

Universiteit Utrecht
Master Klinische Kinder- en Jeugdpsychologie

THESIS

Wat werkt voor wie, bij Oplossingsgerichte Therapie? De invloed van de werkrelatie op het behandel-effect van Oplossingsgericht Werken bij multiprobleemgezinnen

Isolde T. M. de Smet

Studentnummer: 3788458

Datum: 08-07-2016

Begeleider Universiteit Utrecht: Dr. Y. van Beek

Tweede beoordelaar: Myrthe Kluin-Haster

Voorwoord

In dit voorwoord wil ik graag een aantal mensen bedanken. Allereerst wil ik mijn begeleidster vanuit de Universiteit Utrecht, Yolanda van Beek, hartelijk bedanken. Zij heeft mij niet alleen geholpen om mijn scriptie tot dit eindresultaat te brengen, maar ook heeft ze mij met iedere meeting de lol van onderzoek doen in laten zien. Daarnaast wil ik mijn begeleidsters vanuit Yulius, Liesbeth Gudde, Sylvana Robbers en Daniela Beijer bedanken. Jullie begeleiding en bijsturing waren zeer waardevol. Speciale dank gaat daarbij uit naar Liesbeth Gudde, die dagelijks met mij meedacht en bij wie ik met al mijn vragen terecht kon. Graag wil ik ook Malou Franke bedanken, mijn medestagiaire. De afgelopen 10 maanden hebben wij lief en leed kunnen delen, waarvoor dank. En tot slot wil ik graag mijn familie bedanken voor al hun steun.

Samenvatting

Multiprobleemgezinnen zijn gezinnen waarin complexe problematiek heerst, waardoor self-efficacy is afgenomen, en waarin ontoereikende eerdere hulpverleningstrajecten weerstand ten opzichte van de hulpverlening hebben nagelaten. Deze pilot heeft onderzocht of de methode Oplossingsgericht Werken effectief is bij multiprobleemgezinnen en of de werkrelatie tussen therapeut en client hierop een invloed heeft. Negentien gezinnen zijn geobserveerd tijdens hun behandeling. Resultaten tonen dat Oplossingsgericht Werken de opvoedingsbelasting van moeders verlaagt en het gezinsfunctioneren verbetert. Tevens neemt pathologie van zowel moeders als kinderen significant af tijdens het voortraject en de behandelperiode samen. Tot slot zijn er aanwijzingen gevonden dat een hogere mate van betrokkenheid van de client positief correleert met een grotere daling in de opvoedingsbelasting van moeders en dat de grotere betrokkenheid en warmte van de therapeut samenhangen met een verbetering in het gezinsfunctioneren. De ervaren werkrelatie van kinderen lijkt een voorspellende waarde te zijn voor de daling in opvoedingsbelasting van moeders.

Trefwoorden: Oplossingsgericht Werken, multiprobleemgezinnen, werkrelatie

Abstract

Multi-problem families have complex problems, leading to feelings of powerlessness and decreased self-efficacy. Earlier interventions have been insufficient, leading to resistance and distrust. This pilot investigated whether a Solution-Focused Family Therapy (SFFT) was effective in these multi-problem families and if the alliance between therapist and client affected this effectiveness. Nineteen families were observed during their treatment at the Family Day treatment. The results suggested that SFFT effectively lowered parenting stress in mothers and increased family functioning. Furthermore, pathology in both mothers and children decreased significantly between intake and end of treatment. Regarding alliance, the engagement and emotional connection of the therapist may correlate positively with an increase in family functioning and the engagement of the client may correlate with a decrease in parenting stress. The alliance as experienced by children may be a predictor of the declining parenting stress of mothers.

Key words: Alliance, multi-problem families, solution-focused therapy

Wat werkt voor wie, bij Oplossingsgerichte Therapie? De invloed van de werkrelatie op het behandelresultaat van Oplossingsgericht Werken bij multiprobleemgezinnen

In 75.000 tot 116.000 gezinnen in Nederland is er sprake van meervoudige en complexe problematiek (Van der Steeg & Zoon, 2015). Deze gezinnen worden aangeduid met de term multiprobleemgezinnen. Om te voorkomen dat de problemen toenemen en intergenerationeel worden doorgegeven (Tickell, 2012), is het van groot belang dat deze gezinnen effectieve hulp krijgen. Hier is echter veel te weinig onderzoek naar gedaan. Deze pilot kijkt naar de effectiviteit van Oplossingsgericht Werken met multiprobleemgezinnen en het belang van een goede werkrelatie daarbij.

De complexe problematiek binnen multiprobleemgezinnen doet zich vaak op verschillende gebieden voor. Vaak is de basis verstoord, is er geen gedegen huisvesting, doen problemen zich op het werk, op school, in de relatie tussen ouders en kind en in de buurt en zijn de gezinnen te karakteriseren als sociaal geïsoleerde gezinnen (Fukkink & Skeketee, 2002). Maar ook individuele factoren zoals pathologie, verslaving en misbruik spelen een rol (Goderie & Sketekee, 2005). De problemen zijn onderling verweven, hebben een chronisch karakter en wordt vaak intergenerationeel overgegeven (Baartman & Dijkstra, 1987; Goderie & Sketekee, 2005). Het gevolg van de veelheid aan problematiek is dat het gevoel van machteloosheid binnen de gezinnen toeneemt. Hieruit kan het machteloosheidssyndroom ontstaan, een fenomeen dat zich uit in een verminderd zelfsturend vermogen met hopeloosheid en negatieve gedachten over zichzelf (Oppenoorth, 2008). Dit zelfsturend vermogen, in het Engels 'self-efficacy' genoemd, heeft betrekking op het gevoel van ouders invloed te hebben op hun leven en problemen op te kunnen lossen (Peterson & Park, 2007). Door een afname van het zelfsturend vermogen komt het gezin in een negatieve spiraal waar zij niet meer uit lijken te komen, waarin de ontwikkeling van het kind in het gedrang komt en

het risico op kindermishandeling en -verwaarlozing toeneemt. In crisissituaties is er vaak kortstondig een beroep gedaan op hulpverlening. Dit heeft vaak onvoldoende resultaat omdat de gezinnen de hulp afwijzen of voortijdig afbreken, of omdat de hulp ontoereikend blijkt (Goderie & Sketekee, 2005; Van der Steeg & Zoon, 2015). Uit onderzoek is gebleken dat in deze trajecten de problematiek en de desorganisatie van het gezin vaak centraal staat (Sousa, Ribeiro & Rodrigues, 2007). Door een interventie te richten op het vergroten van de self-efficacy van ouders zal de mate van controle over de problemen toenemen en zullen de risico's voor het kind afnemen.

Een methodiek die zich richt op het vergroten van de self-efficacy is Oplossingsgericht Werken. Het idee dat niet de therapeut maar de cliënt de expert is, vormt de basis van deze interventie. Het gezin beschikt over krachten en oplossingen van waaruit naar een oplossing toe gewerkt kan worden. De gezinsleden bepalen wat zij nodig hebben en welke doelen er nodig zijn om dit te behalen (Huibers, 2007). De therapeut staat hierbij naast de cliënt om samen naar deze krachten te zoeken (Cepeda & Davenport, 2006). De ouder wordt hierdoor in zijn kracht gezet en zal zich competentier gaan voelen in het ouderschap. Het beoogde effect hiervan is dat de ouder meer invloed gaat ervaren op de eigen situatie, waardoor de opvoedingsbelasting afneemt en de psychopathologie bij zowel ouder(s) als kind(eren) beter gehanteerd wordt of zelfs verdwijnt. Hierdoor zal het algemeen gezinsfunctioneren verbeteren.

Onderzoek naar de effecten van Oplossingsgericht Werken bij multiprobleemgezinnen is erg schaars. Corcoran & Pillai (2009) hebben een meta-analyse gedaan van 10 studies met verschillende populaties. Deze studies hadden zowel een experimentele en controlegroep als een voor- en nameting. Hieruit bleek onder andere dat bij ouders met problemen in de opvoeding het Oplossingsgericht Werken een positief effect had op het gezinsfunctioneren. Daarnaast is uit drie reviews gebleken dat Oplossingsgericht Werken bij diverse doelgroepen

effectief is ten opzichte van een controlegroep (Gingerich & Eisengart, 2000; Stams, Dekovic, Buist & de Vries, 2006; Gingerich & Peterson, 2012). Gingerich en Eisengart (2000) vonden dat oplossingsgerichte therapie bij verschillende doelgroepen effectiever is dan andere behandelingen en Stams en collega's (2006) vonden dat resultaten in kortere tijd behaald werden dan bij andere therapieën. Uit het review van Gingerich & Peterson (2012) van 6 studies bleek dat de therapie de belasting van het gezin en de opvoedingsbelasting significant verlaagde. De conclusie van alle reviews is echter dat Oplossingsgerichte Werken effectief lijkt te zijn, maar dat er te weinig onderzoek gedaan is en dat de onderzoeken die zijn gedaan geen eenduidig beeld geven. Daarbij zijn de onderzoeken weinig specifiek voor multiprobleem-gezinnen. Het huidige onderzoek zal daarom toetsen of Oplossingsgericht Werken bij multiprobleemgezinnen effectief is, dat wil zeggen of de mate van opvoedingsbelasting, ouderlijke psychopathologie en psychopathologie bij het kind verminderen en de mate van ervaren invloed en het algemeen gezinsfunctioneren toeneemt. Ook wordt gemeten in hoeverre ouders de voor de behandeling gesteld doelen behalen.

Om het beoogde effect te meten, worden in deze pilot wordt geen controlegroep gebruikt. In plaats daarvan worden de gezinnen met zichzelf vergeleken. Hiervoor wordt een baselineperiode gebruikt, die loopt vanaf de intake tot aan het begin van de behandeling. Er is in deze periode wel aandacht voor de gezinnen, maar zij krijgen nog geen behandeling. Daarna volgt de behandelperiode, die loopt vanaf de contractbespreking tot aan de eindevaluatie. Op deze drie momenten vullen de gezinnen een pakket vragenlijsten in waarmee de uitkomstmaten gemeten worden. Er wordt verwacht dat er een grotere vooruitgang zichtbaar is in de behandelperiode ten opzichte van de baselineperiode.

Als tijdens de behandelperiode het gezinsfunctioneren verbetert en de problematiek afneemt, is het belangrijk om te kijken wat er specifiek tijdens deze behandeling werkt en waarom. Zo kan de therapie verbeteren en efficiënter gemaakt worden. In de huidige studie

zal daarvoor gekeken worden naar de werkrelatie tussen de therapeut en de cliënten, omdat deze alliantie een basisvoorwaarde vormt van het doen slagen van de behandeling. Natuurlijk is de werkrelatie bij ieder therapie en doelgroep belangrijk voor de effectiviteit (Thomas, 2006), maar bij het Oplossingsgericht Werken bij multiprobleemgezinnen blijkt het een cruciale rol te spelen (Gurman & Kniskern, 1978; Friedlander, Wildman, Heatherington & Skowron, 1994; Zoon & Berg-Le Clerq, 2013). De eerdere hulpverleningstrajecten hebben door de hardnekkigheid van de problematiek vaak onvoldoende effect gehad en hebben bij de gezinnen weerstand ten opzichte van nieuwe hulpverlening achtergelaten (Oppenoorth, 2005; Goderie & Steketee, 2005). Het opbouwen van de interactie, een goede werkrelatie, zou weerstand verlagend werken (Zoon & Berg-Le Clercq, 2013). Een werkzaam element van Oplossingsgericht Werken lijkt dan ook dat de cliënt vertrouwen en respect moet hebben voor de hulpverlener (Cepeda & Davenport, 2006). Het gezin staat dan positiever tegenover de hulpverlening, waardoor de kans op een goede behandeluitkomst vergroot. Pas dan kan de therapeut naast de cliënt gaan staan om samen naar krachten en oplossingen te zoeken (Cepeda & Davenport, 2006). Het huidige onderzoek zal daarom toetsen of de kwaliteit van de werkrelatie een voorspeller is van een goede behandeluitkomst.

De therapeutische werkrelatie kan omschreven worden als een positieve affectieve band tussen het gezin en de therapeut, waarbij sprake is van wederzijds vertrouwen, respect en zorg. Er is overeenstemming in de doelen en beide partijen zijn actief betrokken bij het proces (Horvath & Bedi, 2002; in Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006).

Bij het meten van de therapeutische werkrelatie zijn twee methodes te onderscheiden: via observatie tijdens de behandeling of via het meten van de ervaren werkrelatie met vragenlijsten. De geobserveerde werkrelatie is een objectieve toets om de mate van vertrouwen in, en toewijding aan de therapie te meten. In de huidige studie wordt daarom de werkrelatie onderzocht met het System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA;

Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero & Martens, 2006). Dit is een gevalideerde observatiemethode die speciaal is gericht op gezinnen. Het systeem kent een aantal voordelen ten opzichte van andere meetsystemen. Allereerst wordt beïnvloeding van sociale wenselijkheid tot een minimum beperkt, in tegenstelling tot bijvoorbeeld vragenlijsten (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006). Daarnaast wordt er gekeken naar verschillende aspecten van de werkrelatie en worden therapeut en cliënt apart gescoord. Op deze manier kan onderzocht worden welke factoren bij de therapeut dan wel de cliënt vooral van belang zijn, om zo de therapie te kunnen verbeteren.

In deze studie worden er aan het begin, halverwege en aan het eind van de behandelperiode video's gemaakt. Deze worden naderhand geobserveerd aan de hand van twee schalen van de SOFTA, vanuit zowel de cliënt als de therapeut. Met de schaal "Betrokkenheid tot de Therapie" wordt de overeenstemming met betrekking tot werkwijze en doelen gemeten. Met de schaal "Emotionele Connectie" wordt de band tussen therapeut en cliënt gemeten. Deze schalen zijn gebaseerd op de definitie van de werkrelatietheorie van Bordin (1979). Volgens hem bestaat een werkrelatie onder andere uit een overeenstemming in doelen en het ontwikkelen van emotionele banden. Hougaard heeft op basis van Bordin twee elementen onderscheiden, namelijk de persoonlijke relatie en het samenwerkende, taakgerichte aspect van de werkrelatie met de therapeut (Hougaard, 1994). Verwacht wordt dat een betere kwaliteit van de geobserveerde werkrelatie zoals gemeten met de SOFTA een betere behandeluitkomst voorspelt.

Echter, de werkrelatie kan ook gemeten worden door middel van zelfrapportage van de cliënt. Een andere vorm van werkrelatie, de ervaren werkrelatie, kan worden uitgevraagd bij de cliënt door middel van zelfrapportage. Hoewel deze ervaren werkrelatie niet objectief is en vatbaar voor sociale wenselijkheid, geeft dit wel de beleving van de cliënt weer (Friedlander et al., 2006). Dit is een belangrijke aanvulling op de geobserveerde werkrelatie,

omdat de werkrelatie er goed uit kan zien, maar de client dit niet zo hoeft te ervaren. Beide vormen van meten zijn daarom belangrijk om de effectiviteit te kunnen meten, omdat ze allebei andere informatie opleveren. Uit een studie naar verschillende meetinstrumenten voor de werkrelatie is dan ook de conclusie dat er onderzoek gedaan moet worden naar een gecombineerde vorm van meten van de werkrelatie (Elvins & Green, 2007). Deze studie zal dat doen, door te meten of de ervaren werkrelatie de voorspellende waarde van de geobserveerde werkrelatie beïnvloedt. Omdat alle leden van het gezin belangrijk kunnen zijn voor de werkrelatie, wordt bij alle gezinsleden gevraagd wat hun ervaring van de werkrelatie is (Ellis et al., 2013). Verwacht wordt dat een betere kwaliteit van de ervaren werkrelatie een betere behandeluitkomst voorspelt. Tot slot zal gekeken worden naar de modererende factor van de ervaren werkrelatie op de invloed van de geobserveerde werkrelatie op de behandeluitkomst. Verwacht wordt dat de ervaren werkrelatie de voorspellende waarde van de geobserveerde werkrelatie op de behandeluitkomst versterkt.

Samengevat zal de huidige studie de volgende vier hypothesen onderzoeken:

1. Verwacht wordt dat er een goede behandeluitkomst is. Aan het eind van de behandeling geven ouders aan dat de vooraf gestelde de doelen (deels) zijn behaald. Daarbij zijn de mate van opvoedingsbelasting, ouderlijke psychopathologie en psychopathologie bij het kind verminderd, en zijn de mate van ervaren invloed en het algemeen gezinsfunctioneren toegenomen. Er wordt verwacht dat er een grotere vooruitgang zichtbaar is tussen de start en het einde van de behandeling dan in het voortraject van voormeting tot de start van de behandeling, waarbij er wel aandacht is voor de cliënt, maar er geen behandeling plaatsvindt.
2. Verwacht wordt dat een betere kwaliteit van de geobserveerde werkrelatie bij zowel cliënt als therapeut een betere behandeluitkomst voorspelt.

3. Verwacht wordt dat een betere kwaliteit van de ervaren werkrelatie bij alle gezinsleden een betere behandeluitkomst voorspelt.
4. Verwacht wordt dat de voorspellende waarde van de geobserveerde werkrelatie op de behandeluitkomst groter is, als de kwaliteit van de ervaren werkrelatie ook groter is.

Methode

Participanten

De participanten in deze studie waren 19 multiprobleemgezinnen die tussen mei 2015 en februari 2016 behandeling kregen op de Gezinsdagbehandeling van Yulius. Van deze gezinnen waren 10 een-oudergezinnen, waarbij in 9 gezinnen de moeder het hoofd van het gezin was. Alle gezinnen die zijn aangemeld op de afdeling Gezinspsychiatrie zijn gevraagd om mee te doen. Tijdens de intake werden beide ouders en kinderen vanaf 12 jaar gevraagd om schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek. Het inclusie criterium was dat het gezin minimaal 1 kind tussen de 3 en de 18 moest hebben. Kinderen ouder dan 18 zijn wel meegenomen in de behandeling, maar namen geen deel aan het onderzoek.

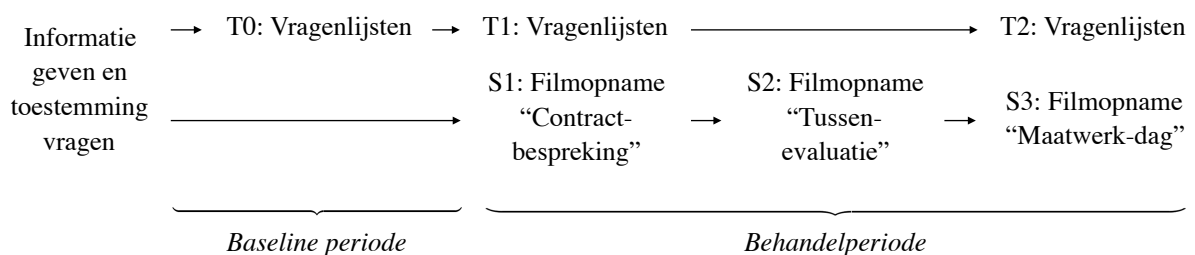
Procedure

Het huidige onderzoek is een pilot van een ZonMw-onderzoek, projectnummer 729101012. In deze pilot is er gebruikt gemaakt van een herhaalde metingen design met drie meetmomenten. De eerste periode liep van de intake (T0) tot aan de start van de behandeling (T1) en vormde de baseline periode. In deze periode vond er geen behandeling plaats, maar was er wel aandacht voor de gezinnen. Zo was er een aantal gesprekken geweest om de gezinsproblematiek in kaart te brengen. De tweede periode was de behandelperiode en liep van de start van de behandeling (T1) tot het einde van de behandeling (T2). Tijdens de behandeling hadden 3 à 4 gezinnen tegelijkertijd behandeling. De gezinnen kwamen 3 dagen

per week van 10:00 tot 15:00 samen met de therapeut. Wekelijks werd op de eerste en tweede dag therapie gegeven aan de gezinnen. Hierbij was er sprake van psycho-educatie en werden verschillende situaties uitgespeeld. Wanneer een conflict binnen het gezin ontstond, werd hierbij stil gestaan en werd het gezin nieuwe vaardigheden aangeleerd. Op de derde dag was er een evaluatiemoment met de psychiater. Hierbij werd per gezin aan de hand van video-opnames geëvalueerd hoe het gezin functioneerde. Daarnaast werd de therapie tijdens de behandelperiode tweemaal apart geëvalueerd door de ouders samen met de therapeuten, namelijk tijdens de tussenevaluatie en de eindevaluatie. Op T0, T1 en T2 hebben alle ouders de vragenlijsten ingevuld. Het behandel-effect kon zo worden gemeten door verandering tijdens de behandelperiode te vergelijken met de scores in de baselineperiode. Op T2 werd een extra vragenlijst ingevuld voor beide ouders, om te meten in hoeverre de doelen gesteld voorafgaand aan de behandeling zijn behaald.

De werkrelatie is tijdens de behandelperiode gemeten op drie momenten: tijdens de contractbespreking (S1), de tussenevaluatie (S2) en de maatwerkdag of eindevaluatie (S3). De procedure wordt weergegeven in de flowchart in figuur 1.

Figuur 1. Flowchart van het onderzoeksdesign



Meetinstrumenten

Uitkomstmaten

Er zijn zeven vragenlijsten gebruikt om het behandel-effect te meten. Er is gekozen voor vragenlijsten waarvan de COTAN aangeeft dat ze betrouwbaar zijn. Echter, omdat de huidige steekproef een klinische populatie betreft, is gecheckt of ook voor de huidige 20 gezinnen de vragenlijsten betrouwbaar zijn. Gebleken is dat de alpha bijna overal ruim boven de .70 lag, en dus dat de vragenlijsten ook in de huidige steekproef betrouwbaar scoorden. De volgende vragenlijsten zijn gebruikt in de huidige studie:

De Outcome Questionnaire (OQ.45; Lambert, Morton, Hatfield, Harmon, Hamilton, et al, 2004) meet de mate van psychische klachten, evenals het dagelijks en sociaal functioneren. De vragenlijst bestaat uit 45 vragen met 5 antwoordopties, namelijk “nooit”, “zelden”, “soms”, “regelmatig” en “bijna altijd”. Twee voorbeelditems zijn: “Ik vind het moeilijk mij te concentreren” en “Er komen verontrustende gedachten in mij op die ik niet kwijt kan raken”.

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Muris, Meesters & van den Berg, 2003) werd door ouders per kind ingevuld. De vragenlijst meet de psychische en psychosociale problematiek en vaardigheden van het kind. De vragenlijst bestaat uit 35 vragen met 3 antwoordopties, namelijk “niet waar”, “een beetje waar” en “zeker waar”. Twee voorbeelditems zijn: “Voor heel veel bang, is snel angstig” en “Liegt of bedriegt vaak”.

De Family Assessment Device (FAD) werd door ouders ingevuld om het algemeen gezinsfunctioneren te meten. Dit zou moeten verbeteren door de therapie. Omdat de totale vragenlijst 60 vragen bevat en om de gezinnen zo weinig mogelijk te belasten, werd alleen de sub-schaal Algemeen Gezinsfunctioneren afgenomen. Deze schaal bevat 12 items met 4 antwoordopties, wetende “zeer mee oneens”, “mee oneens”, “mee eens” en “zeer mee eens”,

en vormt een goede voorspeller voor de totale FAD-score (Guxens, 2013). Twee voorbeelditems zijn: “Wij voelen ons geaccepteerd zoals we zijn” en “We vertrouwen elkaar”.

De Opvoedingsbelastingsvragenlijst (Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2012) werd door ouders ingevuld om te meten in hoeverre zij last hadden van “de moeilijkheden (ervaren als stress) die voortkomen uit de verantwoordelijkheden die het ouderschap met zich mee brengt” (Deater-Deckerd, 1998). De vragenlijst bestaat uit 34 stellingen waarop ouders moeten aangeven in hoeverre deze op hen van toepassing is. Er zijn 4 antwoordopties, namelijk “klopt niet”, “klopt een beetje”, “klopt behoorlijk” en “klopt helemaal”. Twee voorbeelditems zijn: “Ik voel me gelukkig” en “Ik heb controle over mijn kind”.

De Invloedscores-vragenlijst werd door beide ouders ingevuld om te bepalen in hoeverre het beoogde effect van de therapie, het in de kracht stellen van de ouder, behaald werd. De vragenlijst bestond uit 2 vragen, waarop ouders een cijfer van 1-10 moesten geven. De vragen zijn: “In hoeverre ervaart u invloed te hebben op uw kinderen?” en “In hoeverre ervaart u invloed te hebben op uw eigen leven?”.

Op de Goal Attainment Scale (GAS) geven beide ouders aan het eind van de behandeling (T2) aan in hoeverre zij de doelen, die zij voorafgaand aan de behandeling hadden geformuleerd, hebben behaald. Er wordt gebruik gemaakt van vier antwoordopties: -1 geeft aan dat het doel niet gehaald is en dat de toestand slechter is dan bij de start. De antwoordoptie 0 geeft aan dat het doel niet gehaald is en dat de toestand gelijk is aan de start, antwoordoptie 2 betekent dat het doel deels gehaald is. De toestand is dan verbeterd, maar duidelijk nog niet zoals het doel. En +2 geeft aan dat het doel gehaald is.

Geobserveerde werkrelatie

Om de werkrelatie te observeren werden er filmpjes gemaakt tijdens 3 gesprekken: de contractbespreking (S1), de tussenevaluatie (S2) en de maatwerkdag (S3). Deze filmpjes werden vervolgens met de System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA; Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero & Martens, 2006) beoordeeld. Hierbij werden cliënt en therapeut gescoord op gedragingen op de schalen ‘betrokkenheid bij het therapeutisch proces’, en ‘emotionele connectie’. Dit resulteerde in een score per schaal, op basis waarvan de kwaliteit van de werkrelatie werd bepaald. Voorafgaand aan het scoren hebben drie onderzoekers samen 20 uur getraind. Hierna heeft iedere onderzoeker apart 9 opnames gescoord. Hier werd per schaal de score uit berekend, aan de hand waarvan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) gemeten werd, waarbij een $r \geq .80$ goed is. De scores hiervan zijn te zien in tabel 1. Voor de schaal “Betrokkenheid bij het therapeutisch proces” gemeten bij de therapeut was de $r = .77$. De overige schalen maten een $r \geq .90$. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is als voldoende beoordeeld.

Tabel 1

IBB bij samengevoegde positieve- en negatieve scores per SOFTA-schaal

Vragenlijst	Correlatie
Betrokkenheid therapeut	$r = .90$
Emotionele connectie therapeut	$r = .77$
Betrokkenheid cliënt	$r = .91$
Emotionele connectie cliënt	$r = .91$

Nadat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid behaald was, zijn alle filmpjes gescoord. Uit ieder filmpje werden drie periode van van 10 minuten gescoord. Om een betrouwbaar beeld te krijgen en de filmpjes zo goed mogelijk te kunnen vergelijken, is gekozen om uit

ieder filmpje 3 maal 10 minuten te scoren. De eerste 10 minuten gingen in 5 minuten na de start van het gesprek. De tweede 10 minuten liep van 5 minuten voor het midden van het gesprek tot 5 minuten na het midden van het gesprek. De laatste 10 minuten liepen tot 5 minuten voor het einde van het gesprek. Echter, niet bij ieder filmpje bleek het mogelijk om deze 10 minuten te scoren, bijvoorbeeld omdat een psychiater lang aan het woord bleef. Indien dit langer dan 2 minuten aaneengesloten duurde, werden de 10 minuten verschoven. Indien dit niet mogelijk bleek, werden er minder periodes gescoord. Alle scores zijn per opname door het aantal gescoorde periodes gedeeld.

Ervaren werkrelatie

De Session Rating Scale (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown & Johnson, 2003) werd door ouders en kinderen vanaf 4 jaar ingevuld om te meten in welke mate de cliënt een werkrelatie ervaart met de therapeuten. De SRS werd afgenomen tijdens de drie evaluatiemomenten, namelijk de contractbespreking (S1), de tussenevaluatie (S2) en de maatwerkdag (S3). Afname duurde zo'n 2 minuten.

Analyses

Alle uitkomstmaten waren normaal verdeeld, behalve de FAD op T1. Omdat dit mogelijk te wijten is aan de kleine steekproef en de 2 metingen van de FAD tijdens de behandeling wel normaal verdeeld waren, is besloten wel variantie analyses te doen. De SOFTA-schalen waren eveneens normaal verdeeld, op de schaal Emotional Connection van de therapeut na. Ook deze schaal is toch meegenomen in de analyse. De analyses zijn uitgevoerd met SPSS 23.0 (IMB Corporation, 2015).

Resultaten

Analyses voor het behandel-effect

In tabel 2 zijn de gemiddelde GAS-scores van vaders en moeders te zien. Hierin is te zien dat zowel vaders als moeders rapporteerden dat zij hun doelen gemiddeld deels behaald hebben. Dit houdt in dat hun toestand verbeterd is, maar dat het doel dat zij zich hadden gesteld voorafgaand aan de behandeling nog niet behaald is.

Tabel 2

Gemiddelde GAS-scores en standaarddeviatie van vaders per uitkomstmaat

GAS	<i>M</i>	<i>SD</i>
Moeders	1.2	0.4
Vaders	1.0	0.5

Om het behandel-effect te bepalen, zijn de data van de vragenlijsten geanalyseerd met een herhaalde MANOVA. De herhaalde MANOVA is driemaal uitgevoerd voor zowel vader als moeder, waarbij de volgende drie factoren zijn getoetst: pathologie, gezinsfunctioneren en ervaren invloed. Om te bepalen of de pathologie binnen het gezin afnam, zijn als afhankelijke variabelen de uitkomsten op de Outcome Questionnaire (OQ.45) en de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) gemeten op T0, T1 en T2 ingevoerd. In de tweede herhaalde MANOVA zijn de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL) en de Family Assessment Device (FAD) ingevoerd. Om de invloed te analyseren zijn tot slot de Invloedvragenlijst-scores ingevoerd in een derde herhaalde MANOVA. De gemiddelde scores per meetmoment zijn per uitkomstmaat weergegeven, in tabel 3 voor vaders en in tabel 4 voor moeders.

Tabel 3

Gemiddeldes en standaarddeviatie van vaders per uitkomstmaat

Vragenlijsten	M_{T0}	SD_{T0}	M_{T1}	SD_{T1}	M_{T2}	SD_{T2}
OQ.45	47.1	22.5	40.9	17.5	44.3	18.0
SDQ	18.0	3.2	19.3	6.8	19.3	7.3
FAD	38.9	5.3	38.1	4.2	35.7	4.2
OBVL	62.0	12.4	67.3	11.1	66.6	11.3
Invloed op kind	6.7	1.5	7.2	1.4	6.6	1.9
Invloed op leven	7.3	1.0	5.7	1.7	6.3	2.0

Tabel 4

Gemiddeldes en standaarddeviatie van moeders per uitkomstmaat

Vragenlijsten	M_{T0}	SD_{T0}	M_{T1}	SD_{T1}	M_{T2}	SD_{T2}
OQ.45	62.5	19.0	57.1	24.8	47.9	20.2
SDQ	20.5	7.1	18.4	8.4	16.2	6.6
FAD	36.0	5.4	34.6	5.2	37.9	4.9
OBVL	71.7	11.4	77.0	16.3	68.3	12.5
Invloed op kind	6.9	1.6	6.5	1.9	7.2	1.1
Invloed op leven	6.4	2.0	6.2	2.1	6.5	1.7

Wanneer gekeken wordt naar de vaders, wordt er geen enkel significant verschil gevonden. Vaders laten dan ook geen significant behandel­effect zien. Wanneer gekeken wordt naar moeders wordt er ook geen significant behandel­effect gevonden voor de invloed­scores kind en de invloed­scores eigen leven. Echter, moeders laten wel een significant effect zien voor de pathologie van ouders $F_{OQ}(1, 17) = 13.483, p = .002$ en voor de pathologie van kinderen $F_{SDQ}(1, 17) = 8.683, p = .009$. Echter, dit effect is niet significant tussen T0 en T1 of tussen T1 en T2, maar enkel over het gehele traject (T0 - T2). Daarnaast wordt er voor moeders een kwadratisch verband gevonden voor het gezinsfunctioneren en voor de

opvoedingsbelasting. Beide uitkomstmaten verslechteren tijdens het voortraject (T0 - T1), maar deze verandering is niet significant. Tijdens de behandelperiode (T1 - T2) wordt er een significant effect gevonden voor het gezinsfunctioneren $F_{FAD} (1, 17) = 5.488, p = .032$ en voor de opvoedingsbelasting $F_{OBVL} (1, 17) = 7.011, p = .017$.

Analyses van de correlatie tussen behandel­effect en geobserveerde werkre­latie

Tabel 5

Gemiddeldes en standaarddeviatie van de SOFTA schalen per 10 minuten

SOFTA schalen	<i>M</i>	<i>SD</i>
Betrokkenheid, therapeut	8.9	3.0
Emotionele connectie, therapeut	4.3	3.0
Betrokkenheid, cliënt	12.3	2.6
Emotionele connectie, cliënt	3.6	1.4

In tabel 5 worden de gemiddeldes en de standaarddeviaties van de geobserveerde werkre­latie getoond per schaal, apart voor therapeut en cliënt. Om de relatie tussen de geobserveerde werkre­latie en het behandel­effect bij moeders te meten, zijn de data geanalyseerd met twee hiërarchische meervoudige regressie­analyses. Dit is enkel gedaan voor de uitkomstmaten waarop een significant behandel­effect werd gemeten, dus de OQ, SDQ, FAD en OBVL. De afhankelijke variabele was de T2-score van de uitkomstmaat. In stap 1 werd de T1-score van dezelfde uitkomstmaat ingevoerd. In stap 2 werden de scores van de therapeut op de schalen “Betrokkenheid” en “Emotionele Connectie” toegevoegd. In stap 3 werden de scores van de cliënt op dezelfde schalen toegevoegd. In stap 4 en 5 werden de interactie-variabelen toegevoegd. In stap 4 waren dat de SOFTA-schalen van de therapeut maal de T1-score van de uitkomstmaat. In stap 5 waren dit de SOFTA-schalen van de client maal de T1-score van de uitkomstmaat. De scores van therapeut en cliënt zijn apart

ingevoerd, om de unieke invloed van beiden te kunnen meten. Als een van de SOFTA-schalen geen significant liet zien, zijn de analyses nogmaals gedaan zonder die onafhankelijke variabelen. De werkrelatie voorspelt geen significante afname in de pathologie, noch bij moeders, noch bij de kinderen. Wel werd een verbeteringen in het gezinsfunctioneren en de opvoedingsbelasting gevonden. De beschrijvende statistieken van de regressieanalyses van de FAD en de OBVL (B-waarden, standaardfout van de B-waarden, de Bèta's en de ΔR^2) staan vermeld in Tabel 6 en Tabel 7.

Tabel 6

Regressieanalyses tussen geobserveerde werkrelatie en gezinsfunctioneren

Predictoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
Stap 1				.299*
FAD Start Behandeling (<i>T1</i>)	.519	.199	.547*	
Stap 2				.203 \diamond
FAD Start Behandeling (<i>T1</i>)	.528	.257	.557 \diamond	
Betrokkenheid therapeut	.612	.378	.371	
Emotionele connectie therapeut	.571	.380	.346	
Stap 3				.077
FAD Start Behandeling (<i>T1</i>)	.500	.279	.526 \diamond	
Betrokkenheid therapeut	.827	.405	.501 \diamond	
Emotionele connectie therapeut	1.307	.722	.793 \diamond	
Betrokkenheid therapeut * FAD <i>T1</i>	.005	.077	.014	
Emotionele connectie therapeut * FAD <i>T1</i>	-.118	.086	-.509	

Note. N = 18, * $p < .05$, $\diamond p < .10$

Tabel 7

Regressieanalyses van de relatie tussen geobserveerde werkrelatie en opvoedingsbelasting

Predictoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
Stap 1				.458*
OBVL Start Behandeling (<i>TI</i>)	.519	.141	.676*	
Stap 2				.169 [∅]
OBVL Start Behandeling (<i>TI</i>)	.388	.136	.507*	
Betrokkenheid cliënt	2.146	.870	.445*	
Emotionele connectie cliënt	.036	1.503	.004	
Stap 3				.112
OBVL Start Behandeling (<i>TI</i>)	.458	.127	.598*	
Betrokkenheid cliënt	1.403	.860	.291	
Emotionele connectie cliënt	.387	1.414	.043	
Betrokkenheid cliënt * OBVL T1	-.056	.037	-.258	
Emotionele connectie cliënt * OBVL T1	-.169	.079	-.370 [∅]	

Note. N = 18, * $p < .05$, [∅] $p < .10$

Op het gezinsfunctioneren lijkt de betrokkenheid van de therapeut een significant effect te hebben en de emotionele connectie met de therapeut een trend-effect. Echter, deze hoofdeffecten worden pas gevonden als alle interacties met de aanvangswaarden zijn ingevoerd in de analyses, terwijl deze geen van allen (bijna) significant zijn. Op de opvoedingsbelasting wordt een significant effect van de betrokkenheid van de cliënt gezien. Dit houdt in dat een grotere mate van betrokkenheid vanuit de cliënt overeenkomt lijkt te komen met een grotere daling in de opvoedingsbelasting.

Analyses van de correlatie tussen behandel­effect en ervaren werkrelatie

Voor de relatie tussen de ervaren werkrelatie van moeders en kinderen en het behandel­effect is de data van de vragenlijsten geanalyseerd met meerdere hiërarchische

meervoudige regressieanalyses. De afhankelijke variabele was de T2-score van een van de uitkomstmaten waarom een behandel-effect werd gemeten, wetende de FAD, OBVL, OQ of SDQ. In stap 1 werd de T1-score van de uitkomstmaat ingevoerd. In stap 2 zijn de gemiddelde scores van moeders en van kinderen op de SRS toegevoegd. In stap 3 werden de interactie-variabelen toegevoegd, bestaande uit de T1 scores van de uitkomstmaat keer de SRS van het kind of van moeder. Omdat alleen de ervaren werkrelatie van het kind een significant effect liet zien in de regressieanalyse, zijn de analyses herhaald zonder de scores van de moeder om na te gaan of de scores van moeder een verstoring in de analyses veroorzaakten. De resultaten in tabel 8 laten enkel een significant effect zien van de ervaren werkrelatie van het kind op de opvoedingsbelasting, $R^2 = .650$, $\Delta R^2 = .192$, $F(3, 14) = 8.674$, $p = .015$. Deze resultaten tonen dat wanneer moeders aanvankelijk een hogere mate van opvoedingsbelasting rapporteren, de werkrelatie tussen het kind en de therapeut minder belangrijk was voor een daling in deze opvoedingsbelasting.

Tabel 8

Regressieanalyses tussen de ervaren werkrelatie kind en opvoedingsbelasting

Predictoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
Stap 1				.458*
OBVL Start Behandeling (<i>TI</i>)	.519	.141	.676*	
Stap 2				.000
OBVL Start Behandeling (<i>TI</i>)	.517	.149	.675*	
SRS kind	-.061	1.285	-.009	
Stap 3				.192*
OBVL Start Behandeling (<i>TI</i>)	.605	.128	.789*	
SRS kind	1.054	1.141	.160	
SRS kind * OBVL T1	-.389	.140	-.445*	

Note. $N = 18$, * $p < .05$

Discussie

In deze pilot van het ZonMW-project is onderzocht of er een goede behandeluitkomst is van het Oplossingsgericht Werken, zoals gegeven op de Gezinsbehandeling, op de problematiek van multiprobleemgezinnen. Omdat het een pilot is met een kleine steekproef, is het van belang dat de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Bij vaders zijn er geen significant behandel-effecten gevonden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat vaders minder betrokken waren bij het gezin voorafgaand aan de behandeling. Tijdens de behandeling wordt gezien dat veel vaders meer aan het werk worden gezet, om moeders te ontlasten. Door een actievere rol in het gezin te nemen, gaan vaders mogelijk de problematiek binnen hun gezin duidelijker zien. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat vaders een minder groot positief effect laten zien tijdens de behandeling. Het is mogelijk dat bij vaders er wel een significant effect wordt gezien tijdens een follow-up meting. Een andere mogelijke verklaring is dat de steekproef in deze studie van vaders te klein was om het effect betrouwbaar te kunnen toetsen.

Bij de moeders wordt er ook geen significant verschil gevonden op de ervaren invloed op hun kind(eren) en op hun leven. De self-efficacy lijkt daarmee niet te verbeteren door de behandeling. Mogelijk wordt dit verklaard door de korte duur van de behandeling. De 6 weken van behandeling zijn mogelijk te kort om ouders ook het gevoel van invloed terug te geven. Binnen de multiprobleemgezinnen heerst vaak al generaties lang complexe problematiek (Baartman & Dijkstra, 1987; Goderie & Sketekee, 2005). Echter, een andere verklaring kan zijn dat self-efficacy onvoldoende betrouwbaar gemeten is. Er is een vragenlijst van twee niet gevalideerde vragen gebruikt. Op deze vragen moesten beide ouders aangeven op een schaal van 1 tot 10 in hoeverre zij invloed

ervoeren op hun kind of hun leven. Het is goed mogelijk dat dit onvoldoende adequaat hebben kunnen invullen. In vervolgstudie zou self-efficacy dan ook beter met een gevalideerde vragenlijst gemeten kunnen worden.

Moeders laten wel een significante vooruitgang zien in pathologie en gezinsfunctioneren. Op pathologie rapporteerde moeders een significante afname, bij zowel zichzelf als hun kinderen, hoewel dit enkel over het gehele traject wordt gemeten en niet alleen in de behandelperiode. Moeders scoren zichzelf voorafgaand aan het traject, op T0, al onder de klinische grens en blijven ook na de therapie onder deze grens scoren. Voor hun kind rapporteren moeders voor het traject een klinische score en ook na de behandeling is deze score nog klinisch. De problemen die moeders over hun kind rapporteren zijn dus nog steeds aanzienlijk. Dat de afname in de pathologie enkel werd gezien over het gehele traject betekent dat het voortraject, waarin het gezin alleen aandacht kreeg, ook al een effect blijkt te hebben. Er kan dan ook niet met zekerheid gesteld worden dat de significante verbetering over het gehele traject aan de behandeling te wijten valt, te meer omdat de werkrelatie niet van invloed bleek te zijn op de verbetering. Een verklaring hiervoor kan zijn dat behandeling zich niet richt op de pathologie, maar op een verbetering van het gezinsfunctioneren en een toename van de ervaren invloed. Door aandacht van de therapeut te krijgen en bezig te gaan met doelen ter verbetering van het gezinsfunctioneren, zouden indirect ook pathologische kenmerken kunnen afnemen. Het hulptraject blijkt hierbij wel te helpen, maar dit is mogelijk een minder specifieke uitkomst van het Oplossingsgericht werken. Om hierover een meer definitieve uitspraak te kunnen doen, zou het effect vergeleken moeten worden met de effecten van een andere behandeling. Dan kan onderzocht worden welk onderdeel van de behandeling werkzaam is voor de afname in de pathologie.

Het voortraject bleek ook een effect te hebben op het gezinsfunctioneren en de opvoedingsbelasting. Maar, in tegenstelling tot de pathologie, lieten deze twee een niet-significante verslechtering zien tijdens het voortraject. In deze pilot zijn de gezinnen vergeleken met hun eigen voortraject, wat op zich een strenge toets is ter vervanging van een controlegroep. De gezinnen krijgen wel aandacht, maar geen behandeling. Echter, het voortraject is bedoeld om de problematiek in kaart te brengen. Het is mogelijk dat gezinnen zich hierdoor realiseren dat er meer problemen zijn dan zij aanvankelijk doorhadden of konden toegeven. Dit zou kunnen verklaren waarom het gezin aan de start van de behandeling meer problemen in het gezinsfunctioneren rapporteert dan tijdens de intake. Hierdoor is het voortraject minder geschikt als baseline. Om hierover een uitspraak te kunnen doen, zou in een vervolgstudie een betere vergelijking moeten worden gemaakt met bijvoorbeeld een wachtlijst groep. Desalniettemin werd in de huidige studie een significante vooruitgang tijdens de behandelperiode gevonden in het gezinsfunctioneren en in de opvoedingsbelasting. Er vanuit gaande dat dit een behandel-effect is, is er toch gekeken naar de rol die de werkrelatie daarbij speelt. Er zijn kleine aanwijzingen gevonden dat de geobserveerde werkrelatie een verklarende factor kan zijn voor het verbeteren van zowel het gezinsfunctioneren als de opvoedingsbelasting. Het gezinsfunctioneren leek vooral door de therapeut-schalen verklaard te kunnen worden. Dit suggereert dat een grotere betrokkenheid en emotionele connectie van de therapeut significant positief correleren met een hogere score op het gezinsfunctioneren aan het einde van de behandeling. Maar omdat dit alleen een trend is als ook de niet-significante interacties in het model staan (stap 3), kan daar vooralsnog met de huidige steekproefgrootte niets over geconcludeerd worden. Dit valt te verklaren door te kijken naar wat het gezinsfunctioneren inhoudt. De vragenlijst waarmee dit is onderzocht, meet of gezinsleden overleggen en of ze elkaar accepteren. Dit zijn

vaardigheden die in de therapie actief worden aangeleerd. Het is dan ook begrijpelijk dat een grotere betrokkenheid en emotionele connectie vanuit de therapeut hierbij een rol speelt. De verbeterde opvoedingsbelasting wordt daarentegen vooral verklaard door de betrokkenheid van de cliënt. Ook dit valt te verklaren als gekeken wordt naar wat het gemeten construct inhoudt. De opvoedingsbelasting is een subjectieve ervaring van de cliënt. Een meer betrokken cliënt, zal gemotiveerder zijn de geleerde vaardigheden niet enkel in therapie, maar ook thuis beoefenen. Hierdoor zal de betrokken cliënt meer in staat zijn de opvoedingsbelasting naar beneden te brengen. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is daarom om te richten op welke gedragingen of factoren maken dat een cliënt meer betrokken is bij de therapie, zodat de effectiviteit van Oplossingsgericht Werken verbeterd kan worden.

Hoewel verwacht werd dat het belang van de werkrelatie afhankelijk zou zijn van de mate van problematiek waarmee het gezin binnenkwam, liet de geobserveerde werkrelatie geen interactie-effecten zien met de aanvangswaarden van de problematiek. Een verklaring hiervoor kan zijn dat bij de Gezinsdagbehandeling de ernst van de problematiek bij de verschillende gezinnen relatief gelijk is, waardoor er mogelijk weinig variatie binnen de problematiek is. Het lijkt daarom raadzaam om in de toekomst ook gezinnen binnen de ambulante zorg en klinische opnames mee te nemen in het onderzoek, zodat er meer variantie in de problematiek is.

Tot slot bleek dat wanneer moeders een hogere mate van opvoedingsbelasting rapporteren, de werkrelatie tussen het kind en de therapeut minder belangrijk werd voor een daling in deze opvoedingsbelasting. De werkrelatie met het kind lijkt dus enkel een positieve bijdrage te leveren aan het verder verlagen van de opvoedingsbelasting van moeders, als deze niet zo heel hoog was bij aanvang van de behandeling.

De huidige studie heeft sterke punten en een aantal beperkingen. Een sterk punt is dat er onderzoek is gedaan binnen een populatie die nog niet vaak is onderzocht. Binnen deze groep is zeer breed gekeken naar de effectiviteit van een relatief nieuwe methodiek: Oplossingsgericht Werken in de gezinspsychiatrie. Hoewel het design niet optimaal was voor een effectstudie, is het ontbreken van een randomised controlled trial of controlegroep gedeeltelijk ondervangen door een baseline-periode mee te nemen. Hiervoor is het voortraject gebuikt, maar mogelijk zou een vergelijking van het gezin met zichzelf in de wachtperiode een betere baseline opleveren. Tot slot zorgt de kleine steekproef in combinatie met een groot aantal verklarende factoren ervoor dat de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Concluderend blijken de resultaten in de huidige pilot veelbelovend te zijn. Het Oplossingsgericht Werken zoals gegeven op de Gezinsdagbehandeling lijkt dus effectief te zijn, wat in overeenstemming is met eerdere onderzoeken (Gingerich & Eisengart, 2000; Stams, Dekovic, Buist & de Vries, 2006; Corcoran & Pillai, 2009; Gingerich & Peterson, 2012). Het gezinsfunctioneren lijkt wezenlijk te verbeteren en er lijkt een positief effect te zijn op de pathologie van zowel moeder als kind. De werkrelatie lijkt tevens een voorspellende waarde te hebben op het behandel-effect. Een hogere mate van betrokkenheid van de client lijkt samen te hangen met een grotere daling in de opvoedingsbelasting van moeders en er zijn aanwijzingen gevonden dat de betrokkenheid en warmte van de therapeut samenhangt met een verbetering in het gezinsfunctioneren. Na deze pilot lijkt vervolgonderzoek dan ook raadzaam. Mogelijk kunnen dan ook participanten vanuit de ambulante zorg en klinische opnames worden geïncorporeerd, zodat er meer variantie in de steekproef voorkomt en de steekproef een betere afspiegeling is van de multiprobleemgezinnen.

Referenties

- International Business Machines Corporation (2015) IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp
- Baartman, H., & Dijkstra, J. S. (1987). Multiproblem gezinnen II: De opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1, 2-20
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Cepeda, L. M., & Davenport, D. S. (2006). Person-centered therapy and solution-focused brief therapy: An integration of present and future awareness. *Psychotherapy: Theory, Reserach, Practice, Training*, 43 (1), 1-12
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 234-242.
- Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 8(4), 390-416
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington: American Psychological Association
- 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.
- Fukkink, R., & Steketee, M. (2002). *De aanpak van sociale uitsluiting in gezinnen met jonge kinderen*. South Harrow: Home Start International.

- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477-498.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2012). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23 (3), 266-283
- Goderie, M., & Steketee, M. J. (2003). *Gezinnen in onbalans. Onderzoek naar het bereiken van gezinnen in probleemsituaties*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect. In Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington: American Psychological Association
- Huibers, A.A.J.M. (2007). Het oplossingsgerichte paradigma. Gedownload op 16 februari 2016, www.solutions-centre.org
- International Business Machines Corporation (2015) *IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 464-470
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703
- Oppenoorth, W. H. (2008). Een realistisch besef van invloed. *Denkkader en praktijk van gezinspsychiatrisch handelen*. *Kinder & Jeugdpsychotherapie*, 35 (3), 86 - 103.
- Peterson, C., & Park, N. (2007). Explanatory style and emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 159-179). New York, NY: The Guilford Press.

- Sousa, L., Ribeiro, C., & Rodrigues (2007). Are practitioners incorporating a strengths-focused approach when working with multi-problem poor families? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, 53-66.
- Stams, G. J., Dekovic, M., Buist, K., & de Vries, L. (2006). Efficacy of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. [Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: Een meta-analyse.] *Gedragstherapie*, 39(2), 81-94.
- Steeg, M. van der, & Zoon, M. (2015). *Multiprobleemgezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Thomas, M. L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy. An international journal*, 28 (2), 201-210.
- Tickell, C. (2012). *Families with multiple problems: Plugging the gap*. London: RSA Projects
- Quick, E. K., & Gizzo, D. P. (2007). The "doing what works" group: A quantitative and qualitative analysis of solution-focused group therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(3), 65-84
- Zoon, M., & Berg-le Clercq, T. (2013). *Wat werkt in multiprobleemgezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bijlage 1.

*Vragenlijsten**Invloedscores Vragenlijst*

Wilt u voor de volgende twee vragen beantwoorden op een schaal van 1 (geen invloed) tot 10 (volledig invloed) door het cijfer dat op u van toepassing is te omcirkelen?

1. In hoeverre ervaart u invloed te hebben op uw kinderen?
(1 = ik ervaar geen invloed; 10 = ik ervaar volledig invloed)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. In hoeverre ervaart u invloed te hebben op uw eigen leven?
(1 = ik ervaar geen invloed; 10 = ik ervaar volledig invloed)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragen!

Outcome Questionnaire (OQ[®] -45.2)

Instructies: Help ons begrijpen hoe u zich de afgelopen week, tot en met vandaag, hebt gevoeld. Lees elke vraag goed door en kruis het vakje aan onder de categorie die uw huidige situatie het best beschrijft. In deze vragenlijst wordt 'werk' gedefinieerd als baan, school, huishoudelijk werk, vrijwilligerswerk enz.

		Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Bijna Altijd
1.	Ik kan goed overweg met anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ik word gauw moe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ik ben nergens in geïnteresseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ik sta onder stress op het werk/op school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ik geef mezelf overal de schuld van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ik ben geïrriteerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ik ben ongelukkig in mijn huwelijk/relatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ik denk erover om een einde aan mijn leven te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ik voel me zwak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ik ben angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Na zwaar gedronken te hebben, moet ik de volgende morgen weer drinken om op gang te komen (Als u niet drinkt, "Nooit" aankruisen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ik vind bevrediging in mijn school/werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ik ben een tevreden mens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Bijna Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Altijd
14.	Ik werk/studeer te veel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ik vind mezelf nietswaardig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ik maak me zorgen over problemen in mijn familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ik heb een onbevredigend seksleven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ik voel me eenzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ik heb vaak ruzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ik voel me bemind en welkom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ik geniet van mijn vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ik vind het moeilijk om me te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ik voel me hopeloos over de toekomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ik waardeer mezelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Er komen verontrustende gedachten in mij op die ik niet kwijt kan raken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ik erger me aan mensen die kritiek hebben op mijn drinken (of drugsgebruik) (Indien niet van toepassing, "Nooit" aankruisen.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Ik heb last van mijn maag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Ik werk/studeer niet zo hard als vroeger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Mijn hart bonst te veel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Bijna Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Altijd
30.	Ik vind het moeilijk om met vrienden en goede kennissen om te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Ik ben tevreden met mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Ik heb moeilijkheden op het werk/op school door mijn drinken of drugsgebruik (Indien niet van toepassing, "Nooit" aankruisen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Ik heb het gevoel dat er iets ergs gaat gebeuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Ik heb spierpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Ik ben bang voor open ruimten, autorijden, of in de bus, trein enz. rijden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Ik ben nerveus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Ik ervaar mijn liefdesverhoudingen als geheel vervuld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Ik heb het gevoel dat het niet goed gaat met mijn school/werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Ik heb te veel meningsverschillen op het werk/op school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Ik heb het gevoel dat er iets fout is met mijn geest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Ik kan moeilijk in slaap vallen of doorslapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Ik voel me neerslachtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Ik ben tevreden met mijn relaties met anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Ik ben zo kwaad op het werk/op school dat ik iets kan doen waarvan ik spijt zou kunnen krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Ik lijd aan hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ontwikkeld door Michael J. Lambert, Ph.D. en Gary M. Burlingame, Ph.D. *Voor meer informatie*
© Copyright 1996, 2001 OQ Measures LLC. *contact opnemen met:*
Alle rechten voorbehouden. Licentie vereist voor elk gebruik.

OQ MEASURES LLC
E-MAIL: INFO@OQMEASURES.COM
WEB: WWW.OQMEASURES.COM
TEL: (801) 649-4392
FAX: (801) 747-6900

Sterke Kanten en Moeilijkheden: Vragenlijst voor Ouders (SDQ-Dut)

Wilt u alstublieft voor iedere vraag een kruisje zetten in het vierkantje voor “Niet waar”, “Een beetje waar” of “Zeker waar”. Het is van belang dat u alle vragen zo goed mogelijk beantwoordt, ook als u niet helemaal zeker bent of als u de vraag raar vindt. Wilt u alstublieft uw antwoorden baseren op het gedrag van het kind de laatste zes maanden.

	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
Houdt rekening met gevoelens van anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld speelgoed, snoep, potloden, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constant aan het wiebelen of friemelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft minstens één goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aardig tegen jongere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt of bedriegt vaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt na voor iets te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor heel veel bang, is snel angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u opmerkingen?

ZOZ: Er staan nog een paar vragen op de volgende pagina

Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden:
emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

Nee	Ja, kleine moeilijkheden	Ja, duidelijke moeilijkheden	Ja, ernstige moeilijkheden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u "Ja" heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?

• Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

Korter dan een maand	1-5 maanden	6-12 maanden	Meer dan een jaar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?

Helemaal Niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?

	Helemaal Niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
THUIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VRIENDSCHAPPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEREN IN DE KLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITEITEN IN DE VRIJE TIJD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?

Helemaal Niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vragenlijst Algemeen Gezinsfunctioneren (FAD)

Hieronder staan twaalf beweringen over gezinnen. Wilt u het vakje van het antwoord aankruisen dat aangeeft in welke mate u het eens of oneens bent met iedere bewerking? Neem daarbij **uw eigen gezin nu** in gedachten.

	<i>Ze</i> er mee <i>oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Ze</i> er mee <i>eens</i>
1. Wanneer er moeilijkheden zijn kunnen we op elkaars steun rekenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Plannen maken om samen iets te doen is moeilijk, omdat we elkaar verkeerd begrijpen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anderen worden geaccepteerd zoals ze zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. We kunnen niet met elkaar praten over het verdriet dat we voelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wij kunnen gevoelens naar elkaar toe uiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. We vermijden het om over onze angsten en zorgen te praten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. We voelen ons geaccepteerd zoals we zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er zijn heel wat nare, pijnlijke gevoelens in het gezin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. We kunnen samen beslissingen nemen over hoe we problemen moeten oplossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Beslissen is een groot probleem voor ons gezin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. We vertrouwen op elkaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. We kunnen niet goed met elkaar opschieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPVOEDINGSBELASTING VRAGENLIJST

VERSIE VOOR OUDERS VAN JEUGDIGEN VAN 0 T/M 18 JAAR

Toelichting

Hierna volgen 34 uitspraken over hoe u uw kind ervaart, hoe u met uw kind omgaat, hoe u zichzelf voelt en over uw gezondheid. We vragen u per uitspraak aan te geven in hoeverre deze voor u geldt door een van de cijfers 1 tot en met 4 te omcirkelen.

Bijvoorbeeld:

“Het opvoeden van mijn kind is een lastige taak”

Deze cijfers hebben de volgende betekenis:

1. “De uitspraak klopt niet voor mij.”
2. “De uitspraak klopt een beetje voor mij.”
3. “De uitspraak klopt behoorlijk voor mij.”
4. “De uitspraak klopt helemaal voor mij.”

Omcirkel voor elke uitspraak het antwoord dat volgens u het meest van toepassing is. Denk niet te lang na, uw eerste indruk is meestal de beste. Er zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk. Als u denkt een vergissing gemaakt te hebben, dan zet u een kruis door dat antwoord en omcirkelt u alsnog het juiste antwoord. Vergeet niet dat uw antwoord steeds betrekking heeft op één en hetzelfde kind.

Wilt u alle uitspraken beantwoorden?

	Klopt niet	Klopt een beetje	Klopt behoorlijk	Klopt helemaal
1. Ik voel me gelukkig met mijn kind.	1	2	3	4
2. Mijn kind luistert naar mij.	1	2	3	4
3. Ik heb plezier in het leven.	1	2	3	4
4. Door de opvoeding van mijn kind kom ik te weinig aan mezelf toe.	1	2	3	4
5. Ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is.	1	2	3	4
6. Als mijn kind boos wordt dan kan ik het kalmeren.	1	2	3	4
7. Ik voel me gelukkig.	1	2	3	4
8. Door mijn kind kom ik weinig toe aan andere dingen.	1	2	3	4
9. Ik heb een tevreden gevoel over mijn kind.	1	2	3	4
10. Ik heb controle over mijn kind.	1	2	3	4
11. Soms zie ik het nut van het leven niet in.	1	2	3	4
12. Ik zou vaker vrienden en kennissen willen bezoeken maar dat gaat niet vanwege mijn kind.	1	2	3	4
13. Met mijn kind voel ik me prettig.	1	2	3	4
14. Ik ben geduldig met mijn kind.	1	2	3	4
15. Ik voel me vaak prettig.	1	2	3	4
16. Ik heb vanwege mijn kind minder contact met mijn vrienden dan vroeger.	1	2	3	4
17. Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig.	1	2	3	4
18. Ik ga gemakkelijk met mijn kind om.	1	2	3	4
19. Ik heb vaak een slechte bui.	1	2	3	4

	Geldt niet	Geldt een beetje	Geldt behoorlijk	Geldt helemaal
20. Ik kan door mijn kind heel weinig van huis weg.	1	2	3	4
21. Ik geniet van mijn kind.	1	2	3	4
22. Ik weet dat ik als opvoeder het goed doe.	1	2	3	4
23. Ik heb een hekel aan mezelf.	1	2	3	4
24. Ik heb door mijn kind weinig contacten met andere mensen.	1	2	3	4
25. Ik kan mijn kind goed corrigeren als dat nodig is.	1	2	3	4
26. Ik heb een positief gevoel over mijn toekomst.	1	2	3	4
27. Ik heb een opgezet of drukkend gevoel in mijn maagstreek.	1	2	3	4
28. Ik heb het gevoel dat ik moe ben.	1	2	3	4
29. Ik heb pijn in mijn borst of hartsstreek.	1	2	3	4
30. Ik heb pijn in mijn maagstreek.	1	2	3	4
31. Ik voel me slaperig of suffig.	1	2	3	4
32. Ik heb benauwdheid op mijn borst.	1	2	3	4
33. Mijn maag is van streek.	1	2	3	4
34. Als ik 's morgens opsta dan ben ik moe en niet uitgerust.	1	2	3	4

Doelrealisatie cliënten



Naam:

Behandeldatum: van t/m

Datum van invullen:

De afgelopen weken/maanden heeft u deelgenomen aan de Yulius behandeling. Aan het begin van deze behandeling heeft u één of meerdere doelen opgesteld. Wij vragen u nu aan te geven in hoeverre u deze doelen heeft behaald. Hierbij zijn de volgende scores van toepassing:

-1 = Doel niet gehaald. Toestand is slechter dan bij de start.

0 = Doel niet gehaald. Toestand is gelijk als bij de start.

+1 = Doel deels gehaald. Toestand is verbeterd, maar duidelijk nog niet zoals mijn doel.

+2 = Doel gehaald.

Geef door middel van het omcirkelen van een cijfer aan in hoeverre ieder doel behaald is.

Doel	-1	0	1	2
Doel 1:				
Doel 2:				
Doel 3:				
Doel 4:				
Doel 5:				
Doel 6:				

Session Rating Scale: Hoe vond u de bijeenkomst?

Naam: _____
Leeftijd: ___ jaar Geslacht: _____
Datum: ___ (dag) ___ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr. _____

Zet op elke lijn een kruisje bij de beschrijving die het beste past bij uw gevoel.

Relatie

Ik voelde me *niet* gehoord, begrepen en gerespecteerd.

I-----I

Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd.

Doelen en Onderwerpen

We hebben *niet* gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

I-----I

We hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

Aanpak en/of Werkwijze

De manier van werken van mijn behandelaar paste *niet* goed bij mij.

I-----I

De manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij.

Algeheel

Er miste iets in het behandelcontact vandaag.

I-----I

Over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde.

International Center for Clinical Excellence
www.scottdmiller.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling: V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Child Session Rating Scale: Hoe vond je het vandaag hier?

Naam: _____	
Leeftijd: ___ jaar	Geslacht: _____
Datum: ___ (dag) _____ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr. _____	

Hoe vond je het om vandaag hier te zijn? Zet een kruisje op elke lijn om ons te laten weten hoe je het vond.

Luisteren

Luisterde niet altijd naar me.	I-----I	Luisterde naar me.
		

Hoe belangrijk

Wat we hebben gedaan en waar we over hebben gepraat was niet zo belangrijk voor mij.	I-----I	Wat we hebben gedaan en waar we over hebben gepraat was belangrijk voor mij.
		

Wat we hebben gedaan

Ik vond wat we vandaag hebben gedaan niet fijn.	I-----I	Ik vond wat we vandaag hebben gedaan fijn.
		

Alles bij elkaar

Ik zou willen dat we iets anders konden gaan doen.	I-----I	Ik hoop dat we de volgende keer dezelfde soort dingen gaan doen.
		

International Center for Clinical Excellence
www.scottdmiller.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks
vertaling: V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com