de behandeling heen.

De tussenevaluatie is halverwege de behandeling en hierin worden de doelen besproken en worden er nieuwe cijfers toegekend. Ook wordt er besproken wat er in de laatste weken van de behandeling nog moet gebeuren om de doelen te behalen.

De maatwerkdag is een afsluiting van de behandeling. Hierin wordt er besproken wat er binnen de behandeling gewerkt of niet gewerkt heeft. Het doel van het gesprek is bespreken hoe de verandering die plaats heeft gevonden vastgehouden kan worden door het gezin en wat hiervoor nodig is.

Design

In de huidige studie was er sprake van een herhaalde metingen design met een baseline-periode (voortraject), gevolgd door de behandelperiode, waarbij de vooruitgang tijdens de behandeling vergeleken werd met de vooruitgang in het voortraject.

Procedure

Huidig onderzoek is een pilot-studie voor een door de METC goedgekeurd Zon-Mw project met nummer 729101012.

Voortraject. Het voortraject is de periode tussen het intakegesprek en de start van de behandeling. Binnen dit voortraject zijn er meerdere gesprekken, zoals een oudergesprek en adviesgesprek en er is dus wel aandacht voor de cliënt, maar er vindt geen oplossingsgerichte behandeling plaats. Voorafgaand aan het intakegesprek kregen

de gezinnen schriftelijke informatie over het onderzoek thuis opgestuurd. De gezinnen werden bij hun intakegesprek herinnerd aan deze informatie en gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Indien nodig kregen zij mondeling informatie. Hierna werd gevraagd toestemmingformulieren te tekenen.

Meetmomenten. Bij het intakegesprek kregen de gezinnen het eerste pakket vragenlijsten (Intake). Het tweede moment voor de vragenlijsten was aan de start van de behandeling; de contractbespreking (Start behandeling). Het laatste moment was aan het eind van de behandeling (Eind behandeling). De opnamen voor de werkrelatie werden gemaakt bij de al eerder besproken gestructureerde gesprekken; de contractbespreking, tussenevaluatie en maatwerkdag.

Meetinstrumenten

Observaties van de werkrelatie. Het scoren van de opnames is gedaan met behulp van de System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA; Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero & Martens, 2006). De opnamen werden gescoord op twee schalen van dit scoringssysteem namelijk '*Betrokkenheid*' en '*Emotionele Connectie*' voor zowel therapeut als cliënt. De schaal *Betrokkenheid* 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 en met de therapeut samenwerkt. De schaal *Emotionele Connectie* meet in welke mate de therapeut laat zien dat hij/zij de situatie van de cliënt begrijpt en met deze meeleeft en in hoeverre de cliënt affiniteit heeft met de therapeut en deze vertrouwt (Friedlander et al., 2006). Per schaal zijn er verschillende gedragingen die kunnen voorkomen zoals het uiten van empathie door middel van het aanbieden van een glas water. Van deze items worden frequenties gescoord voor beide therapeuten en beide ouders samen. Om de SOFTA zo goed mogelijk in te kunnen zetten zijn een aantal keuzes gemaakt. Zo is ervoor gekozen de ruwe scores per schaal te gebruiken in plaats van de officiële scoring die van -3 tot +3 loopt per schaal. Er is hiervoor gekozen om de volledige spreiding in de scores in stand te houden. Ook zijn er twee schalen en meerdere items binnen de schalen niet gescoord, omdat deze niet voorkomen in de gesprekken zoals het geven van huiswerk. In de Bijlage is te zien welke items er wel gescoord zijn

per schaal. Ook zijn er specifieke elementen van de Gezinsdagbehandeling in overleg met één van de makers van de SOFTA ondergebracht in de bestaande schalen. Volgens de handleiding stonden deze niet onder de beschreven items geschreven, maar ze pasten hier wel bij. Daarnaast is voor huidig onderzoek een extra schaal toegevoegd: Therapeutische Complimenten. Dit zijn complimenten die therapiegerelateerd zijn, zoals “wat knap dat je gisteren zo consequent bleef”.

Bij het scoren van de opnamen zijn per opname 3x 10 minuten geselecteerd. De eerste 10 minuten ging in 5 minuten na de start van het gesprek. De tweede 10 minuten startte 5 minuten voor het midden van het gesprek en het laatste deel eindigde 5 minuten voor het einde van het gesprek. Deze minuten zijn ‘zuivere’ minuten waarbij er zo min mogelijk storing is van andere betrokkenen dan de therapeuten en de cliënten. Zo mocht bijvoorbeeld een psychiater, die geen deel uitmaakt van de werkrelatie tussen behandelaar en cliënt, niet langer dan 2 minuten aan het woord zijn. Was dit wel het geval werden er andere minuten geselecteerd waarbij het gesprek wel plaatsvond tussen cliënt en behandelaren. Omdat er niet bij alle filmpjes 30 ‘zuivere’ minuten te scoren waren is ervoor gekozen de frequentie van de gedragingen binnen de schalen per 10 minuten te gebruiken. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op de 4 werkrelatievariabelen is te zien in Tabel 1. Hiervoor zijn 9 andere filmpjes gebruikt dan de filmpjes die in het onderzoek geïncludeerd zijn.

Tabel 1.

De Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid weergegeven per SOFTA schaal.

SOFTA- schalen	Correlatie tussen beoordelaar 1 en 2
Betrokkenheid - Therapeut	.77
Betrokkenheid - Cliënt	.90
Emotionele_Connectie - Therapeut	.91
Emotionele_Connectie - Cliënt	.91

Vragenlijsten. Een vragenlijstenpakket bevatte meerdere vragenlijsten en de gemiddelde afnameduur is een half uur. Sommige vragenlijsten moeten per kind ingevuld worden en zaten dus dubbel in het pakket.

Pathologie. Voor het onderzoeken van het construct pathologie is gebruik gemaakt van twee vragenlijsten. De Outcome Questionnaire.45 (OQ). Dit is een vragenlijst die gebruikt kan worden voor het meten van psychosociaal functioneren en symptoomreductie bij cliënten met diverse stoornissen. De interne consistentie is van voldoende niveau bij een gecombineerde steekproef van patiënten en normalen ($\alpha = 0.72-0.96$) (Lambert, Morton, Hatfield et al., 2004). Voor de pathologie bij kinderen is de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) gebruikt. Deze vragenlijst screent psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen en adolescenten. De vragenlijst wordt ingevuld door de ouders van het kind. De psychometrische kwaliteit van de Nederlandse versie van de SDQ is redelijk tot goed te noemen (COTAN, 2007), met een Cronbach's alpha variërend van 0.70 voor ouders (Muris, Meesters & Van den Berg, 2003).

Gezinsfunctioneren. Het gezinsfunctioneren is gemeten met twee vragenlijsten. Ten eerste is de Family Assessment Device (FAD) gebruikt (Epstein, Bishop & Levin, 1978). Een gezin moet volgens dit instrument een aantal taken effectief uitvoeren om goed te kunnen functioneren. Alleen de subschaal Algemeen Gezinsfunctioneren van 12 items is afgenomen. Deze is een goede predictor voor de totale FAD-score en heeft een Cronbach's alpha van $\alpha = 0.82$ bij vaders en $\alpha = 0.86$ bij moeders (De Wachter, Vandewalle, Vansteelandt, Vanderlinden, & Lange, 2006). Daarnaast is de opvoedingsbelasting gemeten met de Opvoedingsbelasting vragenlijst (OBVL). Deze vragenlijst werd door beide ouders voor elk kind in een gezin ingevuld. (Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2012).

Ervaren invloed. De ervaren invloed op hun kinderen en eigen leven moet door ouders worden aangegeven op een schaal van 1 tot 10. Ook wordt er gebruik gemaakt van de Goal Attainment Scale. Dit is een schaal die loopt van -1 tot +2 waarin aangegeven wordt of het doel niet behaald is en slechter is geworden (-1) of het doel niet behaald is maar gelijk is gebleven (0) of dat het deels (+1) of helemaal behaald is (+2).

Statistische analyses

Voor de analyses is gebruik gemaakt van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 22.0. Missing items op alle vragenlijsten zijn ingevuld met de gemiddelde score van de overige participanten. Om één kind te selecteren per gezin ten behoeve van de vergelijkbaarheid van de scores van de gezinnen ongeacht het aantal kinderen binnen het gezin is gekozen voor het kind dat bij de Intake het hoogst scoorde op de SDQ. Ook bij een vragenlijst van het gezinsfunctioneren, de OBVL, is dit kind gebruikt, omdat het kind met de meeste problematiek hoogstwaarschijnlijk ook voor de zwaarste opvoedingsbelasting zorgt. In de meeste gevallen werd voldaan aan de assumpties om de analyse uit te kunnen voeren. Op enkele meetmomenten waren een aantal vragenlijsten niet normaal verdeeld, maar omdat er sprake is van een zeer kleine steekproef en de normaalverdeling niet consequent bij één meetmoment of één instrument afwijkt, is besloten de analyse wel uit te voeren. Daarbij de kritische noot dat de uitkomsten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Om te onderzoeken of de werkrelatie invloed uitoefent op het behandel-effect is een gemiddelde score over de 3 meetmomenten van de werkrelatie berekend. Hierdoor waren er vier variabelen voor de werkrelatie, twee voor de therapeut en twee voor de cliënt. De invloed van de werkrelatie op het behandel-effect is gemeten aan de hand van Multipale Hiërarchische Regressieanalyses voor elke uitkomstmaat, waarbij stapsgewijs de variabelen werden toegevoegd. Vanwege de kleine steekproef worden alle resultaten met een p-waarde tussen de 0 en 0,1 gerapporteerd.

Resultaten

Behandeleffect

Om te onderzoeken of er een behandel-effect heeft plaatsgevonden tijdens de behandeling is een herhaalde MANOVA uitgevoerd voor de constructen ‘Pathologie’ (OQ en SDQ) ‘Gezinsfunctioneren’ (FAD en OBVL) en ‘Invloed’ (Invloed Kind en Invloed Leven). De gemiddelden en standaarddeviaties van vader en moeder zijn respectievelijk te zien in Tabel 2 en Tabel 3. Bij vaders gaven de analyses geen significante verschillen weer.

Tabel 2.

Gemiddelden(M) en Standaard Deviaties(SD) van de uitkomstmaten Vader

	Intake		Start_behandeling		Eind_behandeling	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
OQ	50,28	23,05	44,10	18,24	45,03	18,03
SDQ	18,88	3,33	19,27	6,79	18,86	7,36
FAD	38,27	5,40	37,64	4,35	36,30	4,23
OBVL	65,41	12,90	68,58	11,48	66,91	11,28
Invloed_Kind	6,75	1,54	6,61	1,88	6,07	1,76
Invloed_Leven	6,94	1,48	7,11	1,07	6,39	2,04

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

Bij moeder wordt er wel een behandel-effect gevonden. Het construct Pathologie laat een significant effect zien, Wilks Lambda = 0,50, $F(4,14) = 3,58$, $p = .033$. Er was een lineaire afname tussen Intake en Eind behandeling voor zowel de OQ; $F(1,17) = 13,48$, $p = .002$ als op de SDQ; $F(1,17) = 8,68$, $p = .009$. De scores op de OQ vallen op alle meetmomenten onder de klinische grens, maar bij de SDQ blijven de scores, ondanks de afname, boven de klinische grens. Bij het Gezinsfunctioneren wordt net geen significant effect gevonden, Wilks Lambda = 0,53, $F(4,14) = 3,12$, $p = .050$. Bij de twee vragenlijsten dit onder dit construct vallen is een echter wel een significant kwadratisch verband gevonden waarbij de significante vooruitgang plaats heeft gevonden tussen Start behandeling en Eind behandeling en niet tussen de Intake en Eind behandeling. De significante vooruitgang vindt plaats bij zowel de FAD; $F(1,17) = 5,758$, $p = .028$ als de OBVL; $F(1,17) = 6,40$, $p = .022$. Bij beide vragenlijsten blijven de scores echter nog in het klinische gebied. Het laatste construct Invloed liet geen significant effect zien.

Voor de GAS-score voor de zelf geformuleerde therapiedoelen is een gemiddelde berekend van 13 van de 19 gezinnen en hieruit is gebleken dat vaders gemiddeld een score van 1,0 (SD=0,5) en moeders een score van 1,2 (SD=0,4) geven aan de doelen. Dus gemiddeld genomen was er vooruitgang, maar is het vooraf gestelde doel (nog) niet behaald.

Tabel 3.

Gemiddelden(M) en Standaard Deviaties(SD) van de uitkomstmaten Moeder

	Intake		Start_behandeling		Eind_behandeling	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
OQ	62,47	19,05	57,07	24,77	47,93*a	20,22
SDQ	20,50	7,05	18,35	8,44	16,21*a	6,60
FAD	36,00	5,44	34,61	5,18	37,93*b	4,92
OBVL	71,67	11,41	77,00	16,26	68,33*b	12,47
Invloed_Kind	6,94	1,55	6,53	1,85	7,15	1,13
Invloed_Leven	6,40	1,97	6,24	2,10	6,54	1,74

Note. N=18 **p* <.05 a= Intake-Eind b=Start-Eind

Relatie tussen behandel­effect en geobserveerde werkrelatie

In Tabel 4 zijn de gemiddelde frequenties per 10 minuten en standaarddeviaties van de gedragingen in de vier SOFTA schalen van de werkrelatie over beide ouders samen te zien (gemiddeld over de 3 gesprekken). Ook de therapeutische complimenten zijn hierin getoond.

Tabel 4.

Gemiddelden(M) en Standaard Deviaties(SD) van de Werkrelatie(SOFTA)

SOFTA-schalen	<i>M</i>	<i>SD</i>
Betrokkenheid - Therapeut	8,91	2,98
Betrokkenheid - Cliënt	12,33	2,59
Emotionele_Connectie - Therapeut	4,34	2,98
Emotionele_Connectie - Cliënt	3,64	1,38
Complimenten	0,51	0,45

Om te onderzoeken of de geobserveerde werkrelatie invloed heeft op het behandel­effect zijn lineaire hiërarchische meervoudige regressie­analyses uitgevoerd bij de variabelen waar een behandel­effect was gevonden. Bij de lineaire afname van pathologie is geen regressie­analyse uitgevoerd omdat de significante afname niet plaatsvond tijdens de

behandeling waarin de werkrelatie is gemeten. De afhankelijke variabelen waren de scores bij Eind behandeling van de vragenlijsten. Als eerste stap werd de score van de betreffende vragenlijst op Start behandeling toegevoegd. Daarna werden de therapeutscores en daarna de cliëntscores toegevoegd. Hierna zijn de interacties tussen de beginwaarde van de betreffende vragenlijst (score op Start behandeling) en de werkrelatie toegevoegd. Om te kijken of de mate van problematiek bij aanvang van invloed was op de rol van de werkrelatie.

Gezinsfunctioneren (FAD). Er is een significante regressie gevonden bij de vragenlijst over het gezinsfunctioneren wanneer de therapeutschalen, zonder de interacties, in het model opgenomen zijn, $F(3,14) = 4,70, p = .018$). De delta R bedraagt .203 en laat een trend zien van $p = .092$. Binnen dit model dragen de therapeutschalen bovenop de al significante beginwaarde verder bij aan de verklaarde variantie maar zijn elk van de therapeutschalen niet significant en laten elk ook geen trend zien zoals te zien in Tabel 5. Het toevoegen van de interactie-effecten zorgt niet voor significant meer verklaarde variantie en deze zijn binnen dit onderzoek met deze werkwijze niet significant bevonden. Wanneer alleen de therapeutschalen samen met de interactievariabelen van therapeut en beginwaarde worden geanalyseerd laten de therapeutschalen wel een trend zien. Voor de *Emotionele Connectie* geldt dan ($\beta = .793, p = .095$) en voor de *Betrokkenheid* ($\beta = .501, p = .064$).

Tabel 5.

Regressieanalyse van het Gezinsfunctioneren (FAD) en de werkrelatie

	B	SEB	β	<i>p</i>	R²
Model 1					.299*
FAD_Start_behandeling	,519	,199	,547*	.019	
Model 2					.502 ^a
FAD_Start_behandeling	,528	,257	,557 ^a	.059	
Betrokkenheid_Therapeut	,612	,378	,371	.127	
Emotionele_Connectie_Therapeut	,571	,380	,346	.156	
Model 3					.509
FAD_Start_behandeling	,528	,323	,556	.129	
Betrokkenheid_Therapeut	,617	,405	,374	.154	
Emotionele_Connectie_Therapeut	,526	,427	,319	.242	
Betrokkenheid_Cliënt	-,067	,562	-,035	.908	

Emotionele_Connectie_Cliënt	,267	,769	,075	.734
-----------------------------	------	------	------	------

Note. N=18 * $p < .05$ ^a $p < .10$

Opvoedingsbelasting (OBVL). Bij de opvoedingsbelasting wordt ook een significant model gevonden, namelijk wanneer de cliëntschalen in model 3 naast de therapeutschalen worden toegevoegd ($F(5,12) = 4,379, p = .017$). Dit is te zien in Tabel 6. De delta R bedraagt .179 en laat een trend zien van $p = .085$. Binnen het model is cliëntschaal *Betrokkenheid* de schaal die significante bijdrage levert aan de verklaarde variantie ($\beta = .535, p = .032$). Het toevoegen van de interactie-effecten zorgt niet voor significant meer verklaarde variantie en deze zijn binnen dit onderzoek met deze werkwijze niet significant bevonden.

Tabel 6.

Regressieanalyse van de opvoedingsbelasting(OBVL) en de werkrelatie

	B	SEB	β	p	R²
Model 1					,458*
OBVL_Start_behandeling	,519	,141	,676*	.002	
Model 2					,467
OBVL_Start_behandeling	,481	,174	,628*	.015	
Betrokkenheid_Therapeut	,217	,927	,052	.818	
Emotionele_Connectie_Therapeut	-,344	,859	-,082	.695	
Model 3					,646 ^a
OBVL_Start_behandeling	,416	,155	,542*	.020	
Betrokkenheid_Therapeut	-,189	,835	-,045	.825	
Emotionele_Connectie_Therapeut	,677	,862	,162	.448	
Betrokkenheid_Cliënt	2,580	1,062	,535*	.032	
Emotionele_Connectie_Cliënt	,028	1,589	,003	.986	

Note. N=18 * $p < .05$ ^a $p < .10$

Therapiegerelateerde complimenten. Om te onderzoeken wat de rol van de therapiegerelateerde complimenten is, zijn deze frequenties toegevoegd aan de regressieanalyse. Zowel als enige voorspeller als samen met de SOFTA-schalen verklaarden de gegeven complimenten geen significant variantie in het behandel-effect.

Discussie

Huidige studie was een pilot onderzoek naar de effectiviteit van oplossingsgericht werken bij de gezinsdagbehandeling (GDB) en de mogelijke rol van een goede werkrelatie daarbij.

Behandel effecten

Voor vaders zijn er geen behandel effecten gevonden. Mogelijk komt dit door het lage aantal vaders (N=10) dat opgenomen is binnen dit onderzoek. Het zou echter ook kunnen zijn dat vaders daadwerkelijk binnen de behandeling nog niet voldoende vooruitgang boeken. Mogelijk zijn zij vóór de behandeling minder betrokken geweest bij de opvoeding waardoor zij eerst tijd nodig hebben om mee te werken aan de opvoeding voordat zij kunnen profiteren van de behandeling. Bij moeders zijn er daarentegen wel behandel effecten gevonden. Gevonden is dat de pathologie van zowel moeder als kind geleidelijk afneemt. Moeders startten echter al in het normale gebied en blijven hierin, waarbij kinderen startten in het klinische gebied en hier net niet uitkomen. Mogelijk laat een follow-up zien dat deze afname doorzet of is langere therapie nodig om de afname door te zetten tot in het normale gebied. De afname is in overeenstemming met de eerder gevonden literatuur, waaruit gebleken is dat de oplossingsgericht werken zorgt voor vermindering van psychologische condities zoals stress en depressie (D’Zurilla & Maschka, 1988; Nezu, 1987; Nezu & Perri, 1989). Een kanttekening bij dit resultaat kan geplaatst worden aangezien de significante verandering niet plaatsvindt tijdens de behandelperiode, maar er ook tijdens het voortraject een afname plaatsvindt en deze gehele afname significant is. De afname is dus niet alleen te wijten aan de GDB behandeling. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er in het voortraject mogelijk meer behandeling plaatsvindt dan verwacht werd en dat het voortraject geen echte baseline-periode is. Aandacht voor de cliënt en het in kaart brengen van de problematiek biedt mogelijk ook al voldoende hoop op vooruitgang en verheldering bij de cliënt. Psycho-educatie zal hier waarschijnlijk ook een rol bij spelen.

Tijdens de behandeling is een verbetering van het gezinsfunctioneren en een afname in opvoedingsbelasting gevonden en dit effect is gerelateerd aan de

behandelperiode. Dit is in overeenstemming met de literatuur waarin beschreven staat dat er door de oplossingsgerichte therapie onder andere minder vijandigheid binnen het gezin plaatsvindt en past daarmee binnen de verwachtingen van dit onderzoek (Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2012).

De behandeling lijkt in dit onderzoek geen significant effect te hebben op de ervaren invloed van ouders op hun kinderen en hun eigen leven. Dit is niet in overeenstemming met de verwachting; de behandeling richt zich juist op het vergroten van de *self-efficacy* van de ouders waarmee ook de ervaren invloed op kinderen en het eigen leven zou moeten stijgen (Cutrona & Troutman, 1986). De invloed is gemeten met een cijfer van 1 tot 10 en dit is mogelijk te grof en onduidelijk waardoor het teveel ruimte laat voor verschil in interpretatie van de participanten. Omdat deze scores mogelijk niet betrouwbaar genoeg zijn om de self-efficacy te meten wordt aangeraden een self-efficacy vragenlijst voor ouders af te nemen.

Gemiddeld geven de gezinnen na de behandeling aan dat de opgestelde doelen deels behaald zijn. Mogelijk is de behandeling te kort om daadwerkelijk de doelen echt te behalen, met daarbij de vraag of ‘deels’ genoeg is voor de gezinnen om zelf de verbeteringen in de thuissituatie voort te zetten. Om erachter te komen of de opgestelde doelen na afloop van de therapie alsnog behaald worden zou een follow-up ingezet moeten worden. Deze wordt in het Zon-Mw project waarvan dit onderzoek een pilot is dan ook 3 maanden na de behandeling gemeten op alle uitkomstmaten.

De rol van werkrelatie

Verwacht werd dat een betere werkrelatie voor betere behandeluitkomsten zorgt. Dit is juist van belang voor de multiprobleemgezinnen omdat zij een lang zorgtraject al achter de rug hebben (Zoon en Berg-Le Clerq, 2013). Vaak wordt de werkrelatie met een vragenlijst gemeten die ofwel door de cliënt ofwel door de therapeut wordt ingevuld. In dit onderzoek is er echter voor gekozen om de werkrelatie objectief te meten met de behulp van System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA; Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero & Martens, 2006). Dit is nooit eerder gedaan en ook met deze vorm van meten is gebleken dat de werkrelatie van belang is. Bij het gezinsfunctioneren lijkt de betrokkenheid en de emotionele connectie van de therapeut

gezamenlijk een rol te spelen als voorspeller voor de behandeluitkomst. Echter is niet gevonden dat één van de twee specifieke schalen significant bijdraagt aan de verklaarde variantie. Dit kan komen door de kleine groep en de lage power van de analyses. Verwacht wordt dat deze trends in het grotere onderzoek waarvan dit onderzoek een pilot is significant kunnen worden. Bij de opvoedingsbelasting is de betrokkenheid van de cliënt een belangrijke voorspeller voor goede behandeluitkomst. Hoe meer betrokken de cliënt is bij de behandeling hoe minder opvoedingsbelasting zij ervaart aan het eind van de behandeling. De therapeut lijkt dus een rol te spelen wanneer het gaat om het objectieve gezinsfunctioneren. Wanneer het gaat om ervaren opvoedingsbelasting is juist de betrokkenheid van de cliënt belangrijk. Dit was buiten verwachting, maar is een logische uitkomst. Binnen de therapie wordt er veel gewerkt aan het gezinsfunctioneren en de therapeut speelt hierin een belangrijke en actieve rol door onder andere het herkennen van conflicten en samen met het gezin op zoek te gaan naar oplossingen. Bij de opvoedingsbelasting is het mogelijk belangrijker dat de cliënt zich doelgericht opstelt en hiermee ook thuis profiteert van de behandeling en hierdoor minder opvoedingsbelasting ervaart. Beide onderdelen van het gezinsfunctioneren blijven echter binnen het klinische gebied. Wellicht is 6 weken te kort om een nog positiever resultaat te bereiken. Dit gaat echter nog onderzocht worden door middel van een follow-up na 3 maanden.

De therapiegerelateerde complimenten lijken geen effect te hebben op het voorspellen van goede behandeluitkomsten en hebben geen toegevoegde waarde om deze te voorspellen bovenop de SOFTA-schalen. Dit kan komen doordat het maar zelden voorkwam in de relatief korte observatieperiodes van dit onderzoek. Dan zouden complimenten wellicht beter gedurende de hele behandelperiode gescoord moeten worden. Een andere verklaring voor het gebrek aan toegevoegde waarde kan zijn dat ze vaak al in de context van een empathische uitspraak werden gegeven, en deze uitspraken al wel bij de SOFTA-schalen hoorden.

Sterke punten

De resultaten van het huidige pilot onderzoek ondersteunen de effectiviteit van de oplossingsgerichte behandeling en geeft aan dat verder onderzoek geïndiceerd is.

Oplossingsgerichte therapie zoals gegeven bij de gezinsdagbehandeling is een vorm van behandeling die al in de praktijk geïmplementeerd is waarmee de effectiviteit van de behandeling in de meest realistische vorm is onderzocht. Echter, er is alleen onderzoek gedaan in de setting waar deze therapie ook is ontwikkeld. Het is bekend dat een therapie pas effectief is als het ook op andere, meer onafhankelijke locaties effectief is gebleken (Loon, Meulen, & Minnaert, 2011). In het Zon-Mw project waar deze pilot deel van uit maakt worden daarom ook andere locaties opgenomen.

Beperkingen

Ondanks de sterke punten zijn er ook een aantal beperkingen waar rekening mee gehouden moet worden. Eén van de beperkingen is het design. Al eerder is aangegeven dat het voortraject geen goede baseline-periode lijkt te zijn omdat hierin ook al vooruitgang wordt geboekt. Een suggestie voor vervolgonderzoek zijn een controle groep te realiseren die of deze of een alternatieve therapie random toegekend zou krijgen zodat RCT als methode gebruikt kan worden. Een tweede beperking is de steekproef. Hierbij wordt geadviseerd om indien mogelijk meer vaders te includeren om een meer gevarieerdere steekproef te vormen. Ondanks dat er alleen multiprobleemgezinnen geïnccludeerd zijn is de steekproef geen representatieve groep voor Nederlandse multiprobleemgezinnen. Dit omdat de geïnccludeerde gezinnen allen opgenomen waren bij de gezinsdagbehandeling. Dit geeft aan dat zij een bepaalde mate van problematiek hebben en dit is niet gelijk voor alle multiprobleemgezinnen. In het project waarvan dit onderzoek een pilot is worden ook de lichtere, poliklinische trajecten, en zwaardere, klinische opname trajecten meegenomen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van één kind per gezin. Met het oog op het Zon-Mw project wordt aangeraden de vooruitgang van alle kinderen te onderzoeken omdat deze mogelijk ook invloed op elkaar kunnen hebben.

Conclusie

De bevindingen van huidige pilot laten zien dat de oplossingsgerichte therapie binnen de gezinsdagbehandeling lijkt te zorgen voor een verminderde pathologie bij zowel moeder als kind, een verbeterd gezinsfunctioneren en verlaagde opvoedingsbelasting. Hierbij blijven de pathologie van kinderen, het gezinsfunctioneren en de opvoedingsbelasting

echter binnen het klinische gebied. De therapeutschalen van de werkrelatie lijken een positieve rol te spelen bij het gezinsfunctioneren, bij de opvoedingsbelasting lijkt juist de betrokkenheid van cliënt een voorspeller te zijn voor het behandelresultaat. De veronderstelde positieve rol van de therapiegerelateerde complimenten voor dit behandelresultaat is binnen dit onderzoek nog niet aangetoond, maar de overige resultaten zijn veelbelovend en bieden goede vooruitzichten voor het Zon-Mw project.

Referenties

- 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 psychische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59
- Bordin, S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16 (3), 252-260
- Cockburn, J. T., Thomas, F. N., & Cockburn, O. J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(2), 97-106.
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 234-242.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.) (2010), *The heart and soul of change* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- D’Zurilla, T. J., & Maschka, G. (1988, November). Outcome of a problem-solving approach to stress management: I. Comparison with social support. New York,
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
- Escudero, Friedlander, Varelac, Abascald, (2008).
- 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. *J Couns Psychol*, 53, 214-225.
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance: a conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 67-85.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community mental Health J*, 4, 443-453.
- Lambert, M.J., Morton, J.J., Hatfield, D. Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R.C., Shimokawa, K., Christopherson, C., & Burlingame, G. B. (2004). Administration and Scoring Manual for the OQ-45. Orem, UT: *American Professional Credentialing Services*
- Loon, D. van, Meulen, B. van der, & Minnaert, A. (2011), 'Effectonderzoek in de gedragswetenschappen. Methodologische moeilijkheden en mogelijkheden'. Den Haag: Boom/Lemma.
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The therapy process observational coding system-alliance scale: measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 323.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The strenghts and difficulties questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolescent Psych*, 12(1), 1-8.
- Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121–144.
- Nezu, A. M., & Perri, M. G. (1989). Social problem solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408–413.
- 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
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- De Wachter, D., Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lange, A. (2006).

- Een psychometrische verkenning van de Nederlandse versie van de Family Assessment Device. *Dth*, 26(1), 21-27.
- Wall, M. D., Amendt, J. H., Kleckner, T., & Bryant, R. D. (1989). Therapeutic compliments: Setting the stage for successful therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15(2), 159-167.
- Zoon, M., Berg - Le Clercq, T. (2013) Wat werkt in multiprobleemgezinnen? *Nederlands Jeugdinstituut*

Bijlage 1. Gebruikte SOFTA-items

Therapeut

Betrokkenheid

- Therapist explains how therapy works
- Therapist encourages client to articulate their goals for therapy
- Therapist asks client whether they are willing to do a specific in-session task
- Therapist expresses optimism or notes that a positive change has taken place or can take place
- Therapist pulls in quiet client (by deliberately leaning forward, calling them by name)
- Therapist praises client motivation for engagement or change

Emotionele Connectie

- Therapist shares a lighthearted moment or joke with the client
- Therapist expresses confidence, trust or belief in the client
- Therapist expresses interest in the client apart from the therapeutic discussion at hand
- Therapist discloses his or her personal reactions or feelings toward the client or situation
- Therapist discloses some fact about his or her personal life
- Therapist remarks on or describes how his or her values or experiences are similar to the clients'
- Therapist expresses empathy for the clients struggle
- Therapist reassures or normalizes a clients's emotional vulnerability

Client

Betrokkenheid

- Client indicates agreement with the therapist's goals
- Client describes or discusses a plan for improving the situation
- Client introduces a problem for discussion (or a goal)
- Client expresses optimism or indicates that a positive change has taken place
- Client complies with therapist's request for an enactment
- Client leans forward
- Client mentions the treatment, the therapeutic process or a specific session

Emotionele Connectie

- Client shares a lighthearted moment or joke with the therapist
- Client verbalizes trust in the therapist
- Client expresses interest in the therapist's personal life
- Client indicates feeling understood or accepted by the therapist
- Client mirrors the therapist's body posture