



**Thesis**

**Master Kinder- en Jeugdpsychologie**

**Universiteit Utrecht**

03-07-2009

*Welke elementen zijn van belang binnen een  
oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem  
gezinnen?*

Sabine van den Brom

0412376

Begeleider: Bram Orobio de Castro

Tweede beoordelaar: Herman van Boxtel

## Voorwoord

Vanuit de Universiteit Utrecht en in opdracht van het Rotterdam Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI) heb ik het afgelopen jaar onderzoek mogen doen op de gezinsdagbehandeling van het RMPI. De medewerkers van de gezinsdagbehandeling wil ik bij deze bedanken voor hun bereidwilligheid en de openheid die zij hebben laten zien tijdens deze periode. Ook wil ik graag Walter Oppenorth bedanken voor het meedenken en het opstarten van dit onderzoek. Mijn periode bij het RMPI heb ik als zeer leerzaam ervaren en ik heb er dan ook met veel plezier gewerkt.

Vanuit de Universiteit Utrecht heeft Prof. Bram Orobio de Castro ons begeleid, waarvoor ik hem erg dankbaar ben. Zijn bemoedigende woorden, waardevolle feedback en kennis zijn gedurende het gehele onderzoek een grote steun geweest.

Ook dank ik mijn tweede lezer, dr. Van Boxtel, voor de tijd die hij heeft gestoken in het lezen en beoordelen van mijn thesis.

Daarnaast wil ik Sascha heel erg bedanken voor de fijne samenwerking en de steun gedurende dit jaar.

Tot slot wil mijn familie en vriend heel erg bedanken voor hun liefde, de bemoedigende woorden en onvoorwaardelijke steun.

Sabine van den Brom

Juli 2009

<b>Voorwoord</b>	2
<b>Samenvatting</b>	4
<b>Summary</b>	5
<b>1. Inleiding</b>	
1.1 <i>Multiproblem gezinnen</i>	6
1.2 <i>Stromingen binnen de gezinstherapie</i>	8
1.3 <i>Effectiviteit gezinstherapieën</i>	10
1.4 <i>Oplossingsgericht werken</i>	12
1.5 <i>Gesprekstechnieken</i>	15
1.6 <i>Effectstudies oplossingsgericht werken</i>	16
1.7 <i>Oplossingsgericht werken bij het RMPI</i>	17
1.8 <i>Werkrelatie, aanzetten en raakmomenten</i>	19
1.9 <i>Doel van het onderzoek</i>	22
1.10 <i>Deelvragen</i>	22
<b>2. Methoden</b>	
2.1 <i>Design</i>	24
2.2 <i>Deelnemers &amp; procedure</i>	24
2.3 <i>Instrumenten</i>	25
<b>3. Resultaten</b>	
3.1 <i>Deelvraag 1</i>	29
3.2 <i>Deelvraag 2</i>	29
3.3 <i>Deelvraag 3</i>	30
3.4 <i>Deelvraag 4</i>	31
<b>4. Discussie</b>	
4.1 <i>Beantwoording van deelvraag 1</i>	32
4.2 <i>Beantwoording van deelvraag 2</i>	33
4.3 <i>Beantwoording van deelvraag 3</i>	34
4.4 <i>Beantwoording van deelvraag 4</i>	35
4.5 <i>Beantwoording hoofdvraag</i>	36
4.6 <i>Beperkingen van het onderzoek</i>	36
4.7 <i>Suggesties voor vervolgonderzoek</i>	37
<b>5. Literatuurlijst</b>	39
<b>6. Bijlagen</b>	
6.1 <i>Bijlage 1 Vragenlijsten</i>	43
6.2 <i>Bijlage 2 Scoringsprotocol</i>	45

## Samenvatting

In dit onderzoek is gekeken naar de werkzame bestanddelen van oplossingsgericht werken bij multiprobleem gezinnen. De vraag die hierbij centraal stond was: Welke elementen zijn van belang binnen een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen? Bij deze hoofdvraag zijn vier deelvragen opgesteld. Het onderzoek is uitgevoerd bij het Rotterdam Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI). Hier werkt men op de Gezinsdagbehandeling met de oplossingsgerichte methode. Deze afdeling van het RMPI is speciaal toegespitst op multiprobleem gezinnen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er gekeken naar gedragingen van behandelaars en cliënten in gesprekken die zij voeren. In totaal zijn er 12 gezinnen gefilmd waarbij in totaal 28 opnames zijn gemaakt. Dit zijn opnames van gesprekken tussen behandelaar en cliënt. Deze opnames zijn gecodeerd op gedragingen van de behandelaars en cliënten. De gedragingen die in dit onderzoek centraal staan zijn raakmomenten en aanzetten, twee indicatoren van goed contact tussen cliënt en behandelaar. Van deze twee gedragingen is de relatie onderzocht met verbeteringen in het functioneren van kinderen van aanvang tot afsluiting van de behandeling. Daarnaast is er gekeken naar de samenhang tussen raakmomenten en de werkrelatie tussen therapeut en cliënt.

Er bleek geen relatie te zijn tussen het aantal raakmomenten en het functioneren van het kind. Ook bleek er geen relatie te zijn tussen het aantal raakmomenten en de werkrelatie tussen de therapeut en cliënt. Er is meer onderzoek nodig om te kijken welke elementen uit het oplossingsgericht werken, effectief zijn bij multiprobleem gezinnen. Dit onderzoek vormt een klein stukje van deze grote puzzel.

## Summary

This study investigated the working components of solution-focused therapy with multi problem families. The central question was: Which elements are important for the effectiveness of treatment with multiproblem families? Together with this main question, four questions have been posed. The investigation has been conducted at the Rotterdam Medical Pedagogical Institute (RMPI). Here, the solution-focused method is used for family day treatment. This department of the RMPI has focused especially on multiproblem families.

In order to answer the research question, the behaviors of therapists and clients in conversations have been observed. There were 12 families, which have been filmed at three moments in therapy with a total of 28 sessions. These filmed sessions were conversations between clients and therapists. The filmed sessions were coded for behaviors of the client and therapists, specifically for “moments of “change” and “attempts” , two indicators of good contact between clients and therapists. The relation of these indicators with improvements in the functioning of children from the start till the end of the therapy were examined. Besides, we investigated the relation between moments of touch and the working relation between client and therapist. There was no relation between the number of moments of touch and the improvements in child functioning. In addition, no relation was found between the number of moments of touch and the work relation between client and therapists. More research is necessary to find out which elements of solution-focused therapy work with multiproblem families. This research forms a small piece of this large puzzle.

## Inleiding

De laatste jaren is de term multiproblem-gezin niet meer weg te denken bij de hulpverlenende instanties (Lokven van, 2002). Werd er vroeger alleen gekeken naar de problematiek van het kind, tegenwoordig wordt het gehele gezin onder de loep genomen (Lokven van, 2002). Het gaat hierbij om gezinnen waarbij naast de kindproblematiek tal van andere problemen een grote rol spelen. Binnen het Rotterdams Medisch Psychiatrisch Instituut (RMPI) is er speciale aandacht voor deze gezinnen. Op de gezinsdagbehandeling van het RMPI komen voornamelijk gezinnen waarbij sprake is van meerdere problemen. Doel van dit onderzoek is om na te gaan welk gedeelte van de behandeling voor deze gezinnen op het RMPI effectief is. Hierbij wordt er niet gekeken naar wat er verkeerd gaat en wat er niet werkt, maar juist naar aspecten die de behandeling mogelijk tot een succes maken.

Allereerst wordt het begrip multiproblem gezin uitgelegd en wordt besproken wat bekend is over effectieve behandelmethodes. Vervolgens worden het oplossingsgericht werken en de effectiviteit daarvan toegelicht. Vervolgens wordt het doel van dit onderzoek besproken, met de bijbehorende deelvragen. In hoofdstuk twee worden de methoden van dit onderzoek besproken, gevolgd door de resultaten in hoofdstuk drie. Er wordt in hoofdstuk vier afgesloten met een discussie waarin de onderzoeksvraag beantwoord wordt. Daarnaast wordt er in dit hoofdstuk aandacht besteed aan vervolgonderzoek en beperkingen van het huidige onderzoek.

### 1.1 Multiproblem gezinnen

Multiproblem gezinnen kampen met ernstige problemen in de opvoeding en verzorging van hun kinderen. De gezinnen hebben over het algemeen een lage sociaaleconomische status en blijken niet in staat te zijn om hun gezin goed draaiende te houden. Dit wordt veelal veroorzaakt door chronische, complexe en met elkaar samenhangende problemen van kinderen en ouders. In vergelijking met relatief goed functionerende gezinnen, ervaren multiproblem gezinnen meer problemen, maar veroorzaken zij zelf ook problemen. Daarnaast zijn zij geneigd om hulp van buitenaf af te wijzen (Dickscheit & van Lokven, 2002).

Een eenduidige definitie van het begrip multiproblem gezinnen is niet te geven. In de literatuur wordt de term regelmatig gebruikt, zonder nader gespecificeerd te worden. Volgens Baartman en Dijkstra (1987) ligt het accent voornamelijk op drie gebieden: soms krijgt de individuele psychopathologie een sterke nadruk, soms het maatschappelijk afwijkende, en soms de onbereikbaarheid voor hulp. Baartman en Dijkstra (1987) zijn van mening dat de problematiek van de gezinnen te concentreren is rond de volgende vijf gezinstaken:

- (1) Het voeren van een huishouding,
- (2) Het verwerven en handhaven van een maatschappelijke positie,
- (3) Het vormgeven van een (ex-)partnerrelatie,
- (4) Het bevorderen van het individueel welzijn en
- (5) Het opvoeden van de kinderen.

Uit het bovenstaande blijkt dat deze gezinnen met vele problemen te kampen hebben en dat multiprobleem gezinnen sterke overeenkomsten tonen op de genoemde gebieden. Dit betekent echter niet dat er sprake moet zijn van problematiek op elk van de vijf gebieden. Daarnaast kan de ernst van de problematiek verschillen, dit hoeft niet voor elk multiprobleem gezin gelijk te zijn. Zinko, Meijer en Oppenoorth (1991) benadrukken dat vaak niet de ernst van de problematiek de grootste rol speelt, maar vooral de verwevenheid tussen de verschillende probleemgebieden. Deze verwevenheid is ook al eerder besproken in het artikel van Baartman en Dijkstra (1987). Naast de vijf eerder genoemde gezinstaken, spreken Baartman en Dijkstra in dit artikel (1987) over een drietal gezinskenmerken waarbij de verwevenheid van multiprobleem gezinnen aan bod komt. Zo spreken zij over het bindingscomplex: dit houdt in dat gezinsleden sterk en negatief met elkaar zijn verbonden. Binnen de relatie kunnen ze niet met, maar ook niet zonder elkaar. Een ander kenmerk is de generatiecyclus: de problemen lijken zich generatie op generatie te herhalen. De problemen die de ouders hebben, worden later vaak teruggezien bij de kinderen. Als laatste kenmerk benoemen zij de crisiscyclus. Deze cyclus komt tot stand van jarenlange oplopende spanningen, ontladingen, verzoeningen etcetera.

Een ander veelvoorkomend verschijnsel bij multiprobleem gezinnen is parentificatie. Van der Pas (1979) beschrijft dit verschijnsel als een gezinsinteractiepatroon waarbij de generatiegrenzen overschreden worden. De kinderen vervullen ouderlijke functies ten opzichte van hun ouders, waarbij het niet alleen om de taken gaat, maar waar vooral sprake is van rolomdraaiing. Kinderen voelen zich in dat geval verantwoordelijk voor hun ouders en kunnen geen kind meer zijn.

Concluderend kan gezegd worden dat de problemen getypeerd kunnen worden als (1) veelvuldig, (2) onderling verweven, (3) langdurig, (4) transgenerationeel en (5) weerbarstig voor hulp van buitenaf (Baartman & Dijkstra, 1987).

Om deze gezinnen goed te kunnen helpen, lijkt het belangrijk dat zij een therapie krijgen die aansluit bij deze complexe problematiek. Er moet aandacht zijn voor de verschillende probleemgebieden en er moet rekening gehouden worden met het feit dat deze gezinnen vaak al een lange geschiedenis van hulpverlening achter de rug hebben. Vanwege deze lange geschiedenis in de hulpverlening, staan deze gezinnen vaak afwijzend ten opzichte van de reguliere hulpverlening (Lokven van, 2002). Aangezien de problematiek zoveel gebieden beslaat is het van belang dat het gehele gezin

in de behandeling betrokken wordt. Samen kan er gewerkt worden aan de problematiek waarbij de band verstevigd kan worden. Belangrijke kenmerken van gezinstherapie zijn dat het gezin zelfstandig de problemen oplost en de balans met betrekking tot de interactie tussen kind en ouder weer hersteld wordt (Riehl-Emde&Reigh, 2001).

In de volgende paragrafen wordt de effectiviteit van een aantal veel gebruikte interventies bij multi-problem gezinnen besproken.

## 1.2 Stromingen binnen de gezinstherapie

Gezinstherapie richt zich op het verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders. Bij deze therapie staat centraal dat positieve interacties tussen gezinsleden toenemen, verwachtingspatronen van de ouders verbeteren en de gedragsproblemen van het kind verminderen (Loeber, Slot & Sergeant, 2001). Hierbij is vooral de verandering en de ontwikkeling van relaties binnen het gezin belangrijk. Volgens Loeber et al (2001) kun je gezinsproblemen bekijken als ontwikkeling van interacties binnen een systeem en ligt de oorzaak voor de problemen niet bij één individu binnen dit systeem.

De belangrijkste stromingen binnen de gezinstherapie zijn de systeemtherapeutische en de gedragstherapeutische benadering (Riehl-Emde & Reigh, 2001).

### *1.2.1 Systeemtherapeutische benadering*

De basis van de gezinstherapie ligt zoals gezegd onder andere bij de systeemtherapeutische benadering. Deze benadering is ontstaan vanuit de algemene systeemtheorie en de cybernetica. Bij beide stromingen is het belangrijk om de functies en processen van systemen te begrijpen en te definiëren. Hierbij wordt het gezin gezien als een systeem. De cybernetica kijkt hoe het gezin functioneert, hoe de gezinsleden op elkaar reageren en hoe er verandering kan plaatsvinden. De algemene systeemtheorie geeft een beschrijving van het multiproblem gezin. Hierbij wordt er gekeken naar verschillende kenmerken die het gezin beschrijven (Von Bertalanffy, 1950). Vanuit deze twee theorieën zijn er in de loop der jaren verschillende theorieën ontwikkeld die de basis hebben uitgebreid en elkaar steeds meer aanvullen. Belangrijk in deze ontwikkeling is het intra-persoonlijke psychosociale functioneren van individuen binnen een gezin als interacterend met, en ook als afhankelijk van het hele gezinssysteem (Liddle, 1999). Het verschil met de psychoanalytische benadering is, dat de systeembenadering kijkt naar problemen die ontstaan door de wisselwerking tussen gezinsleden. Dit in tegenstelling tot de psychoanalytische benadering, waarbij er wordt gekeken naar de optelsom van individuele problemen.



### 1.2.2 *Gedragstherapeutische benadering*

De gedragstherapeutische benadering vindt zijn oorsprong in de sociale leertheorie, die stelt dat al het menselijk gedrag aangeleerd en gevormd wordt door middel van observationeel leren en klassieke en operante conditionering. Deze theorie beperkt zicht niet tot het individu, maar hecht veel waarde aan de omgeving van het individu. Uitgangspunt van de sociale leertheorie is dat iemand gedrag leert onder invloed van zijn omgeving. Beloning van gedrag leidt tot versterking ervan: de persoon zal het vaker vertonen. Onaangename consequenties leiden tot afzwakking van gedrag: de persoon zal dat gedrag minder vaak vertonen. Wanneer beloningen uitblijven en men onvoldoende controle ervaart in het onderlinge contact, kunnen relaties binnen gezinnen scheef gaan groeien doordat alleen deviant gedrag wordt beloond met aandacht.

Zoals zojuist beschreven gaat het bij operant conditioneren om een vorm van leren waarbij gedrag wordt beïnvloed door consequenties. Echter, bij klassiek conditioneren gaat het om het conditioneren van reflexen. Klassiek conditioneren speelt een rol bij het leren van gedrag bij kinderen. Naast het klassiek en operant conditioneren, bestaat de sociale leertheorie ook uit modeling. Kinderen leren door geobserveerd gedrag te onthouden en dit later te imiteren. Een voorbeeld is agressief gedrag bij kinderen. Er is geen directe bekrachtiging van hun gedrag nodig om tot al dan niet agressief gedrag te komen. Daarbij komt dat kinderen gedrag van de televisie of computer imiteren en dit gedrag zelf ook vaker laten zien. De focus ligt in de therapie dan ook op het wijzigen van bestaande, zichtbare gedragspatronen, in tegenstelling tot de systeemtherapeutische benaderingen die veranderingen van het hele gezin tot doel heeft (Riehl-Emde & Reich, 2001).

### 1.2.3 *Gezinstherapie*

De systeemtherapeutische en de gedragstherapeutische benadering hebben ervoor gezorgd dat de gezinstherapie gevormd kon worden. De concepten van de verschillende benaderingen zijn gecombineerd en laten zien dat het van belang kan zijn verschillende benaderingen samen te voegen. Tegenwoordig zijn therapeuten vooral geïnteresseerd in wat er tussen de cliënten speelt, zodat zij hier tijdens de behandeling op in kunnen spelen. Hierbij wordt er getracht om de gezinsleden een beter inzicht te krijgen in het functioneren van het gezin, waarmee een start gemaakt kan worden de interactiepatronen te verbeteren zodat adaptief gedrag bekrachtigd wordt (Cormack & Carr, 2000). Maar hoe effectief is gezinstherapie nu?

### 1.3 Effectiviteit gezinstherapieën

In de volgende paragrafen wordt steeds de effectiviteit van een bestaande gezinstherapie besproken. Daarbij is er in dit onderzoek voor gekozen alleen de meest onderzochte vorm van gezinstherapie te bespreken.

#### *1.3.1 Parent Child Interaction Therapy*

Op dit moment zijn er verschillende behandelprogramma's voor gezinnen gebaseerd op een combinatie van bovenstaande benaderingen. Een voorbeeld hiervan is de Parent Child Interaction Therapy (PCIT) (Carr, 2006). Deze behandelmethode heeft aandacht voor de rol van de familie. Deze therapie is gebaseerd op verschillende theorieën, namelijk de hechtingstheorie, de sociale leertheorie en de systeemtheorie. PCIT is een behandelprogramma voor families met jonge kinderen die gedrag- en emotionele problemen hebben. PCIT richt zich op een veilige relatie tussen ouder en kind, waarbij er vaardigheden worden geleerd om in de toekomst constructief en consistent te zijn. Hierbij is er veel aandacht voor bekrachtiging van gewenst gedrag en voor duidelijke grenzen en discipline binnen het gezin (Herschell, Calzada, Eyberg & Mc Neil, 2002a). Belangrijk verschil tussen andere behandelprogramma's en PCIT, is dat PCIT werkt met directe feedback op geobserveerde veranderingen in de ouder-kind interactie. Dit in tegenstelling tot ingevulde vragenlijsten over het gedrag van het kind. De therapeut bekijkt en evalueert gedurende elke sessie en bespreekt dit met de ouders (Thomas&Zimmer-Gembeck, 2007). Ouders worden in de sessie direct via een oortje gecoacht en bespreken naderhand de sessie. Door het gedrag van ouders direct aan te passen, verbetert de interactie tussen ouder en kind. Een goede interactie tussen ouder en kind is van invloed op het probleemgedrag van het kind, wat hierdoor vermindert (Thomas&Zimmer-Gembeck, 2007).

Het programma bestaat uit twee onderdelen: Child-Directed Interaction (CDI) en Parent-Directed Interaction (PDI). CDI concentreert zich op het verbeteren van de ouder-kind hechting (Herschell, Calzada, Eyberg & Mc Neil, 2002b). Hierbij leren ouders de "PRIDE-vaardigheden" (Praise, Reflection, Imitation, Description en Enthusiasm) en om vragen, commando's en kritiek te vermijden terwijl ze met hun kind spelen (Herschell, Calzada, Eyberg & Mc Neil, 2002b). Kinderen spelen met speelgoed wat ze zelf hebben uitgekozen en ouders worden aangemoedigd hun kinderen hierin te volgen. Zodra dit goed gaat, gaat men verder in fase twee: PDI. Tijdens deze fase leren ouders duidelijke en directe commando's te geven. Daarnaast leren zij om te gaan met volgbaar, of juist opstandig gedrag, van hun kinderen. Ouders worden gecoacht in het gebruik van deze technieken. Over het algemeen duurt de behandeling tien tot zestien weken, afhankelijk van de zwaarte van de problematiek (Herschell, Calzada, Eyberg & Mc Neil, 2002a).

In een effectstudie van Chaffin et al. (2004) werden de resultaten van PCIT vergeleken met een controlegroep. Uit dit onderzoek blijkt dat PCIT een effectief programma is voor het verminderen van vijandige interactiepatronen. Uit onderzoek van Timmer, Uguiza, Zebell & McGrath (2005) blijkt dat de resultaten van PCIT tot zes jaar na de behandeling blijvend zijn. Een meta-analyse van McCart et al. toont bovendien aan dat het de meest effectieve behandeling voor gedragsproblemen bij jonge kinderen is (2006).

Is PCIT dan ook de meest aangewezen behandelvorm voor multiprobleem gezinnen? Dat is maar de vraag, want Parent Child Interaction Therapy richt zich op de interactie tussen ouder en het kind dat het probleemgedrag vertoont, maar helaas komt de interactie met andere gezinsleden tijdens dit programma niet aan de orde. Hoewel er een effect aangetoond wordt, lijkt dit niet de beste behandeling te zijn voor multiprobleem gezinnen, aangezien niet alle gezinsleden bij het programma betrokken worden.

### *1.3.2 Multi Systeem Therapie*

Multi Systeem Therapie (MST) is een andere therapie die veelbelovend is (Brunk, Henggeler & Whelan, 1987). MST bestaat uit gezamenlijke gezinsbijeenkomsten, waarbij de nadruk ligt op de verbetering van het huwelijk van de ouders, individuele bijeenkomsten en bijeenkomsten met belangrijke personen uit het leven van het gezin. Overeenkomend met PCIT, krijgt het gezin feedback van de therapeuten, welke is aangepast aan de individuele behoeften van het gezin. Het grootste verschil met PCIT is dat MST gericht is op het gehele gezin. Bij PCIT is de therapie gericht op de ouders en het kind wat problemen heeft of veroorzaakt. Uit verschillende effectstudies blijkt dat MST in staat is om gedragsproblemen te beperken en het functioneren van het gezin te verbeteren (Loeber, Slot en Sergeant, 2001; Brunk, Henggeler & Whelan, 1987). Er zijn echter ook studies waarin MST minder goed lijkt te werken. Uit het onderzoek van Littell, Popa en Forsythe (2005) blijkt dat MST, wat betreft effectiviteit, niet verschilt van andere therapievormen voor jongeren met sociale, emotionele of gedragsproblemen.

Hieruit blijkt dat MST niet de meest geschikte behandelvorm voor multiprobleem gezinnen lijkt te zijn. Kinderen uit multiprobleem gezinnen hebben vaak sociale, emotionele of gedragsproblemen en uit de studie van Littell, Popa en Forsythe (2005) blijkt dat MST voor deze kinderen niet de meest effectieve behandelvorm is.

### *1.3.3 Multi Family Therapy*

Een andere therapie die effectief blijkt te zijn voor de behandeling van multiprobleem gezinnen is Multi Family Therapy (MFT). Bij deze therapievorm volgen meerdere gezinnen een gezamenlijke gezinsbehandeling. Een belangrijk onderdeel hierbij is "vicarious learning". Dit houdt in dat de gezinnen

van elkaars situatie leren. Zo kunnen zij zien welke methode werkt en hoe zij deze kunnen gebruiken in hun eigen gezin (Corcoran, 2000).

Een combinatie van MFT met een gezinstherapie zoals MST of FFT is het meest aan te raden voor multiprobleem gezinnen. Omdat er echter niet uit alle studies naar MST een even positief resultaat naar voren komt, is het van belang om te kijken of er nog andere aspecten van een behandeling een rol kunnen spelen. Mogelijk is de manier waarop een gezinstherapie gegeven wordt essentieel (McCart, Priester, Davies & Azen, 2006).

#### *1.3.4 Conclusie gezinstherapieën*

Zowel PCIT, MST en MFT blijken (deels) effectieve behandelvormen te zijn (McCart, Priester, Davies & Azen, 2006). Maar wat werkt er nu het beste voor multiprobleem gezinnen? Deze gezinnen hebben een behandelvorm nodig die aansluit bij hun complexe problematiek. Daarnaast moet er aandacht zijn voor het lange traject wat zij vaak al hebben gehad in de hulpverlening. Oplossingsgericht werken is een behandelvorm die voor deze aspecten wel aandacht heeft. De therapie lijkt veelbelovend te zijn. In onderstaande paragraaf wordt deze behandelvorm uitgebreid toegelicht.

#### 1.4 Oplossingsgericht werken

Oplossingsgericht werken is in de jaren tachtig ontwikkeld door de Shazer en Kim Berg (Berg van den, 2007). Deze vorm van therapie week af van de therapieën die in die tijd gebruikelijk waren, zoals de traditionele psychotherapie. Oplossingsgericht werken verschilt van andere therapieën, aangezien het zich weinig richt op het begrijpen van de oorzaken van de problemen, maar juist de nadruk legt op de oplossingen die mogelijk zijn. Er is een verschuiving van probleemgerichte therapie naar oplossingsgerichte therapie, waarbij men uitgaat van de sterke punten van de cliënt. Een ander verschil met probleemgerichte therapieën is de rol van de therapeut. Bij de traditionele psychotherapie was de therapeut de leidinggevende: hij is de expert die de cliënt adviseert. Bij de oplossingsgerichte therapie gaat men uit van de sterke punten van de cliënt. Deze sterke punten zijn al in bezit van de cliënten, zij moeten enkel aan het licht gebracht worden. Dit is de rol van de therapeut, de expert in deze therapie is de cliënt. De therapeut helpt de cliënt zijn eigen krachten te leren gebruiken, maar de cliënt moet zelf tot het inzicht komen en iets met deze krachten doen (Lugt van der, 2008). Dit heeft hopelijk als resultaat dat de cliënt weer invloed en controle heeft op zijn eigen leven.

Belangrijk bij de oplossingsgerichte manier van werken, is dat er een duidelijk beeld over de toekomst wordt geschetst waarbij de huidige problemen niet meer aanwezig zullen zijn. Hoe duidelijker dit beeld wordt geschetst, hoe groter de kans wordt geacht dat men dit doel bereikt (Berg & Dolan,

2002). Typerend voor de oplossingsgerichte manier van werken is dat de nadruk niet alleen wordt gelegd op wat er goed gaat, wat men anders wil en hoe dit er dan uit zou moeten zien, maar ook wat nodig is om dit te kunnen bereiken. Dit kunnen grote veranderingen zijn, maar typerend aan de oplossingsgerichte manier van werken is dat het vaak gaat om kleine veranderingen. Door kleine veranderingen aan te brengen in het systeem, worden er op andere plaatsen in het systeem ook aanpassingen gedaan. Belangrijk hierbij is dat de veranderingen blijvend moeten zijn.

#### *1.4.1 Oplossingsgericht werken en cliënten*

Gezinnen die gaan werken met de oplossingsgerichte manier moeten gemotiveerd zijn om de behandeling tot een succes te maken. Het gezin moet het belang van de behandeling inzien en zelf behandeldoelen opstellen. Zodra zij gemotiveerd zijn kan er gewerkt worden met de cliënten. Cliënten in deze eerste fase van het traject heten het "klant-type". In deze fase erkennen de cliënten dat er problemen zijn en dat zij hier zelf wat aan moeten doen. Niet iedereen is meteen "klant". Er zijn ook cliënten die meer een "voorbijganger" zijn: zij zijn niet geïnteresseerd om aan hun problemen te werken en zijn vaak bang voor verandering. Daarnaast is het nog het type "klager". Wanneer cliënten een klager zijn, erkennen zij dat er een probleem is maar zijn niet bereid om hier aan te gaan werken. Belangrijk hierbij is dat de behandelaar altijd respect toont voor de cliënt, ongeacht in welke fase hij/zij zit. Door het tonen van dit respect hoopt de behandelaar ook voorbijgangers en klagers "klant" te kunnen maken (Cepeda en Davenport, 2006).

De doelen die vooraf aan de behandeling opgesteld worden, moeten duidelijk en werkbaar zijn. Bij het bespreken van de doelen wordt aan de cliënten gevraagd wat zij tot nu toe hebben gedaan om hun problemen op te lossen. Succeservaringen worden hierbij uitvergroot, waarbij de cliënt vertrouwen krijgt dat hij of zij in staat is om zelf aan de slag te gaan. Er wordt aan de cliënten gevraagd wat zij juist niet willen veranderen, waarbij de cliënten worden uitgedaagd om leuke momenten, positieve eigenschappen en uitzonderingen te vertellen.

#### 1.5 *Gesprekstechnieken*

Behandelaars gebruiken verschillende technieken om een zo goed mogelijke werkrelatie met de cliënt te krijgen. Dit kan gerealiseerd worden door gebruik te maken van basiscommunicatietechnieken, waaronder enkele specifiek en enkele niet specifiek voor het oplossingsgericht werken zijn:

- a) luisteren met oplossingsgerichte oren (verhaal van cliënt horen zonder dat de hulpverlener het door zijn eigen referentiekader filtert),
- b) door middel van non-verbaal gedrag laten zien dat er aandachtig wordt geluisterd,

- c) echoën van sleutelwoorden van de cliënt,
- d) het stellen van open vragen,
- e) het samenvatten van gedachten, acties en gevoelens,
- f) parafraseren,
- g) gebruik maken van stiltes,
- h) opmerken van non-verbaalgedrag van de cliënt,
- i) zelfonthulling (hulpverlener vertelt wat hij ziet, denkt of voelt),
- j) proces van opmerken (het proces dat cliënt en hulpverlener doormaken opmerken en, gebaseerd op wat het beste is voor de cliënt, besluiten wat op een bepaald moment gepast is),
- k) complimenteren van persoonlijke kwaliteiten (krachten) en eerdere successen (ervaringen),
- l) bevestigen van de percepties van de cliënt,
- m) empathisch vermogen (gevoelig zijn voor de gevoelens van de cliënt, de betekenis van deze gevoelens en op een passende manier reageren),
- n) focus terugbrengen naar de cliënt en
- o) het bevorderen van oplossingsgericht praten (De Jong & Berg, 2001).

Sensitief luisteren en empathisch reageren wordt door Carl Rogers benadrukt. Interesse tonen in het verhaal van de cliënt kan veel betekenen voor de cliënt en geeft hem het gevoel belangrijk te zijn (Cain, 2007). Een empathische reactie van de behandelaar geeft de cliënt de mogelijkheid om naar zichzelf te leren luisteren. Naarmate cliënten zichzelf beter kunnen observeren, in het bijzonder hun eigen gevoelens en intrapersoonlijk en interpersoonlijke gedragingen, kunnen ze nieuwe perspectieven leren zien die tot meer functioneel gedrag kunnen leiden en een beter probleemoplossend vermogen bieden. Door middel van empathie, ervaren cliënten begrip wat ervoor kan zorgen dat zij opener en eerlijker over hun problemen vertellen. Dit is erg belangrijk wanneer een behandelaar de belangrijkste opvattingen, denkschema's, gedragspatronen, persoonlijkheid en psychopathologie van de cliënt wil achterhalen (Cain, 2007).

Kenmerken die bij het empathisch vermogen horen zijn onder andere: (1) direct oogcontact en expressie van betrokkenheid, (2) een voorovergebogen houding en het knikken van het hoofd, (3) een toon tijdens het praten die interesse en betrokkenheid communiceert en een expressie van emotionele betrokkenheid en intensiteit die overeenkomt met de geuite emotie of de emotionele ervaring van de cliënt, (4) het gebruik van emotionele woorden wordt ook als empathisch ervaren (Cain, 2007). Deze communicatietechnieken zijn belangrijke kenmerken die gebruikt worden om de werkrelatie tussen cliënt en therapeut zo optimaal mogelijk te houden. Maar hoe worden deze gesprekstechnieken nu tijdens de therapie gebruikt? En hoe wordt dit toegepast bij het oplossingsgericht werken?

### 1.5.1 Elementen uit het oplossingsgericht werken

Behandelaars maken gebruik van een aantal typen vragen die centraal staan in het werken op de oplossingsgerichte manier. Deze vijf typen vragen zijn: 'hoe lukt het nu'-vragen, uitzonderingsvragen, scoringsvragen en wondervragen en de 'gebroken been vraag'. De 'hoe lukt het nu'-vragen worden gebruikt om de cliënt inzicht te geven in de krachten die ze al hebben. Er wordt aan de cliënten gevraagd hoe zij omgaan met de problemen en hoe behaalde successen doorgezet kunnen worden in de toekomst. Bij deze vraag ligt de focus op persoonlijke en sociale benodigdheden die de cliënten al bezitten om hun problemen op te lossen en hun leven te organiseren (Jong de&Berg, 2001).

Uitzonderingsvragen zijn een belangrijk middel om cliënten zelfvertrouwen te geven. Cliënten worden gevraagd naar uitzonderingen in hun leven, waarin de problemen minder erg of helemaal niet aanwezig waren. Ook wordt er aan de cliënt gevraagd hoe zij, tijdens de moeilijke periode waarin zij verzeild zijn, toch in staat waren om successen te behalen. Daarbij worden zij gemotiveerd om de handelingen die zij in de uitzonderingssituatie deden vaker te doen (Cepeda en Davenport, 2006).

De wondervraag wordt tevens veel gebruikt bij deze manier van werken. De wondervraag kan helpen het beeld over de toekomst helder te krijgen. De vraag helpt de aandacht te verschuiven van een situatie met een probleem, naar een leven wat meer bevredigend is. De cliënt wordt gevraagd zich een situatie voor te stellen waarin er een wonder is gebeurd zonder dat hij of zij weet dat dit heeft plaatsgevonden. Belangrijk hierbij is dat de aandacht uitgaat naar positieve aspecten die dan aanwezig zijn en niet naar negatieve aspecten die na het gebeuren van het wonder afwezig zijn (Jong de& Berg, 2001).

Daarnaast is er nog de 'gebroken been'-vraag ; "Stel één van de ouders breekt een been terwijl hij/zij alleen thuis is, wat doet hij/zij, wie wordt om hulp gevraagd en hoe wordt het huishouden geregeld?". Deze vraag geeft inzicht in de sociale relaties en hulpbronnen vanuit het netwerk. Dit is belangrijk om te weten aangezien multiprobleem gezinnen hulp van buitenaf goed kunnen gebruiken, maar hier vaak negatief tegenover staan (Jong de & Berg, 2001).

Als laatste wordt gewerkt met scoringsvragen. De cliënten worden door de behandelaars uitgenodigd hun observaties en ervaringen uit te drukken op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 betekent dat iets niet aanwezig is en een 10 dat iets helemaal aanwezig is. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn dat cliënten worden gevraagd hoeveel invloed zij op dit moment ervaren op hun kinderen. Het scoren helpt de cliënt inzicht te krijgen in de problematiek, aangezien het probleem concreet wordt gemaakt. Scoringsvragen zijn effectief om cliënten te motiveren vooruit te kijken en zich in te beelden wat nodig is om bepaalde zaken te veranderen. Dit wordt concreet gemaakt door de cliënt te laten

omschrijven wat er moet gebeuren om bijvoorbeeld van een 5 naar een 7 te gaan (Cepeda en Davenport, 2006; Jong de&Berg 2001).

Het oplossingsgericht werken lijkt in theorie een passende behandeling te zijn voor multiprobleem gezinnen aangezien cliënten op een positieve manier behandeld worden. De niet veroordelende manier van werken zorgt ervoor dat cliënten mogelijkerwijs gemotiveerd raken om aan hun problemen te werken. Oplossingsgericht werken lijkt een effectieve behandeling te zijn, maar is het echt een goede manier van werken met multiprobleem gezinnen?

### 1.6 Effectstudies oplossingsgericht werken

Jordan en Quinn (2004) hebben onderzoek gedaan naar oplossingsgericht werken, waarbij zij de werkwijze vergeleken met probleemgericht werken. Aan dit onderzoek deden veertig participanten mee, bestaande uit individuen, koppels en families. Deze drie groepen werden random toegewezen aan de twee onderzoeksgroepen: oplossingsgericht of probleemgericht werken. Uit dit onderzoek bleek dat de mate waarin cliënten problemen ervaren significant was verbeterd door het oplossingsgericht werken, in vergelijking met het probleemgericht werken. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij het oplossingsgericht werken aandacht wordt besteed aan de positieve kenmerken van de cliënt. Daarnaast gaven cliënten aan dat het oplossingsgericht werken meer impact had. Dit zou verklaard kunnen worden doordat er mogelijkheden worden aangedragen en de cliënten nieuwe inzichten te zien krijgen.

Uit onderzoek van Lee (1997) kwam naar voren dat het oplossingsgericht werken even effectief is voor jongens als voor meisjes. Aan deze studie hebben 59 families meegedaan, waarbij er na zes maanden telefonisch contact werd gezocht met de ouders. Hierbij werd hen gevraagd hoe zij de therapie hebben ervaren, of zij hun doelen hebben bereikt tijdens de therapie en hoe het op dat moment met de familie ging. Deze families hadden allemaal een korte periode therapie gehad, op de oplossingsgerichte manier. Deze manier van werken bleek in deze studie even effectief voor verschillende leeftijdsgroepen en voor ouders van verschillende sociaaleconomische achtergronden. Dit is een belangrijk gegeven aangezien multiprobleem gezinnen uit verschillende gezinssamenstellingen bestaan.

Uit een meta-analyse van 21 internationale studies van Stam, Dekovic, Buist en de Vries (2006) blijkt dat oplossingsgericht werken, geen beter, maar wel een even goed resultaat heeft als probleemgerichte therapieën. Zij vonden, in vergelijking met probleemgerichte therapie, sneller een effect bij oplossingsgericht werken. Een ander effect wat zij vonden was dat de behoefte aan autonomie van de cliënt in meerdere mate werd bevredigd bij oplossingsgericht werken. Corcoran (2006) vond in haar studie soortgelijke resultaten. Zij vergeleek 239, door school verwezen, families met kinderen met gedragsproblemen. In eerste instantie zou in dit onderzoek een vergelijking worden gemaakt tussen



oplossingsgericht werken en een wachtlijst groep, maar dit was organisatorisch gezien niet mogelijk. Daarom is na de behandeling van de oplossingsgericht werken groep, een groep behandeld aan de hand van een gezinstherapie die gebaseerd is op cognitieve gedragsinterventies. De gezinnen werden niet random toegewezen. Beide methoden hadden even veel invloed op de problemen. Echter, bij oplossingsgericht werken waren, in vergelijking met de groep mensen in de cognitieve gedragsinterventies, significant minder mensen die eerder stopten met de behandeling. Corcoran (2006) geeft als reden voor dit verschil dat cliënten door de zelfopgestelde doelen, meer inzicht hadden in en meer invloed op de behandeling. Daarnaast zagen ze hier ook meer het nut van in.

Deze meta-analyse en losse onderzoeken geven aan dat oplossingsgericht werken in sommige gevallen beter uitpakt dan de probleemgerichte therapie, maar in andere gevallen werkt het even goed. Er wordt in ieder geval niet aangetoond dat oplossingsgericht werken een minder gunstig effect heeft. Het tegendeel is juist waar: oplossingsgericht werken heeft positieve "bijeffecten". Dit uit zich in meer motivatie om de therapie af te maken, een sneller positief resultaat en meer invloed op het autonomie gevoel van de cliënt. Deze manier zou multiprobleem gezinnen meer aan kunnen spreken.

Maar hoe effectief is oplossingsgericht werken met multiprobleem gezinnen in de klinische praktijk? In onderstaande paragraaf wordt er een instelling besproken die werkt volgens de oplossingsgericht methode. Er zijn namelijk verschillende instellingen in Nederland die werken met de oplossingsgerichte methodes. Het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut is er daar één van. Het RMPI biedt een oplossingsgerichte gezinsdagbehandeling voor multiprobleem gezinnen in de regio Rotterdam.

### 1.7 Oplossingsgericht werken bij het RMPI

Binnen de afdeling gezinnen is de Gezinsdagbehandeling een van de behandelvormen die het RMPI, sinds 1993, te bieden heeft aan multiprobleem gezinnen en waar wordt gewerkt vanuit de oplossingsgerichte methodiek. Binnen deze afdeling worden maximaal vier gezinnen gedurende zes weken, drie dagen per week, behandeld in een zeer intensief programma, dat voor alle gezinnen gelijktijdig gestart en beëindigd wordt (Veenstra & Reusens, 1999).

De cliënten komen binnen met een duidelijk behandeldoel, waar de behandelaren hen mee gaan helpen. In sommige gevallen is dit behandeldoel nog niet helemaal duidelijk en wordt er met de behandelaren gepuzzeld hoe het doel eruit moet gaan zien. Het doel is cliënten eigen mogelijkheden te laten ontdekken en invloed op hun eigen leven en op het gedrag van hun kinderen gaan ervaren (machteloosheid doorbreken), vastzittende patronen gaan herkennen, er last van krijgen en er vanaf

willen (hulpvraag genereren) en hun verantwoordelijkheid als ouder kunnen gaan zien en gaan nemen, en van daaruit besluiten nemen die in het belang zijn van hun kind(eren) (Berg van de-Paling, 2007).

Tijdens de behandeling wordt er gebruik gemaakt van het oplossingsgericht werken, een reflecting team, de flow chart en worden er principes uit de Multi Family Therapy toegepast. Gedurende de zes weken wordt er voortdurend gebruik gemaakt van de flow chart, welke uit de volgende vijf stappen bestaat; (1) Is er een hulpvraag? (2) Is de hulpvraag haalbaar? (3) Is de hulpvraag werkbaar? (4) Zijn de hulpbronnen bereikbaar? (5) afsluitfase.

In de eerste fase wordt er naar de cliënt gekeken alsof hij/zij een voorbijganger is. Cliënten en behandelaren puzzelen met de cliënt mee om krachten, oplossingen en mogelijkheden te ontdekken. In fase 2 puzzelen de behandelaars met de cliënt over de vraag of de hulpvraag haalbaar en werkbaar is. Bij fase 3 is het belangrijk dat de druk op het proces wordt gehouden en dat er geprobeerd wordt om van een 'voorbijganger' een 'klant' te maken. De tussenevaluatie valt in week drie en gaat samen met fase 4, waarin de balans van de afgelopen drie weken en de behaalde doelen worden opgemaakt. In fase 5, op de maatwerkdag, wordt er gekeken wat de cliënten bereikt hebben en wat zij nog nodig hebben om goed te kunnen functioneren en de opwaartse spiraal te blijven volgen (Berg van de-Paling, 2007).

Het reflecting team is een ander belangrijk onderdeel van de gezinsdagbehandeling op het RMPI. De behandelaren bespreken de afgelopen week, waarbij elk gezin afzonderlijk aan bod komt. Er wordt besproken wat er in het gezin speelt, tussen de gezinnen en wat er tussen het gezin en de behandelaren speelt. De beleidspsychiater is hierbij aanwezig en na afloop van het filmpje is er mogelijkheid om hierover met elkaar te praten. Dit heeft als doel om meer openheid tijdens de behandeling te creëren. De behandelaren zeggen niets wat zij de afgelopen weken nog niet tegen de cliënten hebben gezegd, maar het kan helpen om het via een video terug te horen, waardoor bepaalde zaken meer op scherp worden gezet. Belangrijk hierbij is dat de gezinnen respectvol worden behandeld (Berg van de-Paling, 2007).

Bij het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut wordt er al jarenlang met volle overtuiging gewerkt met de oplossingsgericht methode. Zoals gezegd werkt men voornamelijk met multiprobleem gezinnen. Uit verschillende pre-post onderzoeken zonder controlegroep is gebleken dat problemen van kinderen afnemen bij deze manier van behandelen bij het RMPI bij deze specifieke groep mensen en dat cliënten er zeer tevreden mee zijn (Koopman & Lugt van der, 2007 ; Lugt van der, 2008). In deze onderzoeken is er gekeken naar het grote geheel: werkt oplossingsgericht werken bij multiprobleem gezinnen, maar ook naar specifieke dingen in de aanpak bij deze groep mensen.

De conclusie die uit al deze onderzoeken naar voren is gekomen, is dat oplossingsgericht werken goed lijkt te werken bij multiprobleem gezinnen, maar dat het er van afhangt hoe het gegeven wordt. Tijdens de gesprekken tussen de cliënt en therapeut gebeuren veel dingen die van invloed zijn op de werkrelatie. Het is belangrijk om te kijken welke elementen van belang zijn voor de relatie tussen cliënt en therapeut, zodat hier beter op ingesprongen kan worden. Zodra bekend is welke kenmerken van de behandeling aanslaan bij de cliënten, kan dit in de toekomst vaker toegepast worden waardoor behandelingen een grotere kans van slagen zullen hebben. In de volgende paragraaf worden een paar elementen besproken die van invloed zouden kunnen zijn op de behandeling. Tevens wordt de werkrelatie tussen cliënt en therapeut besproken. Vervolgens wordt het doel van dit onderzoek besproken en de hierbij vooraf gestelde verwachtingen.

## 1.8 Werkrelatie, aanzetten en raakmomenten

### *1.8.1 Werkrelatie*

Zoals al eerder genoemd is, is het bij multiprobleem gezinnen belangrijk dat er empathisch naar hen geluisterd wordt. Daarnaast is het belangrijk dat zij zich serieus genomen voelen en dat zij zich vrij voelen om hun problemen met de therapeut te bespreken (De Jong & Berg, 2001). Om deze doelen te bereiken is een goede werkrelatie tussen cliënt en therapeut van belang (Green, 2006). Eigenlijk is de term werkrelatie een allesomvattende term die verwijst naar verschillende factoren tussen de cliënt en therapeut tijdens de behandeling (Green, 2006).

Ackerman en Hilsenroth (2003) hebben op basis van onderzoeksliteratuur onderzocht welke aspecten de werkrelatie beïnvloeden. Ten eerste moet de therapeut een prettige persoonlijkheid hebben, wat zich uit in eerlijk, respectvol, betrouwbaar, geïnteresseerd, vriendelijk en warm. Daarnaast is het belangrijk dat de therapeut een professionele houding had: flexibel, ervaren, zelfverzekerd en alert. Ten tweede waren verschillende technieken belangrijk: het creëren van een prettige en veilige sfeer (steun, voorgaand therapie succes opmerken, actief, begripvol, erkenning geven) en probleemverkenningstechnieken die de cliënt het gevoel geven serieus te worden genomen (exploratie, diepte, reflectie, juist interpreteren, stimuleert uiting van gevoelens, richt op ervaringen van cliënt)

Watson en McCullen (2005) stellen dat de manier waarop de therapeut de cliënt betreft in het proces een positieve invloed heeft op de werkrelatie. Niet alleen tijdens de behandeling is het betrekken van de cliënt belangrijk, maar ook hun mening over de werkrelatie is van belang. De meningen zijn echter verdeeld over welke partij, de cliënt of therapeut, het beste inzicht heeft in de werkrelatie. Kramer et. al., (2008) stellen dat bij het voorspellen van een positieve uitkomst van een behandeling, de mening van een therapeut een betere indicator is dan de mening van de cliënt. Uit dit onderzoek blijkt dat de

kans aanwezig is dat de relatie overschat wordt als de mening van de cliënt gebruikt wordt. Echter, de cliënt ondergaat de behandeling en zijn mening zal ook van belang zijn. Bedi (2006) ondersteunt dit idee en stelt dat bij het onderzoeken van de aspecten die van invloed zijn op de werkrelatie te veel wordt gekeken naar wat de therapeut van belang acht voor de werkrelatie. Uit zijn onderzoek naar welke aspecten cliënten belangrijk vinden, kwam naar voren dat zij eerlijkheid en steun belangrijk vonden voor een goede werkrelatie.

De invloed van een goede werkrelatie tussen cliënt en therapeut wordt door verschillende onderzoeken ondersteund. (Elvins, & Green, 2008; Watson & McMullen, 2005; Green, 2006; Kramer, Roten, Beretta, Michel, & Despland, 2008; Martin, Garske, & Davis, 2000). Deze gevonden relaties tussen een goede werkrelatie en een goede behandeluitkomst waren echter wel van een matige sterkte. In de meeste gevallen was er sprake van een effectgrootte rond de  $d = .25$ . Karver, Shirk, Handelsman, Fields, Crisp, Gudmunson en McMakin (2008) vonden geen verband tussen een goede werkrelatie en een positieve behandeluitkomst. Zij deden onderzoek naar het (therapeutische) relatieproces bij depressieve jongeren waarbij sprake was van zelfmoordpogingen. Aan dit onderzoek deden 23 jongeren mee, waarbij cognitieve gedragstherapie vergeleken werd met een non-directieve ondersteunende psychotherapie. Hieruit kwam naar voren dat er geen verband bestond tussen de non-directieve ondersteunende psychotherapie en de werkrelatie en behandeluitkomsten. Bij de cognitieve gedragstherapie vonden zij wel een effect tussen de werkrelatie en behandeluitkomst. Als reden voor dit verschil gaven zij aan dat de werkrelatie wellicht ook beïnvloed wordt door de manier van werken bij een specifieke behandeling.

Concluderend kan gezegd worden dat de werkrelatie van belang is voor het goed verlopen van de behandeling. Er spelen verschillende aspecten mee in het bepalen van de werkrelatie, waarbij cliënten andere aspecten van belang lijken te vinden dan de meeste wetenschappers. Hierbij zijn zowel de therapeut als de cliënt een belangrijke informatiebron.

### *1.8.2 Raakmomenten en aanzetten*

Maar welke aspecten in de werkrelatie zijn nu van belang voor een goede werkrelatie? Om deze vraag te beantwoorden wordt er in dit onderzoek gekeken naar kleine gebeurtenissen in een gesprek tussen de cliënt en therapeut. Deze gebeurtenissen worden raakmomenten genoemd. De cliënt wordt geraakt door iets wat de therapeut zegt en dit moment is zichtbaar voor buitenstaanders. De gezichtsexpressie, houding en/of het oogcontact zal veranderen. De cliënt kan bijvoorbeeld gaan lachen, huilen, blozen en knikken, het oogcontact met de therapeut kan intensiveren en/of haar houding kan veranderen, meer gespannen dan wel ontspannen. De cliënt zal zich meer richten op de therapeut. Een raakmoment kan

positief dan wel negatief zijn (bijvoorbeeld lachen of huilen) en kan zowel kort als lang duren. Een voorbeeld van een raakmoment is:

Cliënt: (mompelend) *Egoïstisch....*

Therapeut: *Hoezo egoïstisch?*

Cliënt: *dat is toch egoïstisch... complimenten vragen?*

Therapeut: *tuurlijk niet, je mag toch horen dat het goed gaat?*

Therapeut: (toon en volume stem omhoog): *Dat zit lekker joh, zo'n veer!!* (doet alsof ze op een veer zit)

Cliënt: *Haha!* (lacht, ontspant haar schouders, leunt naar achter op haar stoel)

Voordat er echter een raakmoment kan plaatsvinden, moet er door de therapeut iets gezegd zijn waardoor de cliënt geraakt is. Deze handeling van de therapeut wordt in dit onderzoek een aanzet genoemd. Een aanzet is een handeling van de therapeut waarop een mogelijke reactie van de cliënt volgt (het raakmoment). De therapeut zegt of doet iets waardoor er een mogelijke verandering plaatsvindt in het gedragspatroon van de cliënt. Dit doet ze door middel van een grapje te maken, een compliment te geven, het benoemen van de gevoelens van de cliënt en het geven van haar mening. Dit alles heeft tot doel de cliënt inzicht te geven in wat hij doet. Een aanzet kan leiden tot een raakmoment, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn.

Voorbeelden van een aanzet:

- "dat klinkt als een zware klus" (benoemen van gevoelens)
- "wat knap dat u hier ondanks alle problemen toch bent" (compliment)
- "dat ligt denk ik aan de naam, ik heb het ook altijd koud" (grapje)
- "ik zou mijn kinderen ook niet tot zo laat buiten laten spelen" (mening geven: inzicht geven in wat normaal is)

De cliënt hoeft de aanzet van de therapeut echter niet te accepteren, dit wordt een niet geaccepteerde aanzet genoemd. Deze niet geaccepteerde aanzetten zijn onder te verdelen in twee categorieën: negeren en tegenspreken. De cliënt praat door, zonder te letten op wat de therapeut zegt, of gaat er juist tegen in. Wat betreft het non-verbale gedrag kan de cliënt verbaasd kijken, boos worden, de lichaamshouding kan verstarren. Ook is het mogelijk dat de cliënt even oogcontact maakt met de therapeut, om vervolgens weer gewoon verder te gaan in zijn verhaal, zonder verdere non-verbale veranderingen. Dit zal veel het geval zijn bij een genegeerde aanzet.

Voorbeeld van een niet geaccepteerde aanzet:

- "Nee dat is echt niet zo" (tegenspreken)

- *Kijkt verbaasd: “...en toen kwam dus mijn man thuis...”* (negeren)

In de volgende paragraaf wordt besproken welke hypothesen over raakmomenten, aanzetten en niet geaccepteerde aanzetten in dit onderzoek worden getoetst.

### 1.9 Doel van het onderzoek

Om behandelingen succesvol te laten verlopen is het belangrijk dat bekend is welke elementen succesvol zijn. Het doel van dit onderzoek is dan ook om een aantal van deze elementen in de therapie te ontdekken. Welke elementen in oplossingsgericht werken hangen samen met een goedlopende behandeling? Het is natuurlijk niet mogelijk daarbij naar alle mogelijke elementen van de behandeling te kijken. Dit onderzoek richt zich daarom alleen op aanzetten en raakmomenten. De vraagstelling die hierbij is opgesteld luidt: Hangen aanzetten en raakmomenten in oplossingsgerichte gesprekken tussen behandelaars en cliënten op het RMPI samen met de vooruitgang in het functioneren van de kinderen van cliënten? Hierbij zijn een aantal deelvragen opgesteld die hieronder besproken worden.

### 1.10 Deelvragen

#### *Deelvraag 1*

Hangt het aantal raakmomenten samen met het de vooruitgang in functioneren van het kind?

De verwachting is dat hoe vaker de cliënt geraakt wordt in een gesprek hoe meer het functioneren van het kind vooruit gaat. Dit houdt in dat het verschil tussen rapportcijfer voor gedrag voorafgaand aan de behandeling en gedrag na afloop van de behandeling significant groter moet zijn naarmate er meer raakmomenten zijn geweest.

#### *Deelvraag 2*

Hangt het aantal aanzetten samen met de vooruitgang in functioneren van het kind?

De verwachting is dat hoe vaker de therapeut een aanzet geeft om de cliënt te raken, dit van invloed is op de vooruitgang in functioneren van het kind. Dit houdt in dat het verschil tussen rapportcijfer voor gedrag voorafgaand aan de behandeling en gedrag na afloop van de behandeling significant groter moet zijn naarmate er meer aanzetten zijn geweest.

### *Deelvraag 3*

Hangt de werkrelatie samen met de vooruitgang in functioneren van het kind?

De verwachting is dat een goede werkrelatie goed is voor het functioneren van het kind. Dit houdt in dat het verschil tussen rapportcijfer voor gedrag voorafgaand aan de behandeling en gedrag na afloop van de behandeling significant groter moet zijn naarmate de werkrelatie beter is.

### *Deelvraag 4*

Hangt het rapportcijfer voorafgaand aan de behandeling samen met de uiteindelijke vooruitgang in het functioneren van het kind?

De verwachting hierbij is dat er een grotere vooruitgang te zien is bij kinderen die een laag rapportcijfer krijgen voorafgaand aan de behandeling, in vergelijking met kinderen die een hoog cijfer krijgen voorafgaand aan de behandeling. De reden voor deze verwachting is dat kinderen die al goed functioneren, minder baat zullen hebben bij de behandeling in vergelijking met lager scorende kinderen, en dus ook een kleinere vooruitgang zullen boeken.

## 2. Methoden

### 2.1 Design

In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van een pre-experimenteel design. Dit wil zeggen dat er een voor- en nameting is, maar dat er geen controle groep is. In totaal hebben twaalf gezinnen deelgenomen aan het onderzoek en van elk van deze twaalf gezinnen zijn drie vaste momenten gefilmd: de contractbespreking aan het begin van de behandeling, halverwege de behandeling tijdens de tussenevaluatie en aan het eind van de behandeling tijdens de maatwerkdag. In totaal komt dit neer op 28 sessies, waarbij steeds 2 behandelaars aanwezig waren. Per sessie werd er door twee observatoren geobserveerd. In totaal is er 984 minuten gefilmd en gescoord, wat neer komt op 16,4 uur.

### 2.2 Deelnemers & procedure

De twaalf gezinnen die hebben deelgenomen aan het onderzoek kunnen allemaal multiprobleem gezinnen genoemd worden, aangezien alleen gezinnen met chronische complexe problemen waarbij eerdere hulp gefaald heeft, in aanmerking komen voor deze behandeling op het RMPI. Deze gezinnen hebben over het algemeen een lange geschiedenis van hulpverlening achter de rug bij verschillende instanties, waar ze te weinig baat bij hebben gehad.

Het huidige onderzoek heeft plaatsgevonden tijdens drie behandelingsdraaien van elk zes weken op de Gezinsdagbehandeling van het RMPI (GDB) in Rotterdam. Tijdens deze draaien werden steeds drie sessies gefilmd, namelijk de contractbespreking, de tussenevaluatie en de maatwerkdag.

In het huidige onderzoek hebben zowel behandelaars als cliënten geparticipeerd. In eerste instantie zijn de behandelaars benaderd om mee te doen aan het onderzoek. Hierbij is voor behandelaars van drie groepen van de gezinsdagbehandeling van het RMPI in Rotterdam gekozen. Elk van deze groepen wordt geleid door een team van drie behandelaars. Zij zijn individueel door de onderzoekers benaderd. Aan hen is toestemming gevraagd drie sessies per draai te filmen en er is gevraagd of ze in wilden stemmen met het invullen van vragenlijsten na elk gesprek. Tevens is aan hen gevraagd of zij een rapportcijfer konden geven om het functioneren van de kinderen te beoordelen. Dit is voorafgaand en na afloop van de behandeling aan de behandelaars gevraagd.

Vervolgens is er aan de cliënten uit deze drie draaien van de gezinsdagbehandeling toestemming gevraagd om drie sessies te filmen, waarbij zowel de cliënt als de behandelaars werden gefilmd met behulp van twee camera's. De ouder(s) werd(en) voorafgaand aan de contractbespreking door de psychiater ingelicht over het onderzoek en gevraagd om toestemming. Wanneer de ouder(s) instemde(n) met de filmopnamen werd hen gevraagd een toestemmingsformulier in te vullen voor het



gebruik van het beeldmateriaal binnen het RMPI (alleen ten behoeve van het huidige onderzoek) en een vragenlijst (zie bijlage 1) ten aanzien van de werkrelatie tussen cliënt en therapeut. Vanuit het RMPI is tevens gevraagd voorafgaand aan de behandeling en na afloop van de behandeling een uitgebreidere vragenlijst over het functioneren van de kinderen in te vullen (CBCL). Door logistieke problemen bij het RMPI is dit bij een te klein aantal gezinnen gelukt om deze gegevens hier te kunnen analyseren.

In totaal werden twaalf gezinnen gevolgd die allen op hetzelfde tijdstip binnen de behandeling drie individuele gesprekken hadden met twee behandelaars. Hierbij was (waren) alleen de ouder(s) aanwezig en eventueel een verwijzer of systeembegeleider.

## 2.3 Instrumenten

### *2.3.1 Functioneren van het kind*

Voorafgaand aan dit onderzoek was het de bedoeling om het functioneren van het kind te meten aan de hand van de Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 6-18 jaar CBCL/6-18, Child Behavior Checklist for Ages 6-18) of de Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 1½-5 jaar (CBCL/1½-5), afhankelijk van de leeftijd van de kinderen. Dit zijn vragenlijsten waarop ouders, andere familieleden of volwassenen die een kind goed kennen, vragen kunnen beantwoorden over vaardigheden en gedrag van een kind. Ouders kunnen op 20 vragen over vaardigheden informatie geven over activiteiten, sociale contacten en schoolwerk. Helaas bleken maar drie van de twaalf ouders de vragenlijst te hebben ingevuld, waardoor het niet mogelijk was om een verschilscore tussen de voor en nameting te berekenen.

Om toch te kunnen onderzoeken wat de invloed is van raakmomenten op het functioneren van het kind, is er gebruik gemaakt van rapportcijfers. De therapeuten werd gevraagd om het dagelijks functioneren van de kinderen voorafgaand aan de behandeling een rapportcijfer te geven. Dit rapportcijfer kon geschat worden tussen de 1 en de 10. Na afloop van de behandeling werd dezelfde vraag aan de therapeuten gesteld en gaven zij een rapportcijfer voor het functioneren na afloop van de behandeling. Van deze twee scores, voorafgaand en na afloop van de behandeling, werd een verschilscore berekend. Dit werd gedaan door het cijfer na afloop van de behandeling af te halen van het cijfer voorafgaand aan de behandeling, zodat het verschil zichtbaar werd. Dit verschil kon zowel positief als negatief zijn.

### *2.3.2 Werkrelatie*

De werkrelatie tussen de cliënt en de therapeut werd gemeten aan de hand van vragenlijsten. Zowel de cliënt als de therapeuten werden gevraagd om deze vragenlijsten na afloop van elk gefilmd

gesprek in te vullen. Dit gebeurde op drie momenten: de contractbespreking, de tussenevaluatie en de maatwerkdag. De vragenlijst die werd ingevuld door de cliënten bestond uit vertalingen van de Session Rating Scale (SRS) en de Outcome Rating Scale (ORS) van Scott Miller (2000). De SRS bevat vragen die over het gevoerde gesprek gaan. De ORS bevat vragen hoe het de cliënt de afgelopen week is vergaan op verschillende levensgebieden. Zie bijlage 1 voor de vragenlijsten.

De vragenlijst die werd ingevuld door de therapeuten komt uit voorgaand onderzoek wat gedaan is bij het RMPI (Snel, 2009). Deze vragenlijst bevat vragen over het gevoerde gesprek met de cliënt. Daarnaast moesten de therapeuten aangeven hoe vaak zij dachten de cliënt geraakt te hebben tijdens het gesprek. Hier konden zij een aantal invullen. Tevens werd aan de therapeuten gevraagd of zij een rapportcijfer wilden geven voor de werkrelatie met de cliënt. Het rapportcijfer voor de werkrelatie en de geschatte raakmomenten maken geen deel uit van dit onderzoek.

#### *2.3.4 Sessie sampling*

Binnen het huidige onderzoek is ervoor gekozen om drie sessies per gezin per draai te filmen. Per sessie werd er gelijktijdig een opname gemaakt van de behandelaars en van de cliënten. Deze opnames werden vervolgens samengevoegd, zodat zowel behandelaar als cliënt in één beeld konden worden geobserveerd. De banden werden individueel geobserveerd en gescoord door twee observatoren. Om inter-beoordelaars betrouwbaarheid vast te stellen hebben twee observatoren een aantal films geobserveerd en gescoord.

De drie sessies waren de contractbespreking, de tussenevaluatie en de maatwerkdag. Deze vallen respectievelijk aan het begin, in het midden en aan het eind van een draai. Voor deze momenten is gekozen omdat ze allemaal een evaluatief karakter hebben. Bij de contractbespreking wordt er geëvalueerd wat ouders al hebben ondernomen en waar zij op de GDB aan willen werken. Bij de tussenevaluatie en de maatwerkdag worden voornamelijk de doelen die met de contractbespreking zijn opgesteld geëvalueerd.

#### *2.3.5 Scoring*

Na het samenvoegen van de videobeelden werd elke band individueel gescoord door twee observatoren. Dit scoren werd gedaan in het computerprogramma ELAN. In ELAN worden de raakmomenten, aanzetten en niet-geaccepteerde aanzetten aangegeven door voor elk een aparte "tier" te maken. In elke tier worden de aparte momenten geselecteerd door in de tijdbalk de duur hiervan te selecteren. Bij de aanzetten wordt er aangegeven in welke categorie de aanzet valt.

Allereerst werden de gesprekken gescoord op aanzetten. Deze aanzetten werden onderverdeeld in vier categorieën: (1) Grapje, (2) Mening geven, (3) Compliment geven en (4) Gevoelens benoemen. Vervolgens werd er per aanzet gekeken of er een raakmoment volgde. Zoja, dan werd dit in het computerprogramma ELAN gescoord als raakmoment. Zoniet, dan werd dit gescoord als een niet geaccepteerde aanzet. Deze niet geaccepteerde aanzet werd vervolgens onderverdeeld in twee categorieën: (1) negeren of (2) tegenspreken. Zie voor het volledige scoringsprotocol bijlage 2.

### 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de vooraf gestelde hypothesen getoetst. In eerste instantie is er gekeken naar de interbeoordelaars betrouwbaarheid van de twee variabelen raakmomenten en aanzetten. In tabel 1 is te zien dat deze interbeoordelaars betrouwbaarheid goed is.

**Tabel 1 Interbeoordelaars betrouwbaarheid**

Variabelen	Correlatie tussen beoordelaars
Aanzetten	.99**
Raakmomenten	.99**

\*\* Correlatie is significant op 0.01 level (2-tailed)

Voordat de hypothesen getoetst werden, is eerst gekeken naar de twee variabelen raakmomenten en aanzetten. In tabel 2 is te zien hoe vaak aanzetten en raakmomenten voorkwamen tijdens de gesprekken. In de tabel is te zien dat de aanzet mening geven het meest door de therapeuten werd gebruikt. In de tabel is ook te zien hoe vaak deze aanzetten geaccepteerd werden (een raakmoment) of niet geaccepteerd werden (niet geaccepteerde aanzet). Opvallend is dat slechts een minderheid van de aanzetten geaccepteerd werd.

**Tabel 2 Gemiddelden per variabele**

Variabelen	Totaal alle gesprekken N=28	Gemiddeld per gesprek
Raakmomenten	408	14,6
Aanzetten	616	22
<i>Complimenten</i>	79	2,8
<i>Grapje</i>	79	2,8
<i>Mening</i>	354	12,6
<i>Gevoelens</i>	120	4,3
Niet geaccepteerde aanzet	208	7,4
<i>Negeren</i>	104	3,7
<i>Tegenspreken</i>	104	3,7

### 3.1 Deelvraag 1: Hangt het aantal raakmomenten samen met de vooruitgang in het functioneren van het kind?

Voor de beantwoording van de eerste deelvraag *Hangt het aantal raakmomenten samen met de vooruitgang in het functioneren van het kind?* is allereerst de vooruitgang per kind berekend. Dit is gedaan door het verschil tussen het rapportcijfer voorafgaand aan de behandeling en na afloop van de behandeling te berekenen. In tabel 3 is te zien dat van 23 gezinnen van de 28 gezinnen een vooruitgang berekend kon worden. Van de overige 5 gezinnen kon geen vooruitgang berekend worden aangezien bij deze kinderen geen cijfer voorafgaand aan de behandeling of na afloop van de behandeling is gegeven. Zoals te zien is in tabel 3 is geen één kind achteruit gegaan. Gemiddeld ging elk kind bijna een punt (.95) omhoog, met een maximum van twee punten.

**Tabel 3 Gemiddelde, minimum en maximum van vooruitgang**

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Vooruitgang	23	.00	2.00	.95	.74

De correlaties tussen de variabelen aanzetten en raakmomenten en de vooruitgang zijn berekend door middel van een Pearson correlatie test. Voordat deze correlatie berekend kon worden is er van elke variabele berekend hoe vaak deze voorkwam per minuut. De reden hiervoor is dat de gesprekken niet even lang duurden en daarom voor verschil in duur van de gesprekken gecorrigeerd moest worden. In tabel 4 zijn de correlaties tussen de mate van vooruitgang en de raakmomenten, aanzetten en niet geaccepteerde aanzetten weergegeven. Zoals in de tabel te zien is, is geen één van de correlaties significant. Dit betekent dat er geen correlatie bestaat tussen het aantal raakmomenten en de mate van vooruitgang. Voor de beantwoording van de deelvraag houdt dit in dat het aantal raakmomenten niet samenhangt met de vooruitgang in het functioneren van het kind.

### 3.2 Deelvraag 2 Hangt het aantal aanzetten samen met de vooruitgang in het functioneren van het kind?

In tabel 4 is te zien dat de correlatie tussen aantal aanzetten per minuut en vooruitgang niet significant is. Ook de vier verschillende categorieën (grapje maken, mening geven, gevoelens benoemen en compliment geven) afzonderlijk hangen niet significant samen met vooruitgang. Dit betekent dat het aantal aanzetten niet samenhangt met de vooruitgang in het functioneren van het kind.

### 3.3 Deelvraag 3 Hangt de werkrelatie samen met de vooruitgang in het functioneren van het kind?

Voor de beantwoording van de derde deelvraag is er gebruik gemaakt van de vragenlijsten over de werkrelatie. Dit zijn aparte vragenlijsten voor de behandelaren en voor de cliënt. Allereerst is er een Pearson correlatie uitgevoerd om te zien of er een correlatie is tussen de vooruitgang in rapportcijfers en de werkrelatie zoals de behandelaren deze beoordeeld hebben. Zoals in tabel 5 te zien is, zijn deze correlaties niet significant. Vervolgens is er gekeken of er wel een correlatie was als er gekeken werd naar de behandelaren apart. Ook als er gekeken werd naar behandelaar 1 en behandelaar 2 individueel is de gevonden correlatie niet significant. Vervolgens is er gekeken of er een correlatie was tussen de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt en de vooruitgang in rapportcijfer. Dit bleek, evenals de werkrelatie beoordeeld door de behandelaar, niet significant te zijn.

**Tabel 4 Correlatie vooruitgang & raakmomenten/aanzetten/niet geaccepteerde aanzetten**

		Vooruitgang
Aanzetten per minuut	Pearson correlation	-.03
	Sig.(1-tailed)	.45
Complimenten per minuut	Pearson correlation	.11
	Sig.(1-tailed)	.31
Grapjes per minuut	Pearson correlation	.23
	Sig.(1-tailed)	.41
Mening geven per minuut	Pearson correlation	-.04
	Sig.(1-tailed)	.43
Gevoelens benoemen per minuut	Pearson correlation	-.17
	Sig.(1-tailed)	.22
Raakmomenten per minuut	Pearson correlation	.00
	Sig.(1-tailed)	.49
Niet geaccepteerde aanzet per minuut	Pearson correlation	.04
	Sig.(1-tailed)	.43
Negeren per minuut	Pearson correlation	-.06
	Sig.(1-tailed)	.39
Tegenspreken per minuut	Pearson correlation	.13
	Sig.(1-tailed)	.28

**Tabel 5 Correlatie werkrelatie en vooruitgang**

		Vooruitgang
Werkrelatie behandelaren totaal	Pearson correlation	-.13
	Sig.(1-tailed)	.29
Werkrelatie behandelaar 1	Pearson correlation	-.13
	Sig.(1-tailed)	.28
Werkrelatie behandelaar 2	Pearson correlation	-.06
	Sig.(1-tailed)	.39
Werkrelatie cliënt	Pearson correlation	-.02
	Sig.(1-tailed)	.47

3.4 Deelvraag 4 Hangt het rapportcijfer voorafgaand aan de behandeling samen met de uiteindelijke vooruitgang in het functioneren van het kind?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is er een correlatie berekend tussen het rapportcijfer voorafgaand aan de behandeling en de totale vooruitgang. In tabel 6 is te zien dat er een significante correlatie is tussen het rapportcijfer voorafgaand aan de behandeling en de vooruitgang in functioneren. Deze correlatie is echter wel negatief. Dit houdt in dat hoe lager het rapportcijfer voorafgaand aan de behandeling, hoe hoger de vooruitgang in rapportcijfer. Kinderen die voorafgaand aan de behandeling meer problemen hebben en daardoor een lager cijfer hebben, hebben uiteindelijk een grotere vooruitgang geboekt aan het eind van de behandeling. Voor de beantwoording van deelvraag 4 betekent dit dat het rapportcijfer voorafgaand aan de behandeling samenhangt met de uiteindelijke vooruitgang in het functioneren van het kind.

**Tabel 6 Correlatie cijfers**

		Vooruitgang
Cijfer voorafgaand	Pearson correlation	-.35
	Sig.(1-tailed)	.05**

\*\* Correlatie is significant op 0.01 level (1-tailed)

## 4. Discussie

De vraagstelling die in dit onderzoek centraal stond was: Welke elementen zijn van belang binnen een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen? Bij deze hoofdvraag zijn vier deelvragen opgesteld die in de volgende paragrafen beantwoord zullen worden. Er wordt een uiteindelijke conclusie en beantwoording van de hoofdvraag gegeven die gevolgd zal worden door de beperkingen van dit onderzoek. Als laatste worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Voorafgaand aan dit onderzoek zijn er gesprekken geweest met de behandelverantwoordelijke van de gezinsdagbehandeling bij het Rotterdam Medisch Pedagogisch Instituut, dhr W Oppenoorth. Hij vertelde over voorgaand onderzoek en welke ideeën hij had over het oplossingsgericht werken. Samen met hem is er gekeken naar opnames van gesprekken tussen de cliënten en therapeuten. Tijdens deze gesprekken viel het op dat cliënten tijdens het gesprek meerdere malen “geraakt” werden door iets wat de therapeut zei. Deze momenten zijn uitgebreid bekeken waarna er een onderzoeksvraag werd opgesteld. Deze momenten werden raakmomenten genoemd, welke werden voorafgegaan door een aanzet van de therapeut. Deze aanzetten werden onderverdeeld in vier categorieën: mening geven, grapjes maken, compliment geven en gevoelens benoemen. Allereerst werd er door twee onderzoekers de verschillende opnames gescoord, zodat de interbeoordelaars betrouwbaarheid vastgesteld kon worden. Deze bleek goed te zijn, waarna er een begin kon worden gemaakt met het scoren van de opgenomen gesprekken.

### 4.1 Beantwoording van deelvraag 1

De eerste deelvraag die werd opgesteld is: *Hangt het aantal raakmomenten samen met de vooruitgang in het functioneren van het kind?*

De verwachting hierbij was dat hoe vaker de cliënt geraakt wordt in een gesprek hoe meer het functioneren van het kind vooruit gaat. Dit houdt in dat het verschil tussen rapportcijfer voor gedrag voorafgaand aan de behandeling en gedrag na afloop van de behandeling significant groter moest zijn naarmate er meer raakmomenten zijn geweest.

Uit de resultaten blijkt dat er geen correlatie is tussen het aantal raakmomenten en de vooruitgang in rapportcijfer. Dit betekent dat de vooruitgang in het functioneren van het kind niet samenhangt met het aantal raakmomenten per gesprek. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er een te korte tijdsduur is geweest tussen meetmoment één en meetmoment twee. Voorafgaand aan de behandeling werd er aan de therapeuten gevraagd om de kinderen een rapportcijfer te geven. Dit rapportcijfer moest het huidige functioneren van het kind weergeven. Na afloop van de behandeling werd deze vraag opnieuw aan de behandelaren gesteld. Een behandeltraai duurt zes weken, wat



inhoudt dat er zes weken verstreken zijn tussen meetmoment één en meetmoment twee. Tijdens de behandelweken leren ouders op andere manieren met hun kinderen te communiceren. De ouders leren tijdens deze zes weken andere opvoedingsstrategieën, welke zij kunnen uitproberen. Tijdens de eerste week worden de doelen van de cliënten opgesteld, na drie weken worden deze doelen geëvalueerd en na zes weken hebben cliënten hopelijk andere manieren geleerd om met hun kinderen om te gaan. De kinderen moeten uiteraard wennen aan deze nieuwe manier van opvoeden en deze verandering zal geleidelijk gaan. Daarom is er na zes weken waarschijnlijk nog geen grote verandering zichtbaar bij de kinderen, simpelweg omdat de tijd daarvoor te kort is. Dit effect wordt ook wel het “sleeper effect” genoemd (Hannah & Sternthal, 1984). Mogelijk wordt er wel een grotere vooruitgang gezien in het functioneren van de kinderen als er na een langere periode gevraagd wordt naar een rapportcijfer.

Een andere verklaring dat deze verwachting niet is uitgekomen, is dat er gebruik gemaakt is van rapportcijfers die de therapeuten hebben gegeven. Helaas kon er in dit onderzoek geen gebruik gemaakt worden van de CBCL gegevens die de ouders hebben ingevuld. De rapportcijfers die de behandelaren hebben gegeven, waren schattingen en zijn niet gebaseerd op een gestandaardiseerde vragenlijst. Daarnaast zijn de beoordelingen van de ouders positiever dan de beoordelingen van de therapeuten. Therapeuten zijn vaak kritischer ten aanzien van de behaalde resultaten.

#### 4.2 Beantwoording van deelvraag 2

De tweede deelvraag die bij dit onderzoek werd gesteld is: *Hangt het aantal raakmomenten samen met de vooruitgang in het functioneren van het kind?* De verwachting hierbij was dat hoe vaker de therapeut een aanzet geeft om de cliënt te raken, dit van invloed is op de vooruitgang in het functioneren van het kind. Dit houdt in dat het verschil tussen rapportcijfer voor gedrag voorafgaand aan de behandeling en gedrag na afloop van de behandeling significant groter moet zijn naarmate er meer aanzetten zijn. Zoals in de resultaten te zien is, is het aantal aanzetten niet van invloed op het functioneren van het kind. Ook de afzonderlijke categorieën zijn niet significant bevonden. Voor de beantwoording van deelvraag twee houdt dit in dat het aantal aanzetten niet samenhangt met de vooruitgang in het functioneren van het kind.

Een verklaring voor deze niet uitgekomen verwachtingen is hetzelfde als bij deelvraag 1. Mogelijk speelt het tijdsbestek tussen meetmoment één en meetmoment twee een rol. Een andere verklaring die gegeven kan worden is het feit dat ouders de aanzetten van de behandelaren niet hoeven te accepteren. Van alle aanzetten wordt tweederde (66.23%) gevolgd door een raakmoment. In een derde van de gevallen, accepteert de cliënt de aanzet niet. De niet geaccepteerde aanzetten worden onderverdeeld in twee categorieën: tegenspreken en negeren. Alhoewel in dit onderzoek tegenspreken

als een niet geaccepteerde aanzet is benoemd, kan het natuurlijk zijn dat ouders wel degelijk geraakt worden door iets wat de therapeut zegt. Misschien is dit tijdens het gesprek niet goed te zien, waardoor het wordt gescoord als een niet geaccepteerde aanzet. Het is echter goed mogelijk dat de aanzet wel is binnengekomen bij de cliënt en dat zij er later thuis over na zijn gaan denken. Vaak kwamen ouders later in de behandeling terug op wat er tijdens de gesprekken is gezegd. Dit is echter niet meegenomen in dit onderzoek.

#### 4.3 Beantwoording van deelvraag 3

De derde deelvraag die is opgesteld bij dit onderzoek is: *Hangt de werkrelatie samen met de vooruitgang in functioneren van het kind?* De verwachting hierbij was dat een goede werkrelatie goed is voor het functioneren van het kind. Dit houdt in dat het verschil tussen rapportcijfer voor gedrag voorafgaand aan de behandeling en gedrag na afloop van de behandeling significant groter moest zijn naarmate de werkrelatie beter is.

De werkrelatie tussen cliënt en therapeut is gemeten aan de hand van twee verschillende vragenlijsten: een vragenlijst voor de therapeut en een vragenlijst voor de cliënt. Zoals in de resultaten is te zien, is de correlatie tussen de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt en vooruitgang in het functioneren niet significant. Dit betekent dat er geen verband is tussen een goede werkrelatie en het functioneren van het kind. Evenals de werkrelatie beoordeeld door de cliënt, is ook de werkrelatie beoordeeld door de therapeut niet significant bevonden. Dit houdt in dat er geen samenhang is tussen een goede werkrelatie en de vooruitgang in het functioneren van het kind.

Een verklaring voor deze niet uitgekomen verwachting zou kunnen zijn dat de behandelaren geen direct effect hebben op het functioneren van het kind. Op de gezinsdagbehandeling op het RMPI werken de behandelaren met de ouders, en niet zozeer met de kinderen. Zij proberen het functioneren van de kinderen te verbeteren door de ouders inzicht te geven in hun functioneren als ouders, vervolgens moeten de ouders met deze feedback aan de slag met hun kinderen. Als er een goede werkrelatie is tussen de behandelaar en cliënt zorgt dit er hopelijk voor dat de ouders meer inzicht krijgen. Zij moeten dit inzicht echter nog wel omzetten naar handelingen. Hier gaat net zoals bij de beantwoording van deelvraag één en twee mogelijk meer tijd overeen dan de zes weken die de ouders hebben op de gezinsdagbehandeling.

Een andere mogelijkheid is dat het begrip werkrelatie niet goed gemeten is. Deze vragenlijsten zijn overgenomen uit voorgaande onderzoeken bij het RMPI maar het is mogelijk dat deze vragenlijsten niet alle kenmerken van een goede werkrelatie meten. Dit kan tot gevolg hebben dat er geen samenhang is gevonden, aangezien niet daadwerkelijk wordt gemeten waar de vraag over gaat.

De niet gevonden samenhang tussen de werkrelatie en de vooruitgang in functioneren kan ook nog een andere oorzaak hebben. Misschien is het zo dat er inderdaad geen verband is tussen de werkrelatie en de vooruitgang in functioneren. Het is mogelijk dat ouders een erg goede werkrelatie hebben met de behandelaar, maar dat het kind daar verder geen baat bij heeft. Ouders kunnen aan het eind van de behandeling een zogenaamd “klant-type” zijn, maar nog steeds veel problemen hebben in de opvoeding. Ouders kunnen zich gerespecteerd en gehoord voelen door de behandelaar maar nog steeds niet in staat zijn om de problemen in hun gezin het hoofd te bieden. De werkrelatie tussen behandelaar en cliënt is dan echter wel goed, alleen heeft dit geen invloed op het kind.

#### 4.4 Beantwoording van deelvraag 4

De vierde deelvraag die in dit onderzoek is opgesteld is: *Hangt het rapportcijfer voorafgaand aan de behandeling samen met de uiteindelijke vooruitgang in het functioneren van het kind?*

De verwachting hierbij was dat er een grotere vooruitgang te zien is bij kinderen die een laag rapportcijfer krijgen voorafgaand aan de behandeling, in vergelijking met kinderen die een hoog cijfer krijgen voorafgaand aan de behandeling. De reden voor deze verwachting is dat kinderen die al goed functioneren, minder baat zullen hebben bij de behandeling in vergelijking met lager scorende kinderen, en dus ook een kleinere vooruitgang zullen boeken.

Er is een negatieve correlatie gevonden tussen het cijfer voorafgaand aan de behandeling en de vooruitgang in rapportcijfer. Dit houdt in dat kinderen met een hoog cijfer voorafgaand aan de behandeling, minder vooruitgang boeken dan kinderen met een laag cijfer. Dit komt overeen met de verwachting die vooraf is gesteld. Kinderen die al goed functioneren, gaan naar aanleiding van de behandeling minder vooruit dan kinderen met een laag cijfer. Dit houdt in dat kinderen met een laag cijfer meer baat hebben bij de behandeling. Dit is een interessante uitkomst voor het RMPI, aangezien zij veel te maken krijgen met kinderen die niet goed functioneren. Kinderen uit multiprobleem gezinnen ondervinden vaak problemen op verschillende gebieden en functioneren vaak slechter dan kinderen die niet uit multiprobleem gezinnen afkomstig zijn. Deze uitkomst geeft aan dat kinderen met veel problemen meer baat hebben bij de behandeling. Dit is gunstig voor het RMPI aangezien dit aangeeft dat de behandeling die zij geven aanslaat bij kinderen uit multiprobleem gezinnen.

De verwachting bij deelvraag vier is de enige die is uitgekomen. De overige verwachtingen bij de deelvragen zijn niet uitgekomen. De verklaringen hiervoor zijn per deelvraag behandeld. In de volgende paragraaf worden de beperkingen van het onderzoek besproken, die als mogelijke verklaringen kunnen dienen voor de niet uitgekomen verwachtingen.

#### 4.5 Beantwoording hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek was: *Welke elementen zijn van belang binnen een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen?* Beantwoording van deze vraag is erg lastig, aangezien de verwachtingen die vooraf opgesteld waren, niet zijn uitgekomen. Na de uitkomst van deze deelvragen te hebben bekeken, is het mogelijk dat dit mede komt doordat het tijdsbestek tussen de twee meetmomenten te kort was. Een andere mogelijkheid is dat hetgeen wat gescoord is als raakmoment, niet echt het wezenlijke van een raakmoment is. Ook het begrip werkrelatie is misschien niet goed gemeten aan de hand van de vragenlijsten.

Het lijkt alsof er wel een mooi en interessant element uit het oplossingsgericht werken is belicht, maar dat dit element misschien niet meteen van invloed is op het functioneren van het kind. Hier is nog vervolgonderzoek voor nodig, wat later in de discussie besproken zal worden.

#### 4.6 Beperkingen van het onderzoek

Het functioneren van de kinderen is in dit onderzoek bepaald aan de hand van rapportcijfers. Deze rapportcijfers zijn door de behandelaren voorafgaand aan de behandeling gegeven. Alhoewel de behandelaren al een intakegesprek hebben gehad, een huisbezoek en een dossieranalyse hebben gedaan is het toch mogelijk dat zij de kinderen te laag of te hoog hebben ingeschat. Daarnaast is het zo dat zij de kinderen nog niet goed kennen en dat zij in de loop van de behandeling pas een goed beeld krijgen van de kinderen. Ouders kunnen dit waarschijnlijk beter inschatten, maar zij werden in dit onderzoek niet gevraagd om een rapportcijfer te geven voor het functioneren van hun kind. De rapportcijfers die zijn gegeven zijn geschat en zijn niet tot stand gekomen door middel van een scoringssysteem. Dit schatten van een rapportcijfer is natuurlijk niet erg betrouwbaar, wat een reden zou kunnen zijn dat er geen significante correlaties zijn gevonden.

Een andere mogelijke verklaring kan worden gezocht in de meetmomenten die gekozen zijn voor dit onderzoek. Er is tijdens drie evaluatiemomenten gekeken naar wat de behandelaars doen en welke technieken zij dan gebruiken. Het is mogelijk dat wanneer er buiten deze drie meetmomenten ook gescoord wordt voor raakmomenten en aanzetten, er dan wel een samenhang wordt gevonden. Op deze manier zijn er meer scores per behandelaar en per behandeling waardoor er met meer betrouwbaarheid kan worden gesteld of er wel of geen samenhang is tussen datgene wat de behandelaar doet en de werkrelatie en/of het functioneren van het kind. Cliënten kunnen immers ook meerdere malen geraakt worden tijdens een normale behandeldag en deze momenten worden nu niet opgenomen in het onderzoek.

Het is van belang te noemen dat de onderzoeksters in dit onderzoek tevens de observatoren waren. Dit kan op twee manieren van invloed zijn geweest op de inter-beoordelaars betrouwbaarheid. Het kan ervoor hebben gezorgd dat de betrouwbaarheid hoger is uitgevallen dan in het geval van onafhankelijke observatoren. Zo kan het zijn dat de observatoren eenzelfde denkwijze hebben ontwikkeld doordat zij intensief bezig zijn geweest met het ontwikkelen van het meetinstrument, waarbij niet alle denkstappen expliciet zijn opgeschreven in de handleiding. Dit kan tot gevolg hebben gehad dat er meer uitspraken zijn gescoord doordat er meer werd vertrouwd op de eigen interpretatie. Daarentegen kan dit vertrouwen op eigen interpretatie, waarin uitspraken zijn meegenomen die niet direct terug te vinden zijn in de handleiding, er ook voor hebben gezorgd dat er meer discrepantie is ontstaan tussen de beide observatoren. Onafhankelijke observatoren die zich aan de richtlijnen van de handleiding houden kunnen mogelijk een andere inter-beoordelaars betrouwbaarheid behalen doordat zij enkel de uitspraken scoren die expliciet in de handleiding zijn beschreven. Om deze reden is het aan te raden dit onderzoek nog een keer te herhalen met onafhankelijke beoordelaars.

Daarnaast is het van belang om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een grotere steekproef. De steekproef in dit onderzoek was erg beperkt wat een mogelijke reden kan zijn voor de samenhang die niet gevonden is tussen de raakmomenten en het functioneren van het kind en de werkrelatie. Een grotere steekproef zorgt voor een grotere power, waardoor een samenhang sneller gedetecteerd kan worden.

#### 4.7 Suggesties voor vervolgonderzoek

Om het functioneren van het kind voortaan beter in kaart te brengen, wordt het aanbevolen om voortaan de CBCL te gebruiken. Dit is een betrouwbare vragenlijst waarmee het functioneren van het kind inzichtelijk gemaakt kan worden. De CBCL wordt dan voorafgaand aan de behandeling door ouders ingevuld en na afloop van de behandeling. Om het functioneren van het kind goed te kunnen meten, kan vervolgens het verschil berekend worden.

Om het probleem met ontbrekende CBCL-gegevens te voorkomen is het belangrijk dat hier in de toekomst meer aandacht aan wordt besteed. Aangezien tenslotte het opzetten van gestructureerd en betrouwbaar onderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg van onschatbare waarde is, is het van belang om het reeds bestaande onderzoeksklimaat binnen het RMPI (verder) te professionaliseren. Dit kan worden bereikt door adequate procedures in te stellen en meerdere personen binnen de instelling verantwoordelijk te maken voor de uitvoering van deze procedures. Door de dataverzameling te standaardiseren kunnen gegevens systematischer en met minder uitval en fouten geregistreerd worden, wat de betrouwbaarheid van de resultaten weer ten goede komt.

De onderzoekster verwacht dat er een verschil zit in de rapportcijfers die ouders zullen geven en die de behandelaars zullen geven. Het lijkt de onderzoekster interessant in vervolgonderzoek hier meer aandacht aan te besteden. De onderzoekster verwacht dat hoe meer de behandelaar en cliënt op één lijn zitten qua rapportcijfer, hoe beter de werkrelatie zal zijn tussen behandelaar en cliënt.

Zoals al eerder aangegeven kunnen de niet gevonden correlaties misschien verklaard worden door het tijdsbestek tussen meetmoment één en meetmoment twee. Als vervolg van dit onderzoek zou het interessant zijn om de ouders uit dit onderzoek over drie maanden tot een half jaar nog eens te benaderen. Interessant is om te kijken hoe het dan met de kinderen is. Het RMPI biedt ouders de mogelijkheid gebruik te maken van een strippenkaart, waarmee zij in contact blijven met de behandelaar als de cliënt daar behoefte aan heeft. Zo blijven de behandelaren ook betrokken bij het gezin, waardoor zij ook het functioneren van het kind kunnen beoordelen.

## 5. Literatuurlijst

- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003) A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23, 1-33.
- Baartman, H., & Dijkstra, J.S. (1987). Multi-problemgezinnen II; de opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*. 1, 2-20.
- Bedi, R.P. (2006) Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (1), 26- 35.
- Berg van de-Paling, M. (2007). *Cursusmateriaal RMPI: Oplossingsgericht Werken met Gezinnen*.
- Bertalanffy von , L. (1950) An Outline of General System Theory. *The British Journal for Philosophy of Science*, Vol.1, pp. 134-165.
- Brunk, M., Henggeler, S.W., Whelan, J.P. (1987). Comparison of Multisystemic Therapy and Parent Training in the Brief Treatment of Child Abuse and Neglect. *Journal of consulting and clinical Psychology*. Vol. 55, pp. 171- 178.
- Cain, D.J. (2007). What Every Therapist Should Know, Be and Do: Contributions from Humanistic Psychotherapies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Vol. 37, pp. 3-10.
- Carr (2006) Attention and over-activity problems, in: *The handbook of child and adolescent psychology* (Carr, A, ed.),Routledge, p 421-460
- Cepeda, L.M. & Davenport, D.S. (2006). Person- Centered Therapy and Solution- Focused Brief Therapy: An Integration of Present and Future Awareness. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, Vol.43, pp. 1-12.
- Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., Valle, L.A., Brestan, E.V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J.& Bonner, B.L. (2004) Parent- child Interaction Therapy With Physically Abusive

- Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 72, pp. 500-510.
- Corcoran, J. (2002). Developmental Adaptations of Solution Focused Family Therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. Vol. 2, pp. 301-313.
- Cormack, C & Carr, A (2000). Drug Abuse. In A. Carr (Ed.), *What Works With Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Interventions With Children, Adolescents and Their Families*. (pp 155-177). London: Routledge.
- Dickscheit J., & Lokven van, R. (2002). Multi-problem families: Family situation, rearing and the attitude of juveniles towards social limits. In W. Ott, & J. E. Rink *Youngsters between freedom and social limits. Volume IV* (pp. 245-256). Maastricht: Shaker Publishing.
- Elvins, R., & Green, J. (2008) The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28,1167-1187.
- Green, J. (2006) Annotation: the therapeutic alliance- a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425-435.
- Hannah, D.B. & Sternthal B. (1984) Detecting and explaining the sleeper effect. *Journal of consumer research*, 11, 632-642
- Herschell A.M., Calzada E.J. , Eyberg S.M. & Mc Neil C.B. (2002a).Clinical Issues in Parent-Child Interaction Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 16-27.
- Herschell A.M., Calzada E.J. , Eyberg S.M. & Mc Neil C.B. (2002b). Parent-Child Interactions Therapy: New Directions in Research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 9-16.
- Jong de , P., & Berg, K. (2001). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.



- Koopman, F., & Van der Lugt, L. (2007). Effectonderzoek naar de Oplossingsgerichte Therapie van de Gezinsdagbehandeling van het RMPI.
- Kramer, U., Roten, Y., de., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. (2008) Patient's and therapist's view of early alliance building in dynamic psychotherapy: patterns and relation to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (1), 89- 95.
- Lee, M. (1997). A Study of Solution-Focused Brief Family Therapy: Outcome and Issues. *The American Journal of Family Therapy*. Vol. 25, pp. 3- 16.
- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol. 28, pp. 521- 533.
- Little, J.H., M. & Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for Social, Emotional, and Behavioral Problems in Youth Aged 10- 17 (Review). *Cochrane database of systemic reviews*, Vol. 3, pp. 1- 11.
- Loeber, R., Slot, N.W. & Sergeant, J.A. (red.) *Ernstige en geweldadige jeugddelinquentie*, 97-127.
- Lokven van , H.M. (2002). Multiproblem gezinnen in Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 21: 56-62.
- Lugt van der, M. (2008) Lange termijn effect van de oplossingsgerichte therapie: follow-up onderzoek naar de Gezinsdagbehandeling van het RMPI.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, K. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 438- 450
- McCart R.M., Priester E.P., Davies W., & Azen R. (2006) Differential Effectiveness of Behavioral Parent-Training and Cognitive-Behavioral Therapy for Antisocial Youth: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 34

- Meijer, A.M., Oppenoorth, W.H., & Zinko T. (1991). Een onderzoek bij multi-problem gezinnen. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding. Vorming en Onderwijs*, 7, 353 – 364.
- Riehl-Emde, A., & Reich, G. (2001). Family therapy. Recent trends and discussions. *Psychotherapeut*, 46: 355-367.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., Vries, L., de. (2006) Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie : een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39 (2), 81-94.
- Thomas R. & Zimmer-Gembeck M. (2007) Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P- Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. (2007) *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.
- Timmer, S.G., Urquiza, A.J., Zebell, N.M.& McGrath, J.M. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: Application to Maltreating Parent- Child Dyads. *Child Abuse and Neglect*. Vol. 29, pp. 825- 842.
- Veenstra, M., & Reusens, M. (1999). Dagbehandeling: een semi- residentiele of een semi-ambulante cultuur? In Verheij, F., Monasso, M.P.M., Eussen, M.L., & Van Nuland, J.P. (Red.) *Zorgbreedte van de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Watson, J.C., & McMullen, E.J. (2005) An examination of therapist and client behavior in high- and low-alliance sessions in cognitive- behavioral therapy and process experiential therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3), 297-310.

## 6. Bijlagen

### 6.1 Bijlage 1

#### Outcome Rating Scale (ORS) Nederlandse versie

Naam: \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_ jaar      Geslacht: M / V

Datum: \_\_\_ (dag) \_\_\_\_\_ (maand) 20\_\_\_ (jaar)    Behandelcontact nr. \_\_\_\_\_

Terugkijkend op de afgelopen week, inclusief vandaag: hoe is het met u gegaan op de volgende levensgebieden? Zet op elke lijn een kruisje.

**Hoe meer u het kruisje naar links plaatst, des te slechter is het met u gegaan. Hoe meer u het kruisje naar rechts plaatst, des te beter is het met u gegaan.**

---

#### Individueel

(Hoe ging het met uzelf?)

|-----|

#### Interpersoonlijk

(Hoe ging het in de contacten thuis, met mensen die dichtbij u staan?)

|-----|

#### Maatschappelijk

(Hoe ging het met uw functioneren in de samenleving: werk, opleiding, sociale contacten)

|-----|

#### Over het geheel

(Hoe ging het over het geheel met u?)

|-----|

Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Translation in Dutch: Anton Hafkenscheid ([a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl](mailto:a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl)), in collaboration with Dorti Been, Sjouk de Boer, Albert Boon, Peter Breukers, Mark Crouzen, Pico Teune & Joop Wolff.

**Session Rating Scale (SRS V.3.0)**  
**Nederlandse versie**

Naam: \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_ jaar      Geslacht: M / V

Datum: \_\_\_ (dg) \_\_\_\_\_ (mnd) 20\_\_\_ (jr)    Behandelcontact nr. \_\_\_\_\_

Beoordeel het behandelcontact van vandaag door op elke lijn een kruisje te plaatsen bij de beschrijving die het beste weergeeft hoe u dit behandelcontact hebt ervaren.

Hoe meer u het kruisje naar rechts plaatst, des te positiever is uw gevoel over dit behandelcontact.  
Hoe meer u het kruisje naar links plaatst, des te negatiever is uw gevoel over dit behandelcontact.

**Relatie/Contact**

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

|-----|

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.

|-----|

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

**Aanpak en/of Werkwijze**

De manier waarop de behandelaar mijn problemen aanpakt sluit *niet* bij me aan.

|-----|

De manier waarop de behandelaar mijn problemen aanpakt sluit goed bij me aan.

**Over het geheel**

Er miste iets in het behandelcontact vandaag.

|-----|

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

Institute for the Study of Therapeutic Change  
[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Translation in Dutch: Anton Hafkenscheid ([a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl](mailto:a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl)), in collaboration with Dorti Been, Sjouk de Boer, Albert Boon, Peter Breukers, Mark Crouzen, Pico Teune & Joop Wolff.

**Beoordelingsschaal werkrelatie- behandelaar**

Gezinsnr:

Behandelaarsnr:

Datum:

KB/ TE/ MW

**Hoe goed was vandaag de werkrelatie met deze cliënten?**

Geen werkrelatie

Goede werkrelatie

|-----|

**Voelde je je vandaag gerespecteerd door de cliënten?**

Geen respect

volkomen  
gerespecteerd

|-----|

**Paste je werkwijze vandaag bij de cliënten?**

Absoluut niet

volkomen

|-----|

**Begreep je vandaag wat de cliënten wilden?**

Absoluut niet

volkomen

|-----|

**Het totale rapportcijfer (1-10) dat ik geef aan de werkrelatie met deze cliënten is een:**

**Hoe vaak denk je dat je de cliënten geraakt hebt met datgene wat jullie als therapeuten hebben gezegd tijdens dit gesprek? ..... keer**

## 6.2 Bijlage 2

### **Scoringsprotocol**

Dit scoringsprotocol is voor het observeren van de relatie tussen behandelaar en cliënt. Deze relatie heeft mogelijk een verband met de kwaliteit van de werkrelatie.

Er wordt gekeken naar pogingen van de behandelaar om de cliënt te raken, zo een poging wordt een “aanzet” genoemd. Een aanzet kan geaccepteerd, dan wel niet geaccepteerd worden door de cliënt. Accepteert de cliënt de aanzet, dan is er sprake van een zogenaamd “raakmoment”. Mogelijk staat het aantal raakmomenten in verband met de werkrelatie tussen therapeut en cliënt.

Om de aanzetten en raakmomenten te kunnen scoren wordt gebruik gemaakt van speciaal gemonteerde opnames van therapeutische sessies tussen twee therapeuten en de cliënt(en). In deze montage zijn twee verschillende opnames geïntegreerd. Eén opname is een close-up van de therapeuten, de andere opname is een close-up van de cliënt(en). Deze twee close-ups zijn samengevoegd in één frame, op zo'n manier dat het gesprek zijn natuurlijke ritme behoudt.

Per opname zal gekeken worden naar de frequentie aanzetten, raakmomenten en niet-geaccepteerde aanzetten die voorkomen in het gesprek. Omdat het gaat om de relatie tussen de therapeuten en de cliënt(en), zal niet gekeken worden naar de interactie tussen therapeuten of, in geval van meerdere cliënten, de interactie tussen cliënten.

### **Meetmomenten**

Voor het onderzoek worden er opnames die gemaakt zijn op de gezinsdagbehandeling. Er worden op drie verschillende momenten opnames gemaakt: op de contractbespreking, de tussenevaluatie en de maatwerkdag. Elke opname wordt in zijn totaliteit gescoord. De reden hiervoor is dat er anders mogelijke aanzetten/raakmomenten gemist kunnen worden. Het risico bestaat dat er in een gekozen tijdsfragment geen aanzetten/raakmomenten voorkomen, terwijl tijdens de rest van de opname juist veel aanzetten/raakmomenten te zien zijn.

Elke opname duurt tussen de 45 en 60 minuten en start aan het begin van het gesprek, zodra de therapeut het woord neemt. Het gesprek eindigt als de psychiater zich bij het gesprek voegt. Het gesprek gaat dan nog door, maar er wordt niet meer gefilmd. De reden hiervoor is dat er wordt gekeken naar de aanzetten, en mogelijke raakmomenten, die de therapeuten opzetten. De aanzetten van de psychiater zijn voor dit onderzoek niet van belang. De aanwezigheid van de psychiater kan tevens de werkrelatie tussen therapeuten en cliënt beïnvloeden, en zo ook de onderzoeksresultaten.

## **Aanzet**

Een aanzet is een handeling van de therapeut waarop een mogelijke reactie van de cliënt volgt (het raakmoment). De therapeut zegt of doet iets waardoor er een mogelijke verandering plaatsvindt in het gedragspatroon van de cliënt. Dit doet ze door middel van een grapje te maken, een compliment te geven, het benoemen van de gevoelens van de cliënt en het geven van haar mening (waardoor de therapeut probeert de cliënt inzicht te geven in wat hij doet). Een aanzet kan leiden tot een raakmoment, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn.

Voorbeelden van een aanzet:

- “dat klinkt als een zware klus” (benoemen van gevoelens)
- “wat knap dat u hier ondanks alle problemen toch bent” (compliment)
- “dat ligt denk ik aan de naam, ik heb het ook altijd koud” (grapje)
- “ik zou mijn kinderen ook niet tot zo laat buiten laten spelen” (mening geven: inzicht geven in wat normaal is)

### **Let op:**

- Er wordt hier niet gekeken naar het gedrag van de cliënt, hij/zij hoeft de aanzet niet te accepteren
- Een aanzet kan mislukken dan wel raak zijn (zie *niet geaccepteerde aanzet en raakmoment*)
- De aanzetten, raakmomenten en niet geaccepteerde aanzetten worden apart van elkaar gescoord
- Er wordt gekeken naar aanzetten van de behandelaar, niet van de cliënt
- In het programma ELAN wordt een nieuwe “tier” aangemaakt voor de aanzetten
- Elke aanzet wordt gescoord en wordt apart benoemd door middel van de vier categorieën grapje, compliment, mening geven en gevoelens benoemen.

### **Niet geaccepteerde aanzet**

Wanneer de cliënt de aanzet van de therapeut niet accepteert is er sprake van een “niet-geaccepteerde aanzet”. In dit geval zal de cliënt datgene wat de therapeut zegt negeren of verwerpen. De cliënt praat door, zonder te letten op wat de therapeut zegt, of gaat er juist tegen in. Wat betreft het non-verbale

gedrag kan de cliënt verbaasd kijken, boos worden, de lichaamshouding kan verstarren. Ook is het mogelijk dat de cliënt even oogcontact maakt met de therapeut, om vervolgens weer gewoon verder te gaan in zijn verhaal, zonder verdere non-verbale veranderingen. Dit zal veel het geval zijn bij een genegeerde aanzet.

Voorbeeld van een niet geaccepteerde aanzet:

- “Nee dat is echt niet zo” (verwerpen)
- *Kijkt verbaasd*: “....en toen kwam dus mijn man thuis....” (negeren)

**Let op:**

- Er wordt hier gekeken naar het gedrag van de cliënt, hij/zij moet de aanzet verbaal verwerpen of negeren.
- Bij een niet-geaccepteerde aanzet, zullen niet altijd non-verbale gedragsveranderingen optreden.
- In het programma ELAN wordt er een aparte “tier” aangemaakt voor de niet geaccepteerde aanzetten

**Raakmoment**

Wanneer de cliënt reageert op de aanzet die de therapeut geeft, waardoor het gedragspatroon van de cliënt zichtbaar verandert, spreken wij van een “raakmoment”. De gezichtsexpressie, houding en/of het oogcontact zal veranderen. De cliënt kan bijvoorbeeld gaan lachen, huilen, blozen en knikken, het oogcontact met de therapeut kan intensiveren en/of haar houding kan veranderen, meer gespannen dan wel ontspannen. De cliënt zal zich meer richten op de therapeut. Een raakmoment kan positief dan wel negatief zijn (bijvoorbeeld lachen of huilen). Het raakmoment kan kort dan wel langer duren.

Een raakmoment is het gevolg van een aanzet maar andersom hoeft een aanzet echter niet altijd tot een raakmoment te leiden. De cliënt accepteert de aanzet of accepteert het niet. Wanneer er sprake is van acceptatie volgt een raakmoment, wanneer de cliënt dit niet accepteert is er sprake van een ‘niet-geaccepteerde aanzet’.



Voorbeeld van een raakmoment:

Cliënt: (mompelend) *Egoïstisch....*

Therapeut: *Hoezo egoïstisch?*

C: *dat is toch egoïstisch... complimenten vragen?*

T: *tuurlijk niet, je mag toch horen dat het goed gaat?*

T: (toon en volume stem omhoog): *Dat zit lekker joh, zo'n veer!!* (doet alsof ze op een veer zit)

C: *Haha!* (lacht, ontspant haar schouders, leunt naar achter op haar stoel)

**Let op:**

- Er wordt hier gekeken naar het gedrag van de cliënt, hij/zij moet de aanzet accepteren waardoor er een raakmoment volgt.
- Er wordt alleen een raakmoment gescoord als er ook daadwerkelijk een non-verbale verandering zichtbaar is bij de cliënt. Deze verandering kan echter wel heel klein zijn, zoals het maken van oogcontact in combinatie met een klein glimlachje.
- In het programma ELAN wordt een aparte "tier" aangemaakt voor de raakmomenten

**Computerprogramma ELAN**

In ELAN worden de raakmomenten, aanzetten en niet-geaccepteerde aanzetten aangegeven door voor elk een aparte "tier" te maken. In elke tier de aparte momenten geselecteerd worden door in de tijdbalk de duur hiervan te selecteren. Bij de aanzetten wordt aangegeven in welke categorie de aanzet valt.

- Selecteer aanzet/raakmoment/niet geaccepteerde aanzet in de tijdbalk (shift + enter aan het begin en einde van het raakmoment/aanzet/niet geaccepteerde aanzet intoetsen, of slepen met de muis)
- Nieuwe annotatie hier (Alt + n)
- Noteer in geval van aanzet welke categorie: compliment geven, grapje, mening geven en gevoelens benoemen.
- Ctrl + Enter