

## **‘Fit’ voor behandeling:**



Mosaic II M.C. Escher

De invloed van de werkrelatie gemeten aan de hand  
van verbale en non- verbale signalen op de  
behandeluitkomsten van de gezinsdagbehandeling  
van het RMPI

# **‘Fit’ voor behandeling:**

De invloed van de werkrelatie gemeten aan de hand  
van verbale en non- verbale signalen op de  
behandeluitkomsten van de gezinsdagbehandeling  
van het RMPI

Masterthesis Kinder- en Jeugdpsychologie  
Faculteit Sociale Wetenschappen  
Universiteit Utrecht

Marianne Snel 3056236

Begeleider vanuit de Universiteit: Prof. Dr. B. Orobio de Castro

Begeleider vanuit het RMPI: Dr. W.H.Oppenoorth

Tweede beoordelaar: Mw. Dr. Y. van Beek

Juni 2009

## **Samenvatting**

In het huidige onderzoek is geprobeerd zicht te krijgen op de invloed van non-verbale en verbale signalen op de werkrelatie en de behandeluitkomsten voor Multi-problem gezinnen tijdens drie evaluatie gesprekken die plaatsvonden op de gezinsdagbehandeling van het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI). Op de gezinsdagbehandeling wordt op een oplossingsgerichte manier gewerkt met Multi-problem gezinnen. De gezinnen en hun behandelaars zijn aan de hand van films geobserveerd met betrekking tot de signalen praatbeurten, backchannels en lichamelijke gerichtheid. De behandeluitkomsten zijn gemeten aan de hand van de CBCL vragenlijst die vooraf en na de behandeling door de ouders zijn ingevuld per kind. Door een deel van de gezinnen en hun behandelaars zijn na elk gesprek vragenlijsten ingevuld gericht op de werkrelatie. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de mate van overeenkomst tussen de cliënten en behandelaars, en het afgeven van de signalen op verschillende momenten een positief of negatief effect kunnen hebben, afhankelijk van de functie van het moment in het gesprek. Er zijn indicaties gevonden dat met name backchannels een rol spelen bij het beïnvloeden van de werkrelatie en de behandeluitkomsten.

## **Abstract**

The current study was conducted to better understand the influence of nonverbal and verbal signals on therapeutic alliance and treatment outcome with respect to three evaluation conversations that have taken place in a family treatment setting at the Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI). In this family treatment setting multi-problem families are treated according to a solution focused therapy. The families and their therapists were observed using films of their conversations. The observations were focused on speech turns, backchannels and bodily orientations. The treatment outcome was measured using the CBCL questionnaire filled out by the parents at the beginning and end of treatment for all their children. A few families and their therapists also filled out questionnaires focusing on the therapeutic alliance. This study found that the similarities between clients and therapists and the signals sent had positive or negative influences depending on the function of the moment in the conversation. Indications have been found that point to a relationship between backchannels, therapeutic alliance and treatment outcome.

## Voorwoord

In verband met mijn Master opleiding Kinder- en Jeugd Psychologie heb ik onderzoek gedaan bij het RMPi op de gezinsdagbehandeling. Hierbij heb ik kunnen samenwerken met verschillende mensen die allemaal op hun eigen manier een bijdrage hebben geleverd.

Ik wil de gezinnen en behandelaars van de gezinsdagbehandeling bedanken voor hun medewerking en het tolereren van het camera- circus tijdens de evaluatie gesprekken.

Ik wil Ruth bedanken voor het helpen met het opstellen van de observatiehandleiding, filmen en bewerken van de films en voor de gezelligheid. Het was lastig geworden dit onderzoek zonder jou hulp op te zetten.

Ik wil Walter Oppenoorth bedanken voor de inspiratie, begeleiding en interessante gesprekken. Ik heb nog maar weinig mensen ontmoet die zo enthousiast kunnen zijn over onderzoeken, dit werkte erg aanstekelijk. Ook Janet Bavelas wil ik bedanken voor de inspiratie en de zeer interessante middag. .

En ik wil graag Bram Orobio de Castro bedanken voor de prettige begeleiding en ondersteuning tijdens het gehele proces.

Ook Yolanda van Beek bedankt voor de informatie en inspiratie.

En als laatste wil ik Bart bedanken voor het doen van de afwas en alle andere dingen waar ik soms geen tijd voor had.

## **Inhoudsopgave**

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
Multi-problem gezinnen	7
Oplossingsgericht werken	8
Gesprekken op de gezinsdagbehandeling	12
Werkrelatie	12
Non-verbale en verbale signalen	15
Onderzoeksvragen en hypothesen	19
<b>Methode</b>	<b>21</b>
Steekproef	21
Meetinstrumenten	21
Observatiehandleiding	22
Procedure	29
<b>Resultaten</b>	<b>31</b>
Hypothese 1	31
Hypothese 2	35
Hypothese 3	35
Hypothese 4	39
Hypothese 5	47
<b>Discussie</b>	<b>51</b>
Referenties	59
Bijlage 1	62
Bijlage 2	63

## Inleiding

Het is van belang verantwoording te kunnen afleggen voor de keuzes die je maakt. Dit geldt zeker ook voor de keuzes die in de zorg worden gemaakt. Er wordt geprobeerd door middel van verslagen, dossiers en protocollen bij te houden en te sturen wat men precies doet en waarom dat zo gebeurt. Het is van belang dat een methode die gebruikt wordt bij de behandeling van cliënten effect heeft, want men wil toch dat een behandeling een positieve bijdrage levert voor de mensen die om hulp komen vragen. Kennis over de effectiviteit van methoden heeft tot gevolg dat het duidelijker wordt waar men de best passende behandeling kan gaan volgen. Zo kunnen zowel cliënten, verzekeringsmaatschappijen en andere zorginstellingen een wel overwogen, veilige keuze maken of ze met een instelling in zee willen gaan. Om duidelijk te krijgen welke werkwijze effectief is, moet onderzoek worden gedaan.

Het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI) is een derdelijns zorginstelling, de afdeling gezinnen biedt hulp aan multi- problem gezinnen. Deze afdeling is geïnteresseerd in het effectiviteit van hun werkwijze. Er wordt gewerkt vanuit Oplossingsgericht Werken, hierover later meer.

Het is belangrijk om te weten of een methode werkt, maar dit gegeven op zichzelf zegt nog niet veel. Welke aspecten maken dat deze methode een goed effect heeft bij de behandeling van mensen die met een verscheidenheid aan problemen te maken hebben? Om antwoord te kunnen geven op deze vraag zal een breed scala aan aspecten van de behandeling moeten worden bekeken. Op de afdeling gezinnen zijn ze begonnen met uitpluizen van de verschillende puzzelstukjes die samen de werkwijze vormen. In eerder onderzoek is al gekeken naar de meest gebruikte technieken op de gezinsdagbehandeling (GDB) van het RMPI hier uit is een meetinstrument ontwikkeld om te observeren welke methoden gebruikt worden, namelijk de 'Therapeutic Observation Measure' (TOM) (Mol, 2008). Dit meetinstrument maakt gebruik van drie schalen: Hardop denken (gevoelens delen, ervaringen delen, mening geven, mogelijkheden bieden en checken), Erkenning geven (positief heretiketteren, complimenten geven en gevoelsreflectie) en Doelbespreking (doel vragen, subdoelen, concretiseren, terugkoppeling naar begindoelen en analyse van behaalde doelen).

Het huidige onderzoek is wederom een poging om een (klein) deel van de puzzel helder te krijgen, het deel wat kijkt naar de mate waarin de cliënten en behandelaars 'bij elkaar passen' (Fit). Bij oplossingsgericht werken wordt gesteld dat de werkrelatie erg belangrijk is voor het verloop en de uitkomsten van een behandeling, daarom zal in dit

onderzoek worden gekeken naar het verband tussen de werkrelatie en de uitkomsten van de behandeling. Het is nog niet helemaal duidelijk welke verbale en non- verbale aspecten een rol spelen bij deze 'fit', wellicht kunnen aspecten die in eerdere onderzoeken een rol leken te spelen bij een (goede) werkrelatie inzicht bieden in de aard van de 'fit'.

Nu zal eerst verder uitleg worden gegeven over het 'begrip' multi- problem gezinnen en Oplossingsgericht werken. Daarna zal worden gekeken naar eerder onderzoek, de rol van de werkrelatie en specifieke aspecten die mogelijk van invloed zijn op deze werkrelatie.

### **Multi- problem gezinnen**

Op de afdeling gezinnen van het RMPI wordt gewerkt met Multi- problem gezinnen. Kort weg gezegd zijn dit gezinnen met uiteenlopende problemen die meestal al langere tijd in de hulpverlening rondlopen of tegen een uithuisplaatsing van de kinderen aanzitten. Omdat 'Multi-problem gezin' een erg vaag begrip is zal nu eerst een wat uitgebreider beschrijving van deze diverse groep gezinnen worden gegeven.

Als eerste is het van belang om te stellen dat een multi-problem gezin niet te vangen is in één beschrijving. Het is een zeer complex verschijnsel. Zinko, Meijer & Oppenoorth (1991) beschrijven dit verschijnsel daarom aan de hand van aspecten die een rol kunnen spelen bij deze gezinnen. De problemen die zich voordoen zijn onder te verdelen in vijf dimensies of gezinstaken:

1. Het voeren van een huishouding
2. Het handhaven van een positie ten opzichte van de maatschappelijke context
3. De individuele ontwikkeling van de afzonderlijke gezinsleden
4. De relatie tussen de (ex)partners
5. De opvoeding

De problemen vinden vaak op al deze dimensies plaats, alleen varieert vaak de mate van ernst per dimensie (Baartman en Dijkstra, 1987). Naast deze vijf dimensies waarop de gezinnen kunnen verschillen, zijn er vaak ook een aantal gemeenschappelijke kenmerken te benoemen (Baartman en Dijkstra, 1987):

1. Het bindingscomplex; de gezinsleden zijn sterk en negatief aan elkaar gebonden, hetgeen wil zeggen dat ze niet met en niet zonder elkaar kunnen leven.
2. De generatiecyclus; leefpatronen uit de gezinnen van herkomst zetten zich voort in de volgende generatie.

3. De crisiscyclus; de gezinnen leven jarenlang in een cyclus van oplopende spanningen- ontladingen- verzoeningen- etc.
4. De veelheid aan problemen; er is sprake van een grote hoeveelheid aan problemen die onderling met elkaar verweven zijn.

Een ander veel voorkomend verschijnsel binnen de gezinnen is parentificatie. Met het begrip parentificatie wordt een gezinsinteractiepatroon bedoeld waarbij de generatiegrenzen overschreden worden. De rollen worden omgekeerd (Van der Pas, 1979). Van de kinderen wordt verwacht dat ze voor hun ouders ter beschikking staan, in plaats van andersom (Van Montfoort en Oudendijk, 1984).

Baartman en Dijkstra (1987) wijzen bovendien op het principe van de draaglast (als kwaliteit van de situatie) en draagkracht (kwaliteiten van de relaties). Draaglast kan gezien worden als wat men allemaal meedraagt en draagkracht als hoeveel problemen en stress iemand aankan. Voor deze gezinnen geldt vaak een enorme draaglast en een verminderde draagkracht.

Naar aanleiding van het voorafgaande kunnen de problemen die spelen bij 'multiprobleem gezinnen' worden getypeerd als; (1) veeluldig, (2) onderling verweven, (3) langdurig, (4) transgenerationeel en (5) weerbarstig voor hulp van buitenaf (Baartman & Dijkstra, 1987). Deze gezinnen zullen dus een behandelmethode nodig hebben die aansluit bij de verschillende, complexe problemen die aanwezig zijn. Dat is nog al een opgave! Sommige mensen denken dat het niet de vele problemen zijn waar op gericht moeten worden, maar de krachten die de gezinnen bezitten. Oplossingsgericht werken zegt dit te doen, en op deze manier zou deze methode goed aansluiten bij deze gezinnen.

### **Oplossingsgericht werken**

Oplossingsgericht werken is ontwikkeld door Steve de Shazer (1985), Insoo Kim Berg en het team bij Brief Family Therapy Centre in Milwaukee, Wisconsin in de jaren 80.

Oplossingsgericht werken is een behandel methode waarbij men aan het begin van de behandeling eerst probeert de cliënten een positievere kijk te geven op hun eigen kunnen en de situatie waarin ze zitten. Hierdoor zouden mensen zelf beter kunnen zien wat ze wel goed kunnen binnen hun gezin en zo ontstaat ruimte voor verandering. Het lijkt erop alsof de problemen eerst even aan de kant worden gezet, wat misschien wat vreemd lijkt aangezien men toch komt om de problemen op te lossen.



Naar de effectiviteit van oplossingsgericht werken is al enig onderzoek gedaan. In een metastudie van Gingerich en Eisengart (2000) werden 15 studies vergeleken die de effectiviteit van oplossingsgericht werken onderzochten (OGW). Ze vonden dat OGW meer effect heeft dan geen behandeling of standaard zorg en even veel effect als IPT (een psychotherapie gericht op depressie). Van de 15 studies die zij gebruikten waren er slechts vijf studies van redelijke kwaliteit. Deze vijf studies werden uitgevoerd aan de hand van verschillende populaties en namen niet altijd alle onderdelen van OGW mee. Ondanks de kanttekeningen bij het onderzoek, stellen de onderzoekers zeer voorzichtig dat OGW wel zou kunnen werken voor verschillende doelgroepen. Stams, Dekovic, Buist en de Vries (2006) stellen aan de hand van hun meta-analyse van 21 internationale studies dat OGW even veel effect heeft als probleemgerichte therapieën. Zij vonden wel dat vergeleken met probleemgerichte therapie, OGW sneller een positief effect heeft en de behoefte aan autonomie van de cliënt in meerdere mate bevredigd. 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 OGW en een wachtlijst groep, maar dat lukte organisatorisch niet. Daarom is na de behandeling van de OGW 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. Maar bij OGW waren significant minder mensen die eerder stopte met de behandeling, dan bij de cognitieve gedragstherapie. Als reden voor dit verschil stelde Corcoran dat OGW door te richten op doelen opgesteld door de cliënten zelf, de cliënten de behandeling als meer zinvol zouden ervaren. De gerichtheid op krachten en complimenten zouden de cliënten meer hoop op vooruitgang geven en zo motiveren om verder te gaan. Ook in een recente meta-analyse naar OGW in de hulpverleningspraktijk door Kim (2008) werd gevonden dat OGW net zulke goede resultaten tot gevolg heeft als andere psychotherapieën. De effectgrootte bleek echter wel erg klein, maar dit zou kunnen liggen aan het feit dat het moeilijk is goed onderzoek te doen in een praktijk setting, omdat het moeilijk is alle invloeden te controleren. Opvallend is dat uit dit onderzoek naar voren komt dat met name de internaliserende problemen significant verminderen naar aanleiding van OGW en de externaliserende en familie/ relatie problemen minder beïnvloed lijken te worden. Samengevat kan dus worden gesteld dat OGW even veel effect heeft als probleemgerichte therapieën, maar dat OGW positieve 'bijeffecten' kan

hebben, zoals meer motivatie om te therapie af te maken, een sneller een positief resultaat, invloed op autonomie gevoel van de cliënt. Het lijkt erop dat deze methode niet zozeer beter is dan probleem gericht werken, maar meer een andere manier van werken waar een cliënt de voorkeur aan zou kunnen geven. Wat maakt oplossingsgericht werken dan anders?

Deze manier van behandelen wordt gekenmerkt door de focus op het vormen van oplossingen aan de hand van de krachten van mensen, in plaats van op problemen. Er wordt gezocht naar oplossingen die de cliënten zelf (in het verleden) al hebben gebruikt en als aanknopingspunt gebruikt kunnen worden om cliënten verder te helpen. Van belang is hierbij de houding van de behandelaar, die zich opstelt als 'niet- wetende' en het idee dat de cliënt de 'ervaringsdeskundige' is. Door te richten op de positieve aspecten van het leven van de cliënten kan vanuit een positieve mind- set gekeken worden naar de problemen en ontstaat bij de cliënt ruimte voor het zien van mogelijkheden. Ook is het van belang dat de cliënt ook echt 'klant' is, er moet sprake zijn van motivatie om te willen werken en doelen geformuleerd door de cliënt waaraan gewerkt kan worden. De behandelaar heeft de taak de cliënt betrokken te krijgen en houden tijdens het proces. De werkrelatie is hiervoor van groot belang en daar wordt aan het begin veel aandacht aan besteed in de vorm van kennis maken met de gezinsleden (Wie ben je? Wat doe je? Wat boeit je? E.d.)

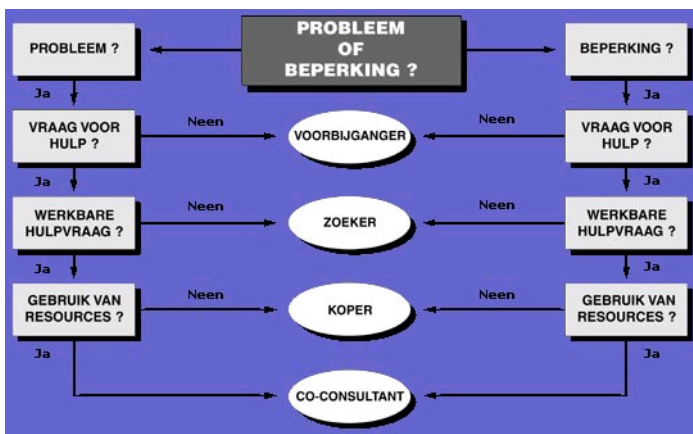
Technieken die worden gebruikt om de cliënt in een positieve mind- set te krijgen zijn onder andere de wondervraag en uitzonderingsvragen. Andere gebruikte technieken zijn de 'niet- weten- houding' van de therapeut en het stellen van schaalvragen. De wondervraag is een vraag die ingaat op hoe de cliënt graag wil dat de situatie wordt. Hierbij wordt er even vanuit gegaan dat alles op magische wijze is opgelost en samen met de cliënt wordt deze situatie op zo'n manier uitgevraagd dat er concrete wensen en voorbeelden van signalen die aangeven dat die wensen bereikt zijn ontstaan. Het is een hulpmiddel om even uit de negatieve situatie te stappen en te bekijken wat de cliënt wel wil en al kan. Het biedt dus handvatten voor de behandelaar om aan te sluiten bij de specifieke cliënt. De vraag kan worden gesteld als een fantasie vraag ("Stel dat vannacht alles zomaar opgelost is door kabouters/ elfjes/ magie...wat is er dan anders?"), maar ook op een hele realistische manier ("Waar ben je over 10 jaar, als toch alles goed is gegaan? Wat is er anders").

De uitzonderingsvragen sluiten hier enigszins bij aan en worden gebruikt om te inventariseren of er momenten zijn geweest waarin de situatie leek op de 'wonder'

situatie (“Wanneer ging het wel goed? Wat deed je toen?”). Het is bij beide vragen van groot belang dat alles goed geconcretiseerd wordt, als behandelaar mag men niets invullen en zomaar aannemen. Daarin zit weer het belang van de ‘niet- weten- houding’ en de cliënt als ervaringsdeskundige. Vragen die op zo’n manier gesteld worden leiden tot uiterst concrete antwoorden. Aan de hand van deze antwoorden kunnen werkbare en toetsbare doelen voor de behandeling kunnen worden geformuleerd. Gedurende en aan het einde van de behandeling kan dan worden gekeken in hoeverre de doelen bereikt zijn of wat er nog nodig is om die doelen alsnog te kunnen bereiken.

Het gebruik van schaalvragen (‘Op een schaal van 1 t/m 10 hoe goed gaat het met...?’) kan inzicht geven in de vooruitgang en welke stappen volgens de cliënt genomen moeten worden om bij hun doel te komen.

Nog een ander heel belangrijk hulpmiddel voor de behandelaars is de flowchart van het Korzybski Instituut Brugge (zie afbeelding 1). Dit is een schematische weergave van de status van de cliënt als ‘mogelijke klant voor de behandeling’. Dit kan gezien worden als een hulpmiddel waarmee de behandelaar kan reflecteren op het proces wat met de cliënten wordt doorlopen. Met de cliënt worden vier fasen doorlopen die uiteindelijk moeten leiden tot een cliënt die graag meewerkt en een aantal concrete, werkbare en haalbare doelen. Voor de behandelaar is het van belang om in de gaten te houden in welke fase men zich bevindt gedurende het gehele behandel- proces, omdat dit aangeeft of er nog sprake is van een goede aansluiting bij wat de cliënt wil bereiken met deze behandeling. Om een beeld te krijgen van de gesprekken die tijdens dit onderzoek zullen worden gebruikt, zal voor elk gesprek nu kort de functie worden uitgelegd.



Afbeelding 1. Flowchart van Korzybski instituut Brugge

### **Gesprekken op de gezinsdagbehandeling**

Het eerste gesprek is de contractbespreking (afkorting KB wordt gehanteerd, K is van kontrakt in de oude spelling). Tijdens dit eerste gesprek stellen de behandelaars samen met de cliënten de doelen op waaraan ze tijdens de behandeling aan willen werken. Aan het begin van het gesprek legt een van beide behandelaars kort het doel van het gesprek uit, daarna wordt gevraagd aan de cliënten te vertellen wat ze graag willen veranderen (bijvoorbeeld: in de thuissituatie, aan het gedrag van de kinderen of aan de relatie die ze hebben met de kinderen). De behandelaars proberen dan helder te krijgen hoe de cliënten wel willen dat het gaat, of dat al eens is voorgekomen en hoe dat toen bereikt werd. Dit kan gezien worden als een overleg fase tussen de cliënten en de behandelaars. Aan het einde van het gesprek moeten een aantal doelen formuleert zijn die de basis vormen voor de behandeling. Tijdens het tweede gesprek (tussen evaluatie/ TE) wordt geëvalueerd hoever de gezinnen zijn met het bereiken van hun doelen en of de doelen wellicht moeten worden aangepast. Het gesprek begint met een uitleg over het doel van het gesprek en daarna worden de doelen gezamenlijk doorgenomen. De cliënten en behandelaars geven aan wat geleerd is en bespreken de belangrijke aandachtspunten. Dan wordt er besproken waar de laatste periode nog aan gewerkt moet worden. Tijdens het derde gesprek (Maatwerkdag/ MW) wordt besproken hoever het gezin is gekomen en wat er allemaal in het eindverslag moet komen en wat het gezin verder nog nodig heeft. Dit gesprek begint met een uitleg en inventarisatie vanuit de behandelaars over hoe en wat er tijdens het gesprek besproken moet worden. Dan volgt een evaluatie over de opvallende en belangrijke leermomenten en het gesprek eindigt weer met een uitleg en inventarisatie over de opties die de cliënten dan (willen) hebben. Een goede werkrelatie lijkt in dit proces een goed hulpmiddel, maar welke aspecten van die werkrelatie zijn dan van belang?

### **Werkrelatie**

Zoals eerder gesteld lijkt de werkrelatie van grootbelang voor het goed verlopen van het hulpverleningsproces bij de oplossingsgerichte behandeling.

De term (therapeutische) werkrelatie is een samenvattende term die verwijst naar verschillende therapeut- cliënt interactie- en relatiefactoren die actief zijn tijdens de behandeling (Green, 2006). Net als bij andere interpersoonlijke relaties kan deze

(langdurige) relatie tussen twee of meer mensen gebaseerd zijn op emoties als liefde en aardig vinden, reguliere zakelijke interacties of een ander type van sociale verbondenheid.

De werkrelatie wordt beïnvloed door een interactie tussen verschillende aspecten. In een onderzoek naar het verband tussen de persoonlijkheid van de therapeut, de gekozen technieken en de werkrelatie werd gevonden dat met name twee clusters van belang waren:

(1) De therapeut: heeft een prettige persoonlijkheid (eerlijk, respectvol, betrouwbaar geïnteresseerd, vriendelijk, warm) en een professionele houding (flexibel, ervaren, zelfverzekerd, alert).

(2) Verschillende technieken: gericht op creëren van een prettige en veilige sfeer (steun, merkt voorgaand therapie succes op, 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) (Ackerman & Hilsenroth, 2003). In hun onderzoek maakten ze gebruik van de aspecten die van belang zijn volgens de onderzoeksliteratuur en niet zoals cliënten het beoordelen. Andere aspecten die een positieve invloed hebben op de werkrelatie zijn de manier waarop de therapeut de cliënt betreft bij het proces. Hierbij kan gedacht worden aan de mate waarin de therapeut openstaat voor discussie over de werkwijze, de doelen en de vooruitgang en dit ook stimuleert. Maar ook de mate van weerstand van de cliënt (Watson & McMullen, 2005).

Om een goed beeld te krijgen van de werkrelatie is het van belang om de mening van alle betrokkenen mee te nemen, al verschillen de meningen over welke partij het beste inzicht heeft in de werkrelatie. Kramer, Roten, Beretta, Michel, en Despland (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. Aan de ene kant bestaat de kans van overschatting van de relatie als de mening van de cliënt gebruikt wordt, maar aan de andere kant 'moet' de cliënt de behandeling ondergaan en zal zijn/ haar mening ook van belang zijn. Bedi (2006) stelt dat bij het onderzoeken van de aspecten die van invloed zijn op de werkrelatie te veel wordt gekeken vanuit wat door de therapeut en wat in de onderzoeksliteratuur van belang geacht wordt voor de werkrelatie. Zodoende heeft hij onderzoek gedaan naar de aspecten die de cliënten van invloed achten op de werkrelatie. Cliënten vinden eerlijkheid en steun van de therapeut van belang voor de werkrelatie, dit sluit wel aan bij wat Ackerman & Hilsenroth (2003)

vonden in hun literatuuroverzicht. Maar anders dan de eerder beschreven aspecten waren de cliënten ook van mening dat de presentatie, non- verbale gebaren, lichaamstaal, en de setting/ omgeving van belang zijn. Wat allemaal aspecten zijn die zich minder richten op de daadwerkelijk werkrelatie en inhoud van de behandeling. Andere belangrijke aspecten vonden de cliënten begeleiding en uitdaging, zorg, en verantwoordelijkheid van de cliënt. Deze aspecten lijken wel aan te sluiten bij de door Ackerman & Hilsenroth (2003) en Watson & McMullen (2005) eerder beschreven aspecten, maar worden daar niet expliciet genoemd.

Het belang van deze goede werkrelatie bij psychotherapie voor een positieve uitkomst van de behandeling wordt door verschillende onderzoeken ondersteund. (Elvins, & Green, 2008; Watson & McMullen, 2005; Green, 2006; Kramer et al, 2008; Martin, Garske, & Davis, 2000). De relatie die werd gevonden tussen een goede werkrelatie en positieve uitkomsten van de behandeling waren wel van matige sterkte. In de meeste gevallen was er sprake van een effectgrootte rond de .25. Er zijn ook resultaten gevonden waarbij het verband tussen de werkrelatie en behandeluitkomsten minder duidelijk was. Een onderzoek waarin tegenstrijdige resultaten werden gevonden met betrekking tot het verband tussen de werkrelatie en behandeluitkomsten is een onderzoek van Karver, Shirk, Handelsman, Fields, Crisp, Gudmunson en McMakin (2008). Zij deden onderzoek naar het (therapeutische) relatie- proces bij depressieve jongeren waarbij sprake was van zelfmoord pogingen (N=23). Ze vergeleken cognitieve gedrag therapie met een non-directieve ondersteunende psychotherapie en vonden dat bij de non-directieve ondersteunende psychotherapie geen verband was tussen de werkrelatie en behandeluitkomsten. Aan de andere kant vonden zij bij de cognitieve gedragstherapie wel een verband tussen de werkrelatie en de behandeluitkomst (effectgrootte van .56). Karver et al., (2008) stelden dat dit verschil aangeeft dat de werkrelatie wellicht ook door de manier van werken bij een specifieke behandeling wordt beïnvloed. In de meeste andere onderzoeken werd echter geen verschil gevonden tussen de verschillende soorten behandelingen. Het meta- analytische literatuuroverzicht van Martin et al., (2000) vergeleek 79 gepubliceerde en ongepubliceerde studies en zij vonden dat de therapeutische werking van de werkrelatie een op zichzelf staand effect was en niet zou worden beïnvloed door de behandelvorm. Het onderzoek van Karver et al., (2008) maakte gebruik van een kleine steekproef wat door hen ook werd aangedragen als verklaring voor het door hun gevonden resultaat.

Terugkomend op de bovengenoemde aspecten die van belang zijn voor de werkrelatie, blijken deze aspecten vooral gericht op technieken en persoonlijke aspecten van de therapeut, maar zoals uit het onderzoek van Bedi (2006) naar voren komt speelt non-verbaal gedrag ook een rol. Watson & McMullen (2005) noemen als beperking van hun onderzoek ook het feit dat er niet is gekeken naar de non- verbale aspecten en dat eerder onderzoek wel uitwijst dat het van belang is. Zij noemen oogcontact, bezorgde uitdrukkingen, bewegings- en nabijheidssignalen, stem kwaliteit, stem hoogte en snelheid van spraak als non- verbale aspecten die nader onderzocht dienen te worden.

De conclusie die kan worden getrokken is dat de werkrelatie van belang is voor het goed verlopen van de behandeling. Er spelen verschillende aspecten mee in het bepalen van de werkrelatie en cliënten lijken andere aspecten van belang te vinden dan de meeste wetenschappers. Bij het meten van de werkrelatie zijn beide partijen van belang als informatie bron. Er is meer onderzoek gedaan naar het verband tussen werkrelatie en technieken en persoonlijke eigenschappen van een therapeut en minder onderzoek naar de invloed van non- verbaal gedrag. Cliënten en wetenschappers zien non- verbaal gedrag daar en tegen beide als een aspect dat van invloed is op een goede werkrelatie. Om helder te krijgen welke rol non-verbaal gedrag zou kunnen spelen bij het creëren van een goede werkrelatie zal nu eerst worden gekeken naar wat er tot nu toe bekend is over dit gedrag. Daarna zal specifiek worden ingegaan op de rol van non-verbaal gedrag in dit onderzoek.

### **Non- verbale en verbale signalen**

Naar het verband tussen non-verbale en verbale signalen en de werkrelatie is misschien niet zo veel onderzoek gedaan, maar wel naar non- verbaal gedrag in een aantal situaties. Het meeste onderzoek is gedaan naar dysfuncties in het non-verbale gedrag en dan bij depressie en schizofrenie. Ook is er onderzoek gedaan naar sekse verschillen en de rol van non- verbaal gedrag in heteroseksuele relatievorming.

Non-verbaal gedrag bestaat uit een grote verzameling gedragingen en uitingen, namelijk gezichtsuitdrukkingen, lichaamsoriëntatie, bewegingen, houdingen, vocale signalen (alles behalve woorden), aspecten van uiterlijk, interpersoonlijke ruimte, aanraking. En ook kleding, inrichting en decoratie van een kamer en andere ruimtes lijken signalen uit te zenden. (Depaulo, 1992). Omdat er zoveel signalen en gedrag zijn die onder non-verbaal gedrag kunnen worden verzameld, zou men kunnen stellen dat het een belangrijk deel van onze communicatie is. Non- verbaal gedrag heeft dan ook een aantal

belangrijke functies. Het gaat dan vooral om het overbrengen van emoties, meningen, stemming, waarden, persoonlijkheidstrekken, psychopathologie, lichamelijke staat (bijvoorbeeld vermoeidheid) en cognitieve staat (bijvoorbeeld begrip) (Depaulo, 1992). Een voorbeeld van een boodschap die non-verbaal wordt overgebracht is de mate waarin je je aangetrokken voelt tot iemand anders (Grammer, 1990; Clore, Hirschberg Wiggins, & Itkin, 1975) en de mate van spanning en/ of stress die iemand ervaart (Burgoon, Le Poire, Beutler, Bergan, & Engle, 1992). Hierbij aansluitend stellen Mehu, Grammer en Dunbar (2007) dat het vooral om een sociale boodschap gaat.

Wat ook van belang blijkt is de mate waarin non- verbaal gedrag tussen mensen overeenkomt. Geerts, Os, Ormel en Bouhuys (2006) stellen in hun onderzoek dat hoe meer overeenkomst met betrekking tot non- verbaal gedrag er is in een gesprek, des te positiever mensen het gesprek beoordelen. Ook van Beek, Dolderen en Dubas (2006) beschrijven in hun onderzoek non- verbaal gedrag als sociaal signaal. Zij stellen dat er een aantal non- verbale gedragingen zijn die aangeven hoe gericht op de ander een persoon is, zij onderzochten kijken, lachen en backchannel gedrag.

Hoe beïnvloeden non- verbale signalen de werkrelatie en zo de uitkomsten van de behandeling? Er is onderzoek gedaan naar het verband tussen terugval bij een depressie en non-verbaal gedrag tijdens een interactie. Hieruit kwam naar voren dat aan de hand van de overeenkomsten in non-verbaal gedrag tussen cliënt en een interviewer kon worden voorspeld of iemand weer depressief zou worden (Geerts et al., 2006; Bos, Bouhuys, Geerts, Os & Ormel, 2006). Het non- verbale gedrag dat in deze onderzoeken is gebruikt zou een indicator zijn voor de mate van betrokkenheid bij het gesprek, dat non-verbaal gedrag iets zegt over de mate van betrokkenheid is ook in eerder onderzoek gevonden (Capella, 1983; Coker & Burgoon, 1987; van Beek et al., 2006). Geerts en collega's (2006) keken bij de cliënt naar gebaren, hoofd bewegingen en kijken en bij de interviewers naar ja- knikken en verbaal backchannel gedrag. Deze gedragingen verschillen omdat de rollen van de personen in het gesprek anders zijn. Het bleek dat hoe meer overeenstemming er was in non- verbaal gedrag, des te positiever werden de gesprekken beoordeeld (Geerts et al., 2006). Deze resultaten geven volgens Bos en collega's (2006) aan dat het van belang is je betrokken te voelen in sociale interacties. Ze vonden dat depressieve mensen vaak of te veel of te weinig betrokkenheid tonen (niet aansluiten bij interactie partner) (Bos et al., 2006; van Beek et al., 2006), wat kan leiden tot interpersoonlijke moeilijkheden. Een voorbeeld van vermindering van non- verbaal gedrag bij depressieve mensen is minder en korter kijken



naar een interviewer dan de meeste mensen (Jones & Pansa, 1979). Hoeveel non-verbaal gedrag gepast is hangt af van je gesprekspartner. Wanneer er een zelfde mate van betrokkenheid wordt gesignaleerd, ondersteund dit het gevoel van bij elkaar passen. Bos en collega's stellen dat het verkrijgen van dit gevoel een belangrijke socialevaardigheid is.

Waar rekening mee moet worden gehouden is dat non-verbaal gedrag gender specifiek is (van Beek et al., 2006; Grammer, 1990). Dit kan namelijk betekenen dat gedrag dat bij vrouwen gezien wordt wellicht iets ander betekent dan gedrag dat bij mannen gezien wordt. Uit onderzoek van van Beek en collega's (2006) kwam bijvoorbeeld naar voren dat meisjes vaak meer non-verbaal gedrag dat betrokkenheid weergeeft laten zien dan jongens. Ook zouden meisjes gevoeliger zijn voor non-verbaal gedrag dan jongens, waardoor ze meer risico lopen op een depressie. Non-verbaal gedrag blijkt dus inderdaad van belang bij het vormen van een goede werkrelatie.

In dit onderzoek zal worden gekeken naar een kleine selectie van non-verbale/verbale signalen, ten eerste de mate waarin mensen lichamelijk gericht zijn op de ander, ten tweede de mate waarin backchannel gedrag plaatsvindt en ten derde de manier waarop de praatbeurten elkaar afwisselen. Deze drie signalen zijn gekozen aan de hand van test observaties en de wetenschapsliteratuur. De mate waarin mensen lichamelijk op elkaar gericht zijn is ook in eerder onderzoek gebruikt om de betrokkenheid te meten. De kijkrichting of oogcontact zouden een manier zijn waarop mensen controleren of men wel luistert (Ruusuvoori, 2001; van Beek et al., 2006). Hoofdbewegingen richting de gesprekspartner (Geerts et al., 2006; Bos et al., 2006) en lichaamshouding geven een mate van betrokkenheid aan (Grammer, 1990). Backchannel gedrag is al in eerder onderzoek gebruikt (Geerts et al., 2006; Bos et al., 2006; van Beek et al., 2006) en lijkt ook de mate van betrokkenheid aan te geven. Naar het verloop van de praatbeurten is nog weinig onderzoek gedaan. McKinlay, Procter, Mastings, Woodburn, and Arnott (1994) deden onderzoek naar de efficiëntie van een gesprek via internet chatten en stelden dat het van belang is voor de efficiëntie dat er duidelijk is wie wanneer aan de beurt is om te praten. Dit zou in een 'normaal' gesprek wel gebeuren door non-verbale signalen. Het niet onderbreken zou een efficiënter gesprek op leveren. Phillips (2007) stelt juist dat onderbrekingen en overlap van praatbeurten in een gesprek juist kunnen leiden tot een efficiënter gesprek. Clark (1996) stelt aan de hand van de collaboratieve theorie dat een gesprek een gezamenlijke actie is. Er is geen sprake van individuele wisselende 'praatbeurten', maar juist van samenwerking (samenspel) tussen

gesprekspartners van moment tot moment. Deze ideeën lijken er op te wijzen dat de manier waarop een gesprek verloopt wellicht iets zegt over de band die de gesprekspartners hebben en dat in ieder geval een gevoel van 'samen' een rol speelt.

Nu zullen eerst de drie signalen worden beschreven zoals ze in dit onderzoek zullen worden gehanteerd en daarna zullen de onderzoeksvragen en hypotheses worden geformuleerd. Het eerste non- verbale signaal is de mate waarop mensen lichamelijk op elkaar gericht zijn. Hierbij zal worden gekeken naar de richting waarin mensen kijken en waar het hoofd en lichaam naar toe gericht zijn. Er zal worden gekeken naar een verschil tussen gericht zijn op de gene die praat/ luistert, naar voren zitten (betrokken), en niet gericht zijn op de gene die praat/ luistert, naar achter of zijkant (ontwijkend). Ook kan er sprake zijn van neutrale gerichtheid, waarbij ofwel een combinatie van betrokken/ ontwijkend te zien is ofwel recht op zitten en niet specifiek naar iemand toe of van iemand af. Deze lichaamsoriëntatie zal niets zeggen over de onderliggende intentie van de persoon in kwestie, maar meer puur de uiterlijke beoordeling. Hoe komt het over.

Het tweede signaal is het backchannel gedrag van beide personen. Er wordt gekeken naar beide personen, omdat de rollen van de personen overlappen hebben. Bij oplossingsgericht werken gaat het om het samenwerken tussen de personen en zodoende is dit gedrag niet alleen bij de behandelaar van belang. Backchannel gedrag is wat de luisteraar doet tijdens de praatbeurt van de ander, zonder de ander te onderbreken (Poyatos, 1983). De uitingen die een persoon doet voegen vaak niets inhoudelijks toe aan het gesprek en zijn meer een manier om de ander te stimuleren om door te praten (Philips, 2007).

Het derde signaal is de opbouw van de praatbeurten en de mate waarin er door elkaar gepraat kan worden/ wordt. Een praatbeurt is de beurt dat iemand aan het woord is, deze begint bij het eerste woord en eindigt bij het laatste woord. In een praatbeurt kunnen ook stiltes voor komen, die deel uitmaken van de praatbeurt. Dit kan bijvoorbeeld zijn als iemand even moet nadenken over een formulering. Maar stiltes aan het begin of einde van een praatbeurt vallen niet in de praatbeurt, aangezien de beurten worden afgebakend door de gesproken woorden. In een gesprek wisselen praatbeurten voortdurend af, er kan ook sprake zijn van overlap en onderbrekingen. Dit afwisselen kan op verschillende manieren gebeuren. Denk bijvoorbeeld aan het verschil in een gesprek tussen een broer of zus en een gesprek met een vreemde. Met een familielid of vriend heb je veel meer vrijheden in een gesprek dan in een gesprek met een vreemde,

dit heeft waarschijnlijk te maken met beleefdheid. Een vreemde zal je niet zomaar onderbreken of door het verhaal van een ander heen praten. En doordat je de persoon niet kent, is het ook lastiger om bij die persoon aan te sluiten. Al deze aspecten kunnen de manier waarop de praatbeurten elkaar afwisselen een ander karakter geven. De relatie die mensen hebben, beïnvloedt dus de manier waarop een gesprek verloopt.

Om inzicht te krijgen in de verbanden tussen deze non- verbale signalen, de werkrelatie tussen de cliënten en behandelaren en de invloed hiervan op de behandeluitkomsten zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Is er een verband tussen de mate van overeenkomst van de signalen van de behandelaar en de cliënt en een positieve behandeluitkomst? Verwacht wordt dat wanneer er meer overeenkomst is van de signalen, er ook meer vooruitgang op de internaliserende en externaliserende schalen van de CBCL zal zijn.
2. Is er een verband tussen de mate van praatbeurt overlap en een positieve behandel uitkomst? Verwacht wordt dat bij meer praatbeurt overlap ook meer vooruitgang op de internaliserende en externaliserende schalen van de CBCL zal zijn.
3. Is er een verband tussen de signalen en de werkrelatie beoordeeld door de cliënten en behandelars (5 gezinnen)? Verwacht wordt dat er een indicatie voor een positief verband zal worden gevonden tussen de signalen en de beoordeling van de werkrelatie.
4. Wat is het verloop van de signalen tijdens het gesprek? Wie doet wat vaker? Met betrekking tot de praatbeurten wordt verwacht dat de cliënten langer zullen praten en de behandelars vaker. Met betrekking tot backchannels wordt verwacht dat de behandelars vaker backchannels dan cliënten. Met betrekking tot lichamelijke gerichtheid wordt verwacht dat naar mate het proces vordert er meer overeenstemming zal zijn tussen de lichamelijke gerichtheid van de cliënten en de behandelars.
5. Wat gebeurt er wanneer de cliënt of behandelaar bepaald gedrag vaker vertoont? Met betrekking tot praatbeurten wordt verwacht dat langer praten door de cliënt geen specifiek negatief effect zal hebben op de behandel uitkomst, maar dat langer praten door de behandelars wel een negatief effect heeft op de behandel

uitkomsten. Met betrekking tot backchannels wordt verwacht dat meer backchannels van de behandelaars of meer backchannels van de cliënten een negatief effect hebben op de behandel uitkomsten. Met betrekking tot de lichamelijke gerichtheid wordt verwacht dat meer lichamelijke gerichtheid van de behandelaars of meer lichamelijke gerichtheid van de cliënten een negatief effect hebben op de behandel uitkomsten.

## **Methode**

### **Steekproef**

De steekproef bestaat uit veertien multi- problem gezinnen met verschillende samenstellingen (1/2 kinderen, vader/moeder, moeder alleen). Per gezin zijn drie films gemaakt, waarvan telkens drie momenten geobserveerd zijn. Er zijn dus 14 gezinnen X drie gesprekken X 3 gespreksmomenten = 108 onderzoekseenheden. De gezinnen zijn benaderd vóór aanvang van hun behandeling op de gezinsdagbehandeling van het RMPI in Rotterdam. Een aantal gezinnen volgde behandeling om te voorkomen dat de kinderen uithuis geplaatst werden. Sommige kinderen gingen niet naar school, omdat dit niet meer ging. Er was vaak sprake van ernstige gedragsproblemen bij een of beide kinderen en de meeste ouders waren overspannen of oververmoeid. Ook was er in sommige gevallen sprake van psychopathologie bij de ouders en hechtingsproblematiek. De scores op de CBCL vielen bij aanvang over het algemeen in het klinische gebied bij ten minste een kind per gezin (dat is dus het 97<sup>e</sup> percentiel).

### **Meetinstrumenten**

#### *Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 6-18 jaar (CBCL/6-18)*

De Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 6-18 jaar (CBCL/6-18, Child Behavior Checklist for Ages 6-18; Achenbach, 1991) is een vragenlijst 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. De CBCL/6-18 heeft 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen. Ouders kunnen aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen 6 maanden past bij een kind met behulp van de volgende antwoordmogelijkheden: 0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak. De antwoorden op de vragen tellen op tot schalen. Voor het huidige onderzoek zijn alleen de schalen Internaliserend en Externaliserend gebruikt. De eerste drie probleemschalen van de CBCL vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliserend. De indeling in probleemschalen is gebaseerd op nieuwe factoranalyses die zijn uitgevoerd op gegevens van 4.994 kinderen in GGZ-instellingen. ([www.aseba.nl](http://www.aseba.nl)).

### *Session Rating Scale - Nederlandse versie*

Vijf gezinnen en hun behandelaren hebben ook vragenlijsten ingevuld om de werkrelatie te meten. Voor de ouders was dit de Nederlandse versie van de Session Rating Scale (SRS versie 3.0) (Miller, Duncan, Johnson, 2002) en voor het meten van de werkrelatie volgens de behandelaren was dit een door de onderzoeker opgestelde vragenlijst (zie bijlage) met vergelijkbare vragen. De SRS poogt aan de hand van vier schaalvragen inzicht te krijgen in de werkrelatie beoordeeld door de cliënten. Deze vragen richten zich respectievelijk op relatie/ contact, doelen en onderwerpen, aanpak en/ of werkwijze en over het geheel. De schaal loopt van 1 tot 10, maar wordt weergegeven als een lege lijn. Zo kunnen mensen op gevoel een punt aangeven wat past bij hun ervaring, zonder te worden beïnvloed door de waarde van de getallen. De schaal is 10 centimeter lang en de scores kunnen aan de hand van een liniaal worden vast gesteld.

Verder is bij alle gezinnen de werkrelatie gemeten aan de hand van video materiaal, de observatiehandleiding hieronder zal verder uitleg geven over de manier van observeren.

### **Observatie handleiding**

De observaties van de praatbeurten werden gedaan met het computerprogramma ELAN en het backchannel- gedrag en de lichamelijke gerichtheid werden genoteerd op observatieformulieren (zie bijlage). Hier zal uitgebreid worden beschreven hoe de observaties per signaal zijn uitgevoerd.

Er werd allereerst gekeken naar de praatbeurten binnen een gesprek, hoe lang de beurten duurden en of er sprake was van overlap van beurten. Binnen deze beurten is dan gekeken naar de frequentie van backchannel gedrag en lichamen gericht zijn op de ander. Omdat het gaat om de relatie tussen de cliënten en de behandelaren werd niet gekeken naar de interactie tussen de ouders onderling of de interactie tussen de behandelaren onderling.

### Meetmomenten

In elke film werd 3x3 minuten gescoord. Het moesten wel drie volle minuten zijn. Het eerste moment liep vanaf het punt dat het gesprek echt begon, meestal zei de behandelaar dan iets in de strekking van 'waar kom je voor' of 'wat kunnen we voor je betekenen'. Het derde moment eindigde wanneer de psychiater of een ander persoon zich bij het gesprek voegt (iemand binnenkomt). Men telde vanaf dat moment gewoon

drie minuten terug. Of tot dat de behandelaren iets zeiden als 'hebben we alle doelen nu besproken'.

Het tweede en middelste moment werd berekend aan de hand van het eerste en derde moment en moest daar precies tussen in liggen (begin derde moment - einde eerste moment en dat delen door 2 en optellen bij het einde van het eerste moment).

- Voorbeeld hele minuten:  
begin stuk liep van 3.00 minuten tot 6.00 minuten, midden liep van 28.00 minuten tot 31.00 minuten, eind liep van 56.00 minuten tot 59.00 minuten)
- De meetmomenten werden van te voren vastgesteld door de observatoren, om zo variatie te verminderen. De momenten liepen vanaf het begin van een minuut, dus dat alleen hele minuten het begin en eind aangaven.
- Voorbeeld eind moment afronding (wanneer de psychiater of ander persoon zich bij het gesprek voegde).  
De psychiater kwam binnen op 54 minuten en 23 seconden, vanaf dat moment was de film niet meer bruikbaar. Er werd afgerond op hele minuten dus 54 minuten was de grens. Men telde dan 3 minuten terug zodat het interval liep van 51- 54 minuten.

### Praatbeurt

Een praatbeurt is simpelweg het moment dat iemand aan het woord is. Deze praatbeurt begint op het moment dat iemand begint te praten en eindigt als iemand klaar is met praten (lees: eerste woord tot het laatste woord).

De praatbeurten geven de 'opbouw' van het gesprek aan, zonder inhoudelijk inzicht te geven. Als men naar praatbeurten kijkt kan men zien hoe vaak iemand aan het woord is, hoe lang iemand aan het woord is en als meerdere mensen in het gesprek mee doen ook hoe het zich afwisselt. In dit geval was ook zichtbaar hoe vaak praatbeurten overlappen en of er überhaupt sprake was van overlap of dat men 'netjes' op zijn/ haar beurt wachtte.

Zoals eerder gesteld werden de andere gedragingen gemeten binnen de praatbeurten en de praatbeurten konden gezien worden als een kapstok, een rode draad.

Overlap is elk moment dat de woorden van twee mensen tegelijk worden uitgesproken. Dit werd heel precies gescoord. Overlap kon voor komen midden in een praatbeurt van een persoon of aan het begin of einde van de praatbeurt. Men hield rekening met wanneer een verbale uiting backchannel gedrag was er dus geen sprake was van overlap.

Overlap kon ook bestaan uit een aantal verschillende overlap momenten, dus dat het eerste moment twee personen tegelijk praatten en het moment daarna weer twee andere mensen (of dat mensen bijvielen in een gesprek tussen twee mensen).

Soms leek het of mensen gingen onderbreken en maakte ze wel een geluid wat een woord zou kunnen worden, maar zette dan niet door. Dit was geen overlap omdat de persoon zich inhield.

In ELAN werden de praatbeurten aangegeven door in de tijdsbalk de duur van een praatbeurt te selecteren en aan te geven wie praatte (hiervoor kon de *selectie modus* worden gebruikt). Op deze manier werd automatisch het aantal praatbeurten per persoon bijgehouden en hoefde dit dus niet geteld te worden (zichtbaar in *Bekijken/ Annotatie statistiek*).

Dus:

- Selecteer praatbeurt in tijdsbalk (shift + enter aan het begin en einde van praatbeurt intoetsen, of slepen met de muis)
- Nieuwe annotatie hier (Alt + n)
- Noteer wie: moeder/ vader/ behandelaar 1 ( en/ of 2- 3- 4)
- Ctrl + Enter

Het nummer van de behandelaren hing af aan wie welk nummer was toegekend Dit is vooraf bepaald door de onderzoekers.

**Let op:**

- Als mensen door elkaar praatten, noteerde men wie dit waren.

Bijvoorbeeld: Moeder en een van de behandelaren praten tegelijk, noteer dan **moeder- behandelaar 3**



Of vader en de twee behandelaren praten tegelijk, noteer dan

**vader- behandelaar 1-2**

- Backchannel gedrag en een korte praatbeurt kon je onderscheiden door wat een uiting toevoegde aan het gesprek. Een praatbeurt is altijd een inhoudelijke toevoeging, zoals een vraag, extra informatie, verduidelijking. Het echoën van woorden die de cliënt noemt die niet concreet zijn was ook een vorm van een korte praatbeurt.

Voorbeelden van korte praatbeurten:

**Client: De vorige keer ging het ook zo.**

**Behandelaar: In 2007?**

**Client: Ik vind het leuk als hij dat doet.**

**Behandelaar: Waarom?**

**Client: Mijn man is erg gewelddadig.**

**Behandelaar: gewelddadig?**

Een losse 'ja'- reactie (los= waarop niet meer woorden volgen van dezelfde persoon) werd niet gezien als een korte praatbeurt, dit had te veel overlap met backchannel gedrag. Ook: *ja, klopt/ ja, zeker/ ja, precies*, werden gescoord als backchannel gedrag.

Een Praatbeurt kan minder dan een seconde duren en kan uit een woord bestaan. Op een korte praatbeurt volgde meestal een verbale reactie, er werd dan inhoudelijk gereageerd. Als er sprake was van backchannel gedrag door persoon 2, bleef een praatbeurt bij persoon 1, als er sprake was van een korte praatbeurt, noteerde men een nieuwe praatbeurt.

- Een luisterbeurt hoefde niet apart genoteerd te worden.
- Stiltes hoorden bij een praatbeurt, als de persoon 1 praat en stil viel en verder praatte was dat één praatbeurt. Als de ander verder ging was het een nieuwe praatbeurt.

- Stiltes tussen twee praatbeurten niet werden niet meegenomen in nieuwe praatbeurt. Stiltes binnen een praatbeurt hoefden niet speciaal genoteerd te worden, maar telden gewoon als deel van de praatbeurt.
- Een praatbeurt van minder dan een halve seconde was te kort en werd niet gescoord. Ja zeggen duurde vaak al net iets meer dan een halve seconde. Geluiden/ klanken die een halve seconde duurden waren dus geen praatbeurt. Deze uitingen werden gezien als een deel van een langere praatbeurt of wellicht niet opgemerkt, omdat ze zo snel gingen. Zo doende werden ze niet mee genomen in dit onderzoek. Wanneer er sprake was van overlap die minder dan een halve seconde duurt, werd dit wel meegenomen.

### Backchannel- gedrag

Backchannel gedrag is gedrag waarmee je kan aangeven dat je luistert naar iemand, dat je begrijpt wat die persoon zegt en meeleeft. Dit kunnen zowel verbale als non- verbale uitingen zijn. Één aspect wat erg van belang is, is dat de spreker niet wordt onderbroken door de uiting van de luisteraar en de uiting geen echt inhoudelijke toevoeging is.

Backchannel gedrag werd gemeten bij de persoon die luisterde en er werd niet genoteerd wat de persoon precies deed, alleen dat hij/ zij het deed (ook door gebrek aan tijd). Dus alleen de frequentie tijdens de praatbeurten werd mee genomen. Dit werd gescoord aan de hand van een formulier (zie bijlage 1). Omdat er soms door de behandelaren langere tijd lichte deinende hoofd bewegingen werden gemaakt tijdens de praatbeurt van de cliënt (die wellicht als langdurig knikken/ basis luister houding/ meeknikken met verhaal kunnen worden gezien), werd dit extra genoteerd en telde deze voor twee. Alle duidelijkere knik en schud bewegingen werden slechts een keer genoteerd. Alle hoofdbewegingen die veel leken op knikken, werden ook gescoord als knikken.

Voorbeelden van Backchannel gedrag:

- knikken
- verbaal woorden: 'ja', 'ok', 'precies'
- verbaal geluiden: 'uhhuh', een piepje/ korte toon
- Schudden en 'nee' zeggen werden alleen meegeteld als het met de spreker mee was, anders onderbrak het.

**Let op:**

- Het gaat vaak om het bevestigen van wat de verteller zegt.
- Er werd alleen backchannel gedrag gescoord als de ander aan het praten was, dus niet knikken van de prater tijdens zijn/ haar praatbeurt.
- Alleen tussen cliënt en behandelaar. Niet behandelaar en behandelaar.
- Een backchannel uiting kan bestaan niet uit meerder gedragingen tegelijk, zoals knikken en 'ja' zeggen. Ze werden apart gescoord.
- *ja, klopt/ ja, zeker/ ja, precies* zijn backchannel uitingen.
- Als meerdere uitingen betrekking hadden op één gezegd iets, scoorde men dit als één backchannel uiting.
- Bij twijfel werd naar de inhoud van de uitspraak gekeken.
- Nieuwe backchannel uiting als gereageerd werd op nieuw stukje in een zin/ verhaal.
- Het formulier kon worden aangepast aan de gezinssamenstelling (met/ zonder vader/ moeder).
- Lang knikken/ deinen kon in de des betreffende praatbeurt/ persoon vakjes genoteerd worden (zie voorbeeld in formulier).

Het backchannel gedrag werd per praatbeurt per persoon genoteerd. Gewoon turven was voldoende (streepje per backchannel uiting). Turven gebeurde bij het juiste praatbeurtnummer, overeenkomstig met nummer praatbeurt in ELAN.

*Lichamelijk gericht zijn op de ander (Kijken en zitten naar de ander)*

Lichamelijk gericht zijn op de ander is de manier waarop mensen zitten en waar ze zich op richten. Zitten mensen met hun hoofd, lichaam naar de ander en kijken ze naar elkaar toe, of van elkaar af. Als men een denkbeeldige lijn zou trekken van de ene persoon naar de andere is die lijn dan naar de ander toe of van de ander af.

Er kon gewoon genoteerd worden op wat voor manier lichaam/ hoofd/ ogen gericht waren. Omdat het veel werkte kost om alle wissels te noteren was het handiger om per meetmoment een gemiddelde te geven. Dit kon aan de hand van drie maten:

1. Van de ander af (ontwijkend):
  - Ogen grootste deel van de tijd gericht op andere dingen (tafel, muur, thee kopje enzovoorts) dan de ander.

- Hoofd grootste deel van de tijd weg gedraaid van de ander (naar beneden/ boven/ zijkant).
  - Lichaam grootste deel van de tijd naar achter/ zijkant / weg gedraaid/ niet naar de ander.
2. Neutraal (niet echt betrokken, niet echt ontwijkend):
- Ogen gemiddeld (niet het grootste deel van de tijd wel of niet) gericht op de ander, maar ook op andere dingen in de ruimte.
  - Hoofd gemiddeld gericht op de ander, maar ook op andere dingen in de ruimte.
  - Lichaam recht op of wisselend naar voren/ naar achter.
3. Naar ander toe (zeer betrokken):
- Ogen grootste deel van de tijd gericht op de ander (pratende behandelaar, omdat er twee behandelaars zijn).
  - Hoofd grootste deel van de tijd gericht op de ander (pratende behandelaar, omdat er twee behandelaars zijn).
  - Lichaam grootste deel van de tijd naar voren leunend naar de ander (pratende behandelaar, omdat er twee behandelaars zijn) toe.

Voorbeeld:

**Moeder: zit naar voren (betrokken), hoofd naar behandelaars (betrokken), ogen naar behandelaars (betrokken)**

**Moeder: zit naar achter (ontwijkend), hoofd naar behandelaars (betrokken), ogen naar behandelaars (betrokken)**

**Moeder: zit naar achter (ontwijkend), hoofd naar behandelaars (betrokken), ogen van behandelaars af (ontwijkend)**

**Let op:**

- Bij de beschrijving van *naar de ander toe* werd *zeer betrokken* genoemd, dit ging over de houding niet zozeer over wat gezegd werd. Het ging erom hoe het er non- verbaal uit zag, hoe kwam het over.
- Het kostte veel tijd om per praatbeurt de gerichtheid te scoren, omdat het erg kon wisselen, zeker als met meerdere mensen een gesprek gevoerd werd.

Vandaar dat alleen een globale indruk gescoord is. Dit gebeurde per meetmoment van drie minuten in het gesprek/ per persoon, zo had men toch drie metingen per gesprek.

- Een van beide behandelaren schrijft regelmatig iets op, wanneer deze persoon veel aan het schrijven was, betekende dit niet dat de persoon vooral ontwijkend/ van de ander af zit. Dan werd alleen gekeken naar wat ze deed als ze niet schrijft. Als ze meer dan de helft van de tijd aan het schrijven was, werd deze persoon niet gescoord.
- Voor dit deel was een score- formulier (zie bijlage 2). De score werd per moment/ per lichaamsdeel/ per persoon in de vakjes gezet. (naar ander toe/ betrokken= 3, neutraal= 2, van de ander af/ ontwijkend= 1). De score wordt berekend door de score voor de drie lichaamsdelen op te tellen en te delen door 3 (minder dan .50 naar beneden afronden, gelijk aan en meer dan .50 naar boven afronden).

Bijvoorbeeld:

score ogen is betrokken= 3

score hoofd is betrokken= 3

score lichaam is ontwijkend= 1

$(3+3+1)/ 3= 2,33$  (afgerond naar beneden is dus 2= neutraal)

of

score ogen is neutraal= 2

score hoofd is neutraal= 2

score lichaam is ontwijkend= 1

$(2+2+1)/ 3= 1,66$  (afgerond naar boven is dus 2= neutraal)

### **Procedure**

Aan de ouders werd voor het eerste gesprek door de psychiater gevraagd of zij mee wilden doen aan het onderzoek en of ze bezwaar hebben tegen het filmen en gebruik van de films in het onderzoek. Wanneer de ouders wilden deelnemen werd hen gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen. Ze gaven hierin alleen toestemming voor het filmen tijdens de drie evaluatie gesprekken met de twee behandelaren en gebruik van deze beelden voor dit onderzoek. Direct na elk gesprek vulden de ouders en de behandelaren een beoordelingschaal in die de werkrelatie

tussen de behandelaren en de cliënt(en) meette. De CBCL lijsten zijn van te voren door de instelling al naar de ouders gestuurd voor elk kind dat ze hebben. Aan het einde van de behandeling werd de CBCL nogmaals ingevuld door de ouders voor elk kind. De cliënten en de behandelaren werden tegelijk met aparte camera's gefilmd en deze twee films zijn later samengevoegd en gesynchroniseerd zodat het mogelijk was de reacties en gedragingen van beide partijen te observeren.

## Resultaten

Voordat de hypothesen worden getoetst, moet gezegd worden dat alle correlaties eenzijdig getoetst zijn. Dit is gedaan omdat er sprake was van een duidelijke verwachting van de richting van de verbanden en omdat de steekproef dusdanig klein was dat de verbanden die er zouden kunnen zijn anders niet zichtbaar zouden worden. Dit betekent voor de gevonden resultaten dat ze slechts een indicatie zijn voor deze verbanden. Verder is het signaal lichamelijke gerichtheid niet meegenomen bij toetsing van de hypothesen, omdat er te weinig variantie bleek tussen de verschillende personen en deze gegevens dus geen beeld geven van de verschillen tussen mensen en verschillen in werkrelatie.

***1. Is er een verband tussen de mate van overeenkomst van de signalen en een positieve behandel uitkomst? Verwacht wordt dat wanneer er meer overeenkomst is van de signalen, er ook meer vooruitgang op de CBCL internaliserende en externaliserende schalen (vooruitgang doelen cliënten) zal zijn.***

De mate van overeenkomst voor alle signalen (praatbeurt frequentie, praatbeurt duur, backchannel) is berekend (per gesprek/ moment in gesprek). Dit is gedaan door te berekenen wat de absolute waarde is van het verschil tussen het aantal praatbeurten van de cliënten en de behandelaars. Hierbij geeft een absolute waarde van 0 aan dat er geen verschil is tussen het signaal van de cliënten en de behandelaars en een absolute waarde van 1 en verder geeft aan dat er wel verschil is. Dit verschil is groter naar mate deze absolute waarde groter is. De mate van overeenkomst is berekend per begrip, per moment. Om de uitkomsten van de behandeling in beeld te brengen zijn door de ouders aan het begin en einde van de behandeling CBCLs ingevuld. Aan de hand van deze twee meetmomenten is een mate van vooruitgang (van het probleemgedrag) berekend, voor zowel de internaliserende als de externaliserende schaal. Dit is gedaan door de scores van het tweede meetmoment af te trekken van de scores op het eerste meetmoment. Om te zorgen dat een positieve correlatie ook een gewenst effect representeert, zijn de gegevens die de mate van overeenkomst weergeven hergecodeerd, zodat ook hier een hoog getal, positiever is dan een laag getal. Net zoals een hoog getal voor vooruitgang op de CBCL ook positiever is dan een laag getal. Alle hergecodeerde overeenkomst variabelen zijn daarna gecorreleerd met de mate van vooruitgang op de CBCL schalen internaliserend en externaliserend.

De correlaties tussen de mate van overeenkomst van de signalen en vooruitgang op de CBCL zijn te zien in tabel 1. Negen van de vierenvijftig correlaties waren significant. Deze correlaties zullen nu per gesprek worden besproken.

### **Het eerste gesprek (KB):**

Aan het begin van het gesprek is te zien dat de mate van overeenkomst van het signaal praatbeurt frequentie negatief correleert met de vooruitgang op internaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.58, p < .01, N=17$ ), dit betekent dat minder overeenkomst van de praatbeurt frequentie samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal. In de andere gesprekken is geen correlatie gevonden tussen de mate van overeenkomst van het signaal praatbeurt frequentie en vooruitgang op een schaal van de CBCL.

In het midden van het gesprek is te zien dat de mate van overeenkomst van het signaal praatbeurt duur positief correleert met de vooruitgang op internaliserende schaal van de CBCL ( $r = .48, p < .05, N=17$ ), dit betekent dat meer overeenkomst van de praatbeurt duur samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal..

De mate van overeenkomst van het signaal backchannels correleert positief met de vooruitgang op internaliserende schaal van de CBCL ( $r = .55, p < .05, N=17$ ), dit betekent dat meer overeenkomst van het aantal backchannels samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal.

Aan het einde van het gesprek is te zien dat de mate van overeenkomst van het signaal praatbeurt duur negatief correleert met de vooruitgang op externaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.54, p < .05, N=17$ ) dit betekent dat minder overeenkomst van de praatbeurt duur samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal. In de andere gesprekken is geen correlatie gevonden tussen de mate van overeenkomst van het signaal praatbeurt duur en vooruitgang op een schaal van de CBCL.

De mate van overeenkomst van het signaal backchannels correleert negatief met de vooruitgang op externaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.45, p < .05, N=17$ ) dit betekent dat minder overeenkomst van het aantal backchannels samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal.

Samenvattend is in het midden van het eerste gesprek meer overeenkomst met betrekking tot praatbeurt duur en backchannels meer vooruitgang op de internaliserende schaal van de CBCL tot gevolg heeft. In het begin en aan het einde van het gesprek zijn



geen resultaten gevonden die wijzen op een positief effect van meer overeenkomst tussen de behandelaars en cliënten.

**Het tweede gesprek (TE):**

Aan het begin van het gesprek is te zien dat de mate van overeenkomst van het signaal backchannels positief correleert met de vooruitgang op internaliserende schaal van de CBCL ( $r = .50$ ,  $p < .05$ ,  $N = 15$ ) dit betekent dat meer overeenkomst van het aantal backchannels samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal

In het midden van het gesprek is te zien dat de mate van overeenkomst van het signaal backchannels negatief correleert met de vooruitgang op internaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.54$ ,  $p < .05$ ,  $N = 15$ ), dit betekent dat minder overeenkomst van het aantal backchannels samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal. De mate van overeenkomst van het signaal backchannels correleert ook negatief met de vooruitgang op externaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.46$ ,  $p < .05$ ,  $N = 15$ ) dit betekent dat minder overeenkomst van het aantal backchannels samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal. Er zijn geen significante correlaties gevonden voor het einde van het tweede gesprek.

Samenvattend is meer overeenkomst met betrekking tot backchannels aan het begin van het tweede gesprek meer vooruitgang op de internaliserende schaal van de CBCL tot gevolg heeft. In het midden van het tweede gesprek zijn geen resultaten gevonden die wijzen op een positief effect van meer overeenkomst tussen de behandelaars en cliënten.

**Het derde gesprek (MW):**

Aan het begin van het gesprek is te zien dat de mate van overeenkomst van het signaal backchannels negatief correleert met de vooruitgang op internaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.58$ ,  $p < .05$ ,  $N = 15$ ) dit betekent dat minder overeenkomst van het aantal backchannels samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal.

Er zijn geen significante correlaties gevonden voor het midden en einde van het derde gesprek. Voor het derde gesprek zijn geen resultaten gevonden die wijzen op een positief effect van meer overeenkomst tussen de behandelaars en cliënten.

Tabel 1

*Correlaties tussen de mate van overeenkomst van de signalen en de internaliserende en externaliserende schalen van de CBCL.*

Gesprek/ moment	CBCL	signaal	r	N
<b>KB begin</b>	internaliserend	Praatbeurt frequentie	-,58**	17
<b>KB midden</b>	internaliserend	Praatbeurt duur	,48*	17
		Backchannels	.55*	17
<b>KB eind</b>	externaliserend	Praatbeurt duur	-.54*	17
		Backchannels	-.45*	17
<b>TE begin</b>	internaliserend	Backchannels	.50*	15
<b>TE midden</b>	internaliserend	Backchannels	-.54*	15
	externaliserend	Backchannels	-,46*	15
<b>MW begin</b>	internaliserend	Backchannels	-,58*	15

Note:

\* correlatie is significant op 0.05 niveau (1-tailed)

\*\* correlatie is significant op 0.01 niveau (1-tailed)

De conclusie die kan worden getrokken over vraag of meer overeenkomst tussen de signalen van de cliënten en de behandelaars samenhangt met meer vooruitgang op de schalen van de CBCL, is dat dit voor bepaalde signalen op bepaalde momenten het geval is. Tijdens het eerste gesprek geldt dit voor de praatbeurt duur en backchannels in het midden van het gesprek en tijdens het tweede gesprek voor backchannels aan het begin van het gesprek. Het ging hierbij om vooruitgang op de internaliserende schaal. Tijdens het derde gesprek zijn geen resultaten gevonden die wijzen op een positief effect van overeenkomst.

**2. Is er een verband tussen de mate van praatbeurt overlap en een positieve behandel uitkomst? Verwacht wordt dat bij meer praatbeurt overlap ook meer vooruitgang op de CBCL internaliserende en externaliserende schalen (vooruitgang doelen cliënten) zal zijn.**

Voor de mate van praatbeurt overlap en vooruitgang op de schalen van de CBCL zijn twee significante correlaties gevonden (van de achttien uitgevoerde correlaties), het is niet uit te sluiten dat het toeval is dat dit verband gevonden is. Maar omdat de verschillende delen van het gesprek ook verschillende functies lijken te hebben zal dit toch even genoemd worden.

In het begin van het eerste gesprek werd een positieve correlatie gevonden tussen het aantal keer dat er sprake was van praatbeurt overlap en de internaliserende schaal van de CBCL ( $r = .46$ ,  $p < .05$ ,  $N = 17$ ), dit betekent dat meer praatbeurt overlap samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal van de CBCL. In het midden van het tweede gesprek werd een negatieve correlatie gevonden tussen het aantal keer dat er sprake was van praatbeurt overlap en de internaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.61$ ,  $p < .05$ ,  $N = 15$ ), dit betekent dat minder praatbeurt overlap samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal van de CBCL. In het derde gesprek zijn geen significante correlaties gevonden voor de mate van praatbeurt overlap.

Concluderend is er een indicatie die wijst op een mogelijk verband tussen praatbeurt overlap en een positieve behandeluitkomst, afhankelijk van het moment in het gesprek.

**3. Is er een verband tussen de signalen en de werkrelatie beoordeeld door de cliënten en behandelaars (5 gezinnen)? Verwacht wordt dat er een indicatie voor een positief verband zal worden gevonden tussen de signalen en de beoordeling van de werkrelatie.**

Eerst zal een korte beschrijving worden gegeven van de beoordeling van de werkrelatie door de cliënten en de behandelaars, daarna zal worden beschreven of er sprake is van indicaties van een verband tussen de signalen en de beoordeling van de werkrelatie door de cliënten en/ of behandelaars. Zoals eerder aangegeven is de N voor deze variabele te klein om correlaties te berekenen en op significantie te toetsen. Daarom wordt hier alleen gekeken naar plots van deze relaties om een indruk van mogelijke verbanden te krijgen.

In tabel 2 is te zien hoe de cliënten en de behandelaars de werkrelatie tijdens de verschillende gesprekken hebben beoordeeld. Wat opvalt bij de beoordeling van de werkrelatie, is dat deze cliënten de werkrelatie gemiddeld hoger beoordelen dan de behandelaars.

Tabel 2  
*Ruwe cijfers beoordeling werkrelatie per gesprek voor de cliënten en de behandelaars.*

<b>gezin</b>	<b>KB cliënten</b>	<b>KB behandelaars</b>	<b>TE cliënten</b>	<b>TE behandelaars</b>	<b>MW cliënten</b>	<b>MW behandelaars</b>
<b>10</b>	9,65	6,51	9,38	6,70	9,03	4,81
<b>11</b>	8,80	6,09	8,75	6,36	9,00	8,00
<b>12</b>	6,48	3,64	5,64	7,64	7,28	7,15
<b>13</b>	8,76	7,90	8,49	8,63	9,40	7,53
<b>14</b>	9,42	7,78	9,57	7,47	-	8,16

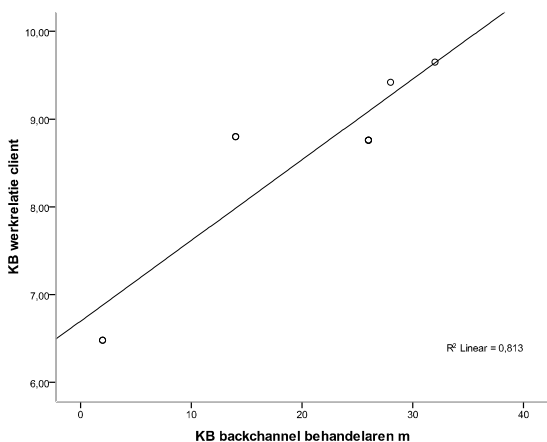
Note: de cijfers van de cliënten zijn het gemiddelde tussen de beoordeling van vader en moeder en de cijfers van de behandelaars zijn het gemiddelde tussen de twee behandelaars.

Gezien de grootte van de steekproef voor deze hypothese (N= 5) is het niet zinvol correlaties te berekenen tussen de signalen en de werkrelatie beoordeeld door de cliënten en de behandelaars. Er zal alleen kwalitatief worden gekeken naar resultaten die de indruk geven dat er mogelijke verbanden zijn.

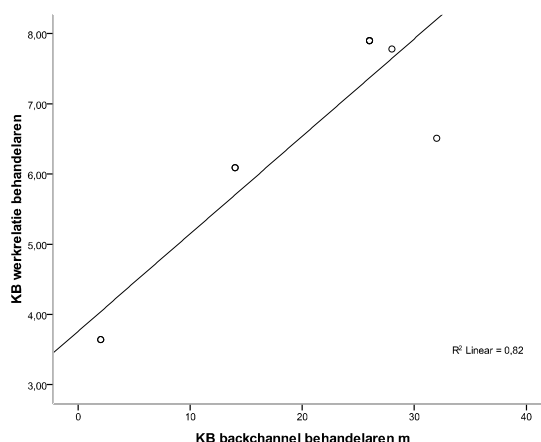
De acht eerder gevonden verbanden tussen de mate van overeenkomst van de signalen en de vooruitgang op de CBCL zijn hier gebruikt om de relatie tussen de gerapporteerde werkrelatie en de signalen te analyseren. De signalen van de cliënten en de behandelaars zijn in een scatter- plot afgezet tegen de werkrelatie beoordeeld door de cliënten of de behandelaars dit resulteerde telkens in vier combinaties. Uiteindelijk zijn 32 figuren bekeken. Na analyse van de scatter- plots bleken bij 6 van de 32 combinaties een redelijk duidelijke lijn te vormen. Deze zullen hier onder kort worden beschreven.

### **Eerste gesprek (KB)**

In het midden van het eerste gesprek lijkt een verband zichtbaar tussen het aantal backchannels van de behandelaars en de werkrelatie gerapporteerd door de cliënten (zie figuur 1) en het aantal backchannels van de behandelaars en de werkrelatie gerapporteerd door de behandelaars (zie figuur 2).

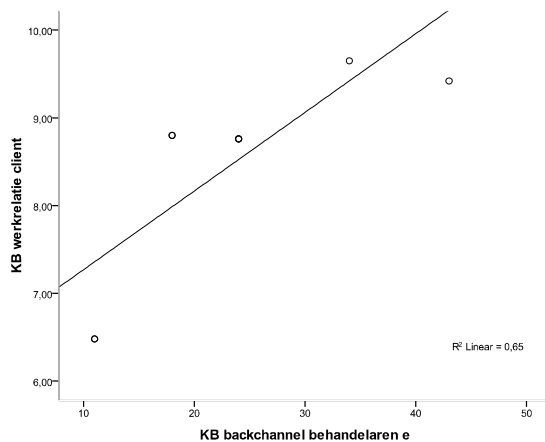


*Figuur 1.* Verband tussen de werkrelatie beoordeeld door de cliënten en het aantal backchannels van de behandelaars in het midden van het eerste gesprek

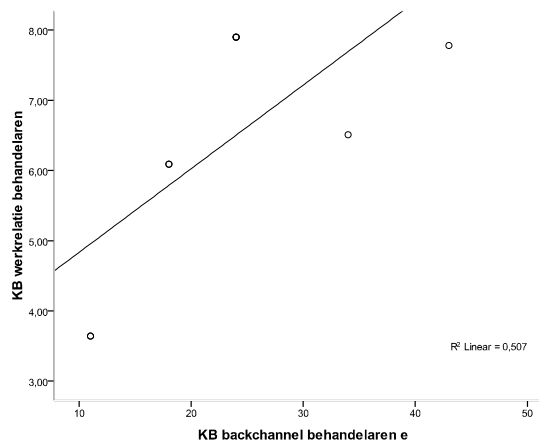


*Figuur 2.* Verband tussen de werkrelatie beoordeeld door de behandelaars en het aantal backchannels van de behandelaars in het midden van het eerste gesprek

Aan het einde van het eerste gesprek lijkt soort gelijk verband zichtbaar tussen het aantal backchannels van de behandelaars en de werkrelatie gerapporteerd door de cliënten (zie figuur 3) en het aantal backchannels van de behandelaars en de werkrelatie gerapporteerd door de behandelaars (zie figuur 4).



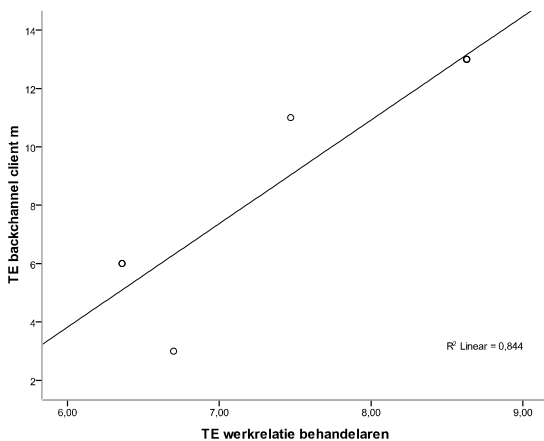
*Figuur 3.* Verband tussen de werkrelatie beoordeeld door de cliënten en het aantal backchannels van de behandelaars aan het einde van het eerste gesprek



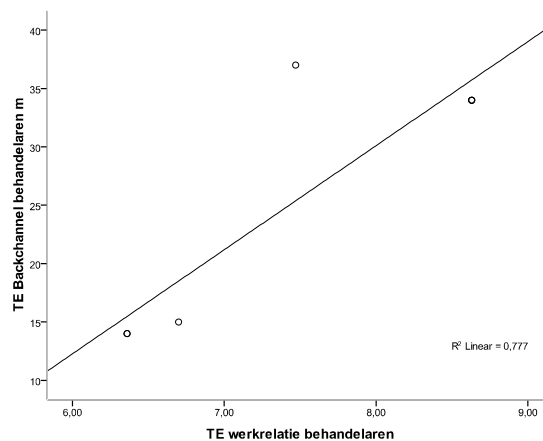
*Figuur 4.* Verband tussen de werkrelatie beoordeeld door de behandelaars en het aantal backchannels van de behandelaars aan het einde van het eerste gesprek

### **Tweede gesprek (TE)**

In het midden van het tweede gesprek lijkt een verband zichtbaar tussen het aantal backchannels van de cliënten en de werkrelatie gerapporteerd door de behandelaars (zie figuur 5) en het aantal backchannels van de behandelaars en de werkrelatie gerapporteerd door de behandelaars (zie figuur 6).



*Figuur 5.* Verband tussen de werkrelatie beoordeeld door de behandelaars en het aantal backchannels van de cliënten in het midden van het tweede gesprek



*Figuur 6.* Verband tussen de werkrelatie beoordeeld door de behandelaars en het aantal backchannels van de behandelaars in het midden van het tweede gesprek

De andere figuren laten een minder duidelijk verband zien, in de meeste gevallen is er sprake van een uitschieter die de lijn beïnvloed of de punten bevinden zich door het hele veld. Ook is bij een aantal figuren alleen een horizontale lijn te zien.

Met betrekking tot praatbeurt overlap is gekeken ook gekeken naar de relatie tussen het aantal keer overlap en de gerapporteerde werkrelatie. Hiervoor is alleen gekeken naar de twee momenten dat er sprake was van een significant verband tussen aantal overlappen en de vooruitgang op de CBCL internaliserende schaal. De scatter-plots lieten geen duidelijke lijn zijn die zou kunnen wijzen op een verband tussen de variabelen.

Er is ook gekeken naar het verband tussen de vooruitgang op de CBCL internaliserende en externaliserende schaal en de gerapporteerde werkrelatie aan de hand van scatter-plots, maar hier werden geen duidelijke lijnen waargenomen die zou kunnen wijzen op een verband tussen deze variabelen.

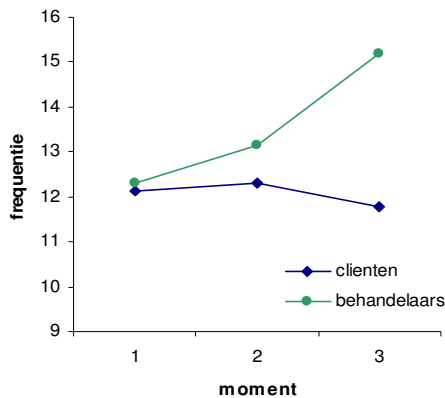
De conclusie is dat er indicaties zijn die wijzen op een verband tussen de signalen en de gerapporteerde werkrelatie voor het signaal backchannels. Vooral in het midden en einde van het eerste gesprek waarbij de werkrelatie beoordeeld door de cliënten en de behandelaars beide een rol lijken te spelen en het midden van het tweede gesprek waarbij de werkrelatie door de behandelaars een rol lijkt te spelen.

4. **Wat is het verloop van de signalen tijdens het gesprek? Met betrekking tot de praatbeurten wordt verwacht dat de cliënten langer zullen praten en de behandelaars vaker. Met betrekking tot backchannels wordt verwacht dat de behandelaars vaker backchannels dan cliënten.**

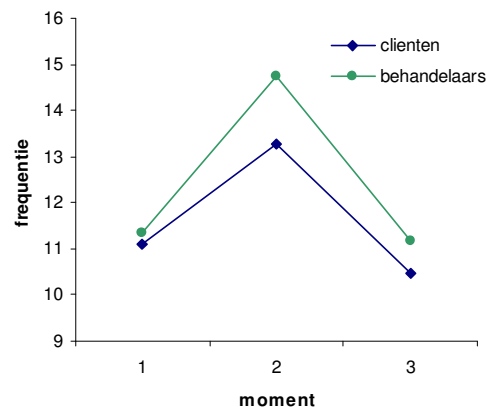
Om een beeld te krijgen van het verloop van de signalen tijdens de gesprekken is voor elk signaal een analyse uitgevoerd, de resultaten worden hieronder per signaal weergegeven.

**Verloop praatbeurt frequentie:**

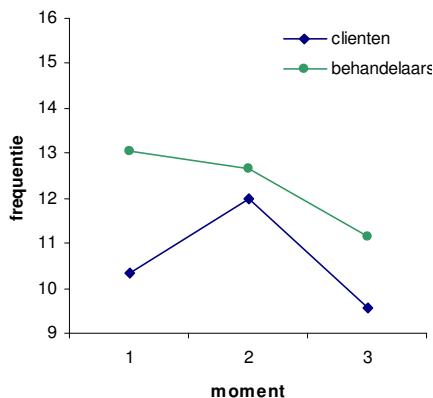
Gemiddelden en standaarddeviaties van praatbeurt frequenties staan in tabel 3. Om te testen of de frequenties van praatbeurten afhankelijk was van de spreker (cliënt vs behandelaar), het moment in de behandeling (gesprek) en het moment in het gesprek (begin, midden, eind) is een within x between ANOVA uitgevoerd. Hierbij was frequentie van de praatbeurten de afhankelijke variabele. Tussen proefpersoonvariabele met twee niveaus was spreker (wie: cliënt/ behandelaar). Herhaalde metingen waren gesprek (1 KB, 2 TE, 3 MW) en moment binnen gesprek (begin, midden, eind).



Figuur 7. Gemiddelde frequentie praatbeurten in het 1e gesprek (KB) per moment in het gesprek



Figuur 8. Gemiddelde frequentie praatbeurten in het 2e gesprek (TE) per moment in het gesprek



Figuur 9. Gemiddelde frequentie praatbeurten in het 3e gesprek (MW) per moment in het gesprek

Tabel 3

*Gemiddelde aantal praatbeurten per gesprek, per moment, per persoon met de standaard deviaties.*

Gesprek/ moment	Spreker	Gemiddelde praatbeurt frequentie	Standaard deviatie
<b>KB- begin</b>	Cliënt	12,14	2,87
	Behandelaar	12,32	4,54
<b>KB midden</b>	Cliënt	12,32	3,58
	Behandelaar	13,14	3,78
<b>KB eind</b>	Cliënt	11,77	3,99
	Behandelaar	15,18	6,57
<b>TE begin</b>	Cliënt	11,11	2,49
	Behandelaar	11,53	4,03
<b>TE midden</b>	Cliënt	13,26	5,45
	Behandelaar	14,74	5,04
<b>TE eind</b>	Cliënt	10,47	2,63
	Behandelaar	11,16	5,39
<b>MW begin</b>	Cliënt	10,35	4,67
	Behandelaar	13,05	5,88
<b>MW midden</b>	Cliënt	12	5,89
	Behandelaar	12,65	6,41
<b>MW eind</b>	Cliënt	9,55	3,94
	Behandelaar	11,15	4,78

Er was een hoofdeffect van spreker,  $F(2, 16) = 11,279$ ,  $p < .01$ . Behandelaars pratten vaker dan cliënten. Er was een hoofdeffect van moment binnen gesprek,  $F(2, 15) = 5,068$ ,  $p < .05$ . Het moment in het gesprek beïnvloedt het aantal praatbeurten. Het effect van de spreker was echter afhankelijk van het gesprek, zoals blijkt uit een significante interactie van spreker met gesprek,  $F(2, 15) = 4,658$ ,  $p < .05$ .

In figuur 7 is het verloop van de frequentie praatbeurten tijdens het eerste gesprek te zien. De behandelaars praten vaker en het dit verschil wordt aan het einde van het gesprek groter. In figuur 8 is het verloop van de frequentie praatbeurten tijdens het tweede gesprek te zien. Ook hier is te zien dat de behandelaars vaker praten en dat in het midden van het gesprek door beide partijen het meeste wordt gepraat. In figuur 9 is het verloop van de frequentie praatbeurten tijdens het derde gesprek te zien. De behandelaars praten vaker aan het begin en einde van het gesprek.

Concluderend blijken de behandelaars inderdaad vaker praten dan de cliënten. Hoeveel meer is afhankelijk van het moment in het gesprek en het verloop van wie er vaker praat tijdens het gesprek verschilt per gesprek.



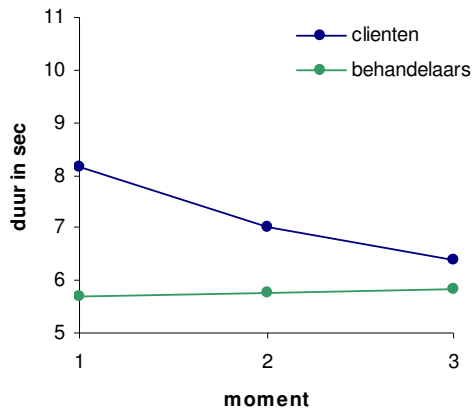
### Verloop praatbeurten duur:

Gemiddelden en standaarddeviaties van praatbeurt duur staan in tabel 4. Om te testen of de duur (in seconden) van praatbeurten afhankelijk was van de spreker (cliënt vs behandelaar), het moment in de behandeling (gesprek) en het moment in het gesprek (begin, midden, eind) is een within x between ANOVA uitgevoerd. Hierbij was duur van de praatbeurten de afhankelijke variabele. Tussen proefpersoonvariabele met twee niveaus was spreker (wie: cliënt/ behandelaar). Herhaalde metingen waren gesprek (1 KB, 2 TE, 3 MW) en moment binnen gesprek (begin, midden, eind).

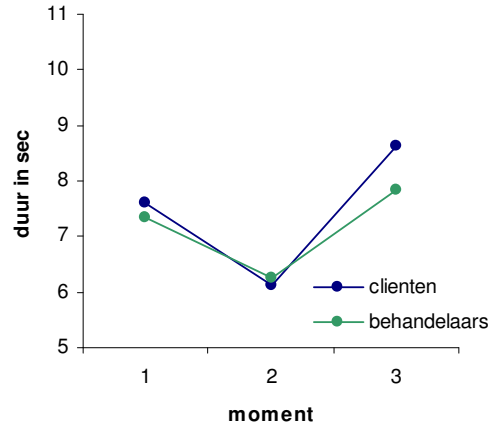
Tabel 4  
Gemiddelde duur praatbeurten in seconden per gesprek, per moment, per persoon met de standaard deviaties.

Gesprek/ moment	Spreker	Gemiddelde praatbeurt duur (sec)	Standaard deviatie
KB- begin	Cliënt	8,17	4,33
	Behandelaar	5,71	1,40
KB midden	Cliënt	7	3,75
	Behandelaar	5,75	2,21
KB eind	Cliënt	6,83	4,46
	Behandelaar	5,84	2,36
TE begin	Cliënt	7,59	4,23
	Behandelaar	7,34	2,19
TE midden	Cliënt	6,13	3,28
	Behandelaar	6,26	3,08
TE eind	Cliënt	8,61	3,88
	Behandelaar	7,83	5,11
MW begin	Cliënt	6,34	4,89
	Behandelaar	9,28	4,73
MW midden	Cliënt	7,83	5,45
	Behandelaar	8,27	6,61
MW eind	Cliënt	7,77	3,56
	Behandelaar	10,20	7,90

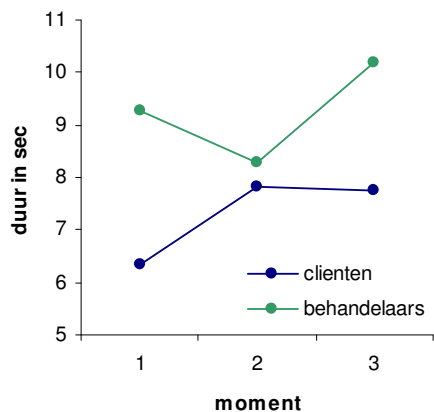
Er was een hoofdeffect van moment binnen gesprek,  $F(2, 15) = 5,698$ ,  $p < .05$ . Het moment in het gesprek beïnvloedt de duur van de praatbeurten. Dit effect was echter afhankelijk van het gesprek en de spreker, zoals blijkt uit een significante interactie van moment met spreker en gesprek,  $F(4, 13) = 4,648$ ,  $p < .05$ . Dus afhankelijk van het gesprek en het moment in het gesprek praat of de cliënt of de er behandelaar langer.



*Figuur 10.* Gemiddelde duur praatbeurten in het 1e gesprek (KB) per moment in het gesprek



*Figuur 11.* Gemiddelde duur praatbeurten in het 2e gesprek (TE) per moment in het gesprek



*Figuur 12.* Gemiddelde duur praatbeurten in het 3e gesprek (MW) per moment in het gesprek

In figuur 10 is het verloop van de frequentie praatbeurten tijdens het eerste gesprek te zien. Te zien is dat de cliënten langer praten dan de behandelaars, maar dat dit verschil iets kleiner wordt naarmate het gesprek vordert. In figuur 11 is het verloop van de frequentie praatbeurten tijdens het tweede gesprek te zien. De cliënten praten in het begin en aan het einde van het gesprek iets langer dan de behandelaars en in het midden van het gesprek praten ze ongeveer even lang. In figuur 12 is het verloop van de frequentie praatbeurten tijdens het derde gesprek te zien. De behandelaars praten langer dan de cliënten, dit verschil is aan het begin en aan het einde van het gesprek het grootst.

Concluderend blijkt dat hoe lang cliënten of behandelaars praten afhangt van het moment in het gesprek en het gesprek zelf. Verwacht werd dat de cliënten langer zouden praten dan de behandelaars, deze verwachting wordt slechts gedeeltelijk ondersteund met deze resultaten.

### Verloop backchannel:

Gemiddelden en standaarddeviaties van backchannels staan in tabel 5. Om te testen of de frequentie van backchannels afhankelijk was van de spreker (cliënt vs behandelaar), het moment in de behandeling (gesprek) en het moment in het gesprek (begin, midden, eind) is een within x between ANOVA uitgevoerd. Hierbij was het aantal backchannels de afhankelijke variabele. Tussen proefpersoonvariabele met twee niveaus was spreker (wie: cliënt/ behandelaar). Herhaalde metingen waren gesprek (1 KB, 2 TE, 3 MW) en moment binnen gesprek (begin, midden, eind).

Tabel 5  
Gemiddelde frequentie backchannels per gesprek, per moment, per persoon met de standaard deviaties.

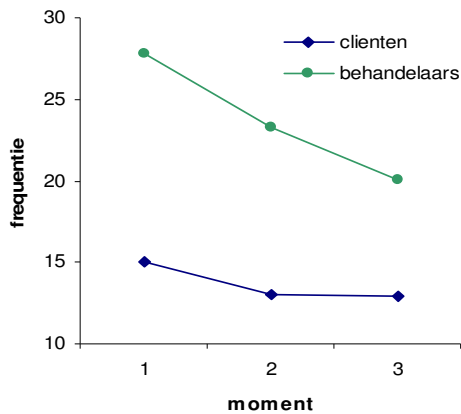
Gesprek/ moment	Spreker	Gemiddelde backchannels	Standaard deviatie
KB- begin	Cliënt	15,05	7,52
	Behandelaar	27,82	12,24
KB midden	Cliënt	13,05	8,92
	Behandelaar	23,23	13,99
KB eind	Cliënt	12,95	6,19
	Behandelaar	20,05	10,49
TE begin	Cliënt	10,95	4,43
	Behandelaar	19,95	11,34
TE midden	Cliënt	15,79	8,52
	Behandelaar	20,26	9,36
TE eind	Cliënt	12,12	7,09
	Behandelaar	22,89	12,50
MW begin	Cliënt	18,65	9,12
	Behandelaar	19,23	16,44
MW midden	Cliënt	14,23	16,43
	Behandelaar	17,64	9,83
MW eind	Cliënt	15,27	10,36
	Behandelaar	18,45	12,20

Er was een hoofdeffect van de spreker,  $F(1, 13) = 23,159$ ,  $p < .01$ . Wie de spreker is beïnvloedt het aantal backchannels. De behandelaars backchannelen vaker.

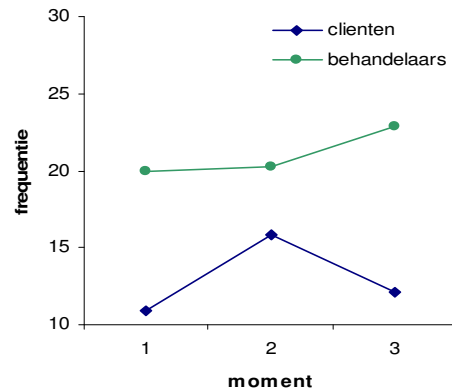
Er was een hoofdeffect van gesprek,  $F(2, 12) = 5,086$ ,  $p < .05$ . Het moment van het gesprek tijdens de behandeling is van invloed op het aantal backchannels.

In figuur 13 is het verloop van de frequentie backchannels tijdens het eerste gesprek te zien. Tijdens het eerste gesprek backchannelen de behandelaars vaker dan de cliënten.

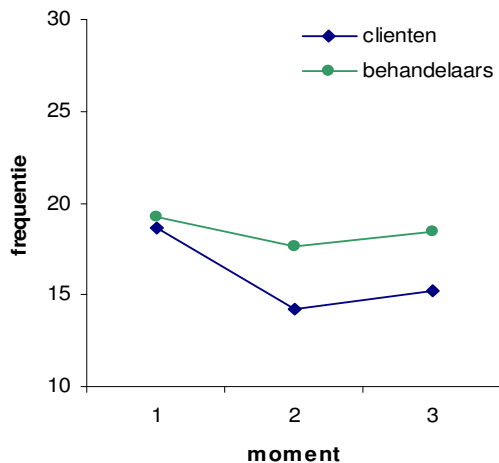
Het aantal backchannels van de behandelaars neemt naar mate het gesprek vordert iets af. In figuur 14 is het verloop van de frequentie backchannels tijdens het tweede gesprek te zien. De behandelaars backchannelen vaker, het verschil is het grootste aan het begin en aan het einde van het gesprek. In figuur 15 is het verloop van de frequentie backchannels tijdens het derde gesprek te zien. De behandelaars backchannelen meer, maar het verschil is minder groot dan tijdens de eerste twee gesprekken. Aan het begin van het gesprek backchannelen ze bijna even vaak.



Figuur 13 Gemiddelde aantal backchannels in het 1e gesprek (KB) per moment in het gesprek



Figuur 14 Gemiddelde aantal backchannels in het 2e gesprek (TE) per moment in het gesprek



Figuur 15 Gemiddelde aantal backchannels in het 3e gesprek (MW) per moment in het gesprek

Concluderend blijkt dat de behandelaars volgens verwachting vaker backchannelen dan de cliënten, maar naar mate het proces vordert lijkt het aantal backchannels van de behandelaars af te nemen.

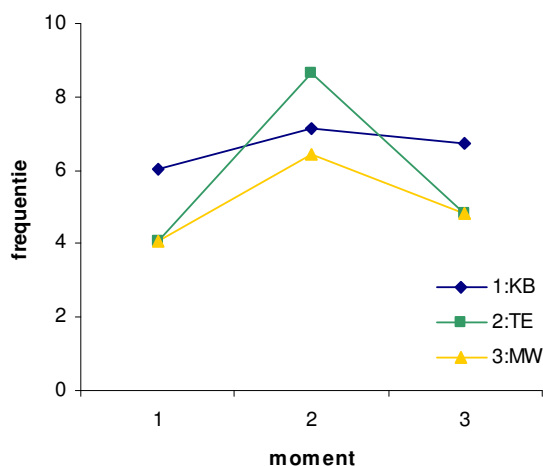
### Verloop overlap:

Gemiddelden en standaarddeviaties van praatbeurt overlap staan in tabel 6. Om te testen of de frequentie van backchannels afhankelijk was van het moment in de behandeling (gesprek) en het moment in het gesprek (begin, midden, eind) is een within x between ANOVA uitgevoerd. Hierbij was de frequentie praatbeurt overlap de afhankelijke variabele. Herhaalde metingen waren gesprek (KB, TE, MW) en moment binnen gesprek (begin, midden, eind).

Tabel 6  
Gemiddelde frequentie praatbeurt overlap per gesprek, per moment, per persoon met de standaard deviaties.

Gesprek/ moment	Gemiddelde praatbeurt overlap	Standaard deviatie
KB- begin	6,05	2,52
KB midden	7,14	2,29
KB eind	6,73	3,42
TE begin	4,05	2,27
TE midden	8,63	4,36
TE eind	4,84	2,32
MW begin	4,05	2,61
MW midden	6,45	4,72
MW eind	4,80	2,75

Er was een hoofdeffect van moment in het gesprek,  $F(2, 15) = 9,562$ ,  $p < .01$ . Het moment van het gesprek tijdens de behandeling is van invloed op het aantal backchannels. Dit effect was echter afhankelijk van het gesprek, zoals blijkt uit een significante interactie van moment met gesprek,  $F(4, 13) = 6,174$ ,  $p < .01$ .



Figuur 16 Gemiddelde aantal praatbeurt overlap tijdens de drie gesprekken, per moment in het gesprek

In figuur 16 is het verloop van de frequentie praatbeurt overlap tijdens het eerste gesprek te zien. Tijdens het eerste gesprek is een klein verschil in overlap te zien tussen de verschillende momenten. Tijdens het tweede en derde gesprek is te zien dat in het midden eerst vaker sprake is van praatbeurt overlap.

**5. Wat gebeurt er wanneer de cliënt of behandelaar bepaald gedrag vaker vertoont? Met betrekking tot praatbeurten wordt verwacht dat langer praten door de cliënt geen specifiek negatief effect zal hebben op de behandel uitkomst, maar dat langer praten door de behandelaars wel een negatief effect heeft op de behandel uitkomsten. Met betrekking tot backchannels wordt verwacht dat meer backchannels van de behandelaars of meer backchannels van de cliënten een negatief effect heeft op de behandel uitkomsten.**

Om te zien wat de relatie van het meer of minder afgeven van de signalen door de cliënten of behandelaars met de behandeluitkomsten is, zijn correlaties berekend. Bij de eerste hypothese is gekeken of de mate van overeenkomst positief samenhangt met de behandeluitkomsten. Nu zal worden gekeken welke verschillen tussen behandelaars en cliënten een positief of negatief effect hebben op de behandeluitkomst. De resultaten zullen per gesprek worden besproken en staan weergegeven in tabel 7. De signalen praatbeurt frequentie, praatbeurt duur en backchannel zijn meegenomen voor elk moment in het gesprek. Hierdoor zijn per signaal 36 correlaties berekend.

Tabel 7  
Correlaties tussen de signalen en de internaliserende en externaliserende schaal van de CBCL

Gesprek/ moment	CBCL	signaal	wie	r	N
KB Midden	Internaliserend	Praatbeurt duur	Cliënten	-,47*	17
		backchannel	Behandelaars	-,56**	17
KB Eind	Externaliserend	Praatbeurt duur	Cliënten	,45*	17
			Behandelaars	,43*	17
TE Begin	Internaliserend	Praatbeurt frequentie	Behandelaars	,47*	15
		backchannel		-,51*	15
TE Midden	Externaliserend	Praatbeurt duur	Cliënten	,50*	15
MW Begin	Internaliserend	Praatbeurt duur	Behandelaars	,52*	15
	Externaliserend	Praatbeurt duur		,52*	15
		Backchannel		-,48*	15
MW Midden	Externaliserend	Praatbeurt duur	Cliënten	,66**	15
	Internaliserend	Backchannel		-,43*	17
MW Eind	Externaliserend	Praatbeurt duur		,59*	15
	Internaliserend	Backchannel		-,43*	17

Note:

\* correlatie is significant op 0.05 niveau (1-tailed)

\*\* correlatie is significant op 0.01 niveau (1-tailed)

### **Eerste gesprek (KB):**

In het midden van het gesprek is te zien dat het signaal praatbeurt duur van de cliënten negatief correleert met de internaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.47$ ,  $p < .05$ ,  $N = 17$ ), dit betekent dat langer praten door de cliënten in het midden van het gesprek samenhangt met minder vooruitgang op de internaliserende schaal. Het signaal backchannel van de behandelaars correleert negatief met de internaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.56$ ,  $p < .01$ ,  $N = 17$ ), dit betekent dat meer backchannels door de behandelaars in het midden van het gesprek samenhangt met minder vooruitgang op de internaliserende schaal.

Aan het einde van het gesprek is te zien dat het signaal praatbeurt duur van de cliënten positief correleert met de externaliserende schaal van de CBCL ( $r = .45$ ,  $p < .05$ ,  $N = 17$ ), dit betekent dat langer praten door de cliënten aan het einde van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal. Het signaal praatbeurt duur van de behandelaars correleert positief met de externaliserende schaal van de CBCL ( $r = .43$ ,  $p < .05$ ,  $N = 17$ ), dit betekent dat langer praten door de behandelaars aan het einde van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal. Dus voor praatbeurt duur aan het einde van het gesprek geldt voor zowel de cliënten als de behandelaars dat langer praten samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal.

Samengevat is korter praten door de cliënten en minder backchannels door de behandelaars in het midden van het gesprek hangt samen met meer vooruitgang op de internaliserende schaal van de CBCL. Aan het einde van het gesprek hangt langer praten door zowel de cliënten als de behandelaars samen met meer vooruitgang op de externaliserende schaal van de CBCL.

### **Tweede gesprek (TE):**

In het begin van het tweede gesprek is te zien dat het signaal praatbeurt frequentie van de behandelaars positief correleert met de internaliserende schaal van de CBCL ( $r = .47$ ,  $p < .05$ ,  $N = 15$ ), dit betekent dat vaker praten door de behandelaars aan het begin van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal. Het signaal backchannel van de behandelaars correleert negatief met de internaliserende schaal van de CBCL ( $r = -.51$ ,  $p < .05$ ,  $N = 15$ ), dit betekent dat vaker backchannels door de behandelaars aan het begin van het gesprek samenhangt met minder vooruitgang op de internaliserende schaal.



In het midden van het gesprek is te zien dat het signaal praatbeurt duur van de cliënten positief correleert met de externaliserende schaal van de CBCL ( $r=,50$ ,  $p<.05$ ,  $N=15$ ), dit betekent dat langer praten door de cliënten in het midden van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal.

Samengevat blijkt dat vaker praten en minder backchannelen door de behandelaars aan het begin van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal van de CBCL. Langer praten door de cliënten in het midden van het gesprek hangt samen met meer vooruitgang op de externaliserende schaal van de CBCL.

### **Derde gesprek (MW):**

In het begin van het derde gesprek is te zien dat het signaal praatbeurt duur van de cliënten positief correleert met de externaliserende schaal van de CBCL ( $r=,52$ ,  $p<.05$ ,  $N=15$ ), dit betekent dat langer praten door de cliënten aan het begin van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal. Het signaal praatbeurt duur van de behandelaars correleert positief met de internaliserende schaal van de CBCL ( $r=,52$ ,  $p<.05$ ,  $N=15$ ), dit betekent dat langer praten door de behandelaars aan het begin van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal. Het signaal backchannel van de cliënten correleert negatief met de externaliserende schaal van de CBCL ( $r=-,48$ ,  $p<.05$ ,  $N=15$ ), dit betekent dat vaker backchannelen door de cliënten aan het begin van het gesprek samenhangt met minder vooruitgang op de externaliserende schaal.

In het midden van het gesprek is te zien dat het signaal praatbeurt duur van de cliënten positief correleert met de externaliserende schaal van de CBCL ( $r=,66$ ,  $p<.01$ ,  $N=15$ ), dit betekent dat langer praten door de cliënten in het midden van het gesprek er samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal.

Het signaal backchannel van de cliënten correleert negatief met de internaliserende schaal van de CBCL ( $r=-,43$ ,  $p<.05$ ,  $N=17$ ), dit betekent dat meer backchannelen door de cliënten in het midden van het gesprek samenhangt met minder vooruitgang op de internaliserende schaal.

Aan het einde van het gesprek is te zien dat het signaal praatbeurt duur van de cliënten positief correleert met de externaliserende schaal van de CBCL ( $r=,59$ ,  $p<.05$ ,  $N=15$ ), dit betekent dat langer praten door de cliënten aan het einde van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de externaliserende schaal. Het signaal

backchannel van de cliënten correleert negatief met de internaliserende schaal van de CBCL ( $r=-,43$ ,  $p<.05$ ,  $N=17$ ), dit betekent dat langer praten door de cliënten aan het einde van het gesprek samenhangt met minder vooruitgang op de internaliserende schaal.

Samengevat blijkt dat langer praten door de behandelaars aan het begin van het gesprek samenhangt met meer vooruitgang op de internaliserende schaal van de CBCL. Langer praten door de cliënten gedurende het hele gesprek hangt samen met meer vooruitgang op de externaliserende schaal van de CBCL en minder backchannels door de cliënten gedurende het gesprek hangt samen met meer vooruitgang op of wel de internaliserende schaal of wel de externaliserende schaal.

Concluderend hangt minder backchannels door zowel de cliënten als de behandelaars samen met betere behandeluitkomsten. Vaker praten door de behandelaars aan het begin van het tweede gesprek hangt samen met een positiever effect op de behandeluitkomsten. Afhankelijk van het gesprek en het moment in het gesprek hangt langer of korter praten door de cliënten en de behandelaars samen met positievere behandeluitkomsten.

## Discussie

Met dit onderzoek is geprobeerd meer zicht te krijgen op gedragingen van de cliënten en behandelaars tijdens een oplossingsgerichte behandeling en de invloed hiervan op de behandeluitkomsten. Er is gekozen voor drie gedragingen of signalen, namelijk praatbeurtverloop verdeeld in duur, frequentie en overlap, aantal backchannels en lichamelijke gerichtheid. Van deze signalen is lichamelijke gerichtheid afgefallen, omdat er nagenoeg geen verschil was tussen de verschillende cliënten en behandelaars in de mate van lichamelijke gerichtheid. De resultaten van het onderzoek zullen hier per hypothese worden besproken.

Als eerste is er gekeken naar het verband tussen de mate van overeenkomst van de signalen en de invloed hiervan op de behandeluitkomsten. De behandeluitkomsten zijn gemeten aan de hand van de toe- of afname van internaliserend en externaliserend probleemgedrag. Uit het onderzoek is gebleken dat het voor deze vorm van behandeling op sommige momenten wel positief is wanneer er sprake is van overeenkomst en in andere gevallen verschil beter is. Hierbij moet worden opgemerkt dat er voor slechts een aantal van de momenten een significant verband is gevonden en voor de meeste momenten geen significante verbanden zijn gevonden. De resultaten die de hypothese ondersteunen zullen hier eerst worden besproken.

In het midden van het eerste gesprek lijkt de overeenkomst in praatbeurt duur en backchannels van invloed op een positieve behandeluitkomst. In dit deel van het gesprek zal vaak een wederzijdse uitwisseling tussen de cliënten en de behandelaars plaatsvinden. Op dat moment zullen ze namelijk proberen om tot een aantal doelen te komen, die voor beide partijen zinvol en realistisch lijken. Men kan dan verwachten dat evenveel inbreng en bevestiging van de ander zinvol zijn in dit proces.

In het begin van het tweede gesprek lijkt de overeenkomst in het aantal backchannels een positief effect te hebben op de behandeluitkomsten. Het bevestigen van wat de ander vertelt lijkt hier van belang, wellicht heeft dit te maken met het feit dat dit het begin van het gesprek is en de beide partijen weer even willen laten merken dat ze gericht zijn op de ander. Het verband tussen backchannels en gericht zijn op de ander werden in eerder onderzoek ook aan elkaar gekoppeld (van Beek, et al, 2006).

De resultaten die de hypothese niet ondersteunen kunnen wellicht worden verklaard door het feit dat de verschillende momenten in het gesprek verschillende functies hebben. Soms gaat het juist om het verhaal van de cliënt of de uitleg van de

behandelaars en dan zal een van beide dus meer praten en de ander meer backchannels.

Een opvallend resultaat is dat voor backchannels de meeste verbanden zijn gevonden, wat kan betekenen dat backchannels een belangrijke rol spelen in een relatie. Dit sluit aan bij wat in eerder onderzoek is gevonden over backchannel gedrag (Geerts et al., 2006; Bos et al., 2006; van Beek et al., 2006). Wellicht is hierbij ook van invloed geweest dat er bij backchannels een duidelijke toename van overeenkomst tussen de cliënten en behandelaars te zien was. Opvallend is dat er vaker een positievere behandeluitkomst was wanneer er minder overeenkomst in backchannel gedrag was. Het verschil tussen de signalen komt verder op in de tekst nog aanbod, en zal daar verder worden besproken.

De tweede hypothese richtte zich op het verband tussen de mate van praatbeurt overlap en een positieve behandeluitkomst. Dit signaal is apart genomen, omdat hiervoor geen mate van overeenkomst te berekenen was. Er zijn slechts twee correlaties gevonden tussen praatbeurt overlap en de behandeluitkomsten en deze waren tegenstrijdig. Aan het begin van het eerste gesprek werd een samenhang gevonden tussen meer overlap en een afname van de internaliserende problemen. Maar in het midden van het tweede gesprek werd gevonden dat er samenhang was tussen minder overlap en een afname van de internaliserende problemen. Dit verschil kan verklaard worden door het verschil in de functies tussen de momenten in het gesprek. Dat deze verbanden gevonden zijn kan toeval zijn. Aan de hand van deze gegevens is geen goed beeld te geven van de rol van praatbeurt overlap binnen het gesprek. Wellicht heeft dit ook te maken met het feit dat er in dit onderzoek geen onderscheid is gemaakt tussen wie er begint met door de ander heen praten en wie het toe laat. Men zou kunnen zeggen dat wanneer een persoon voortdurend door de ander heen praat, dit een negatiever effect zal hebben dan wanneer beide partijen elkaar onderbreken en er dus een soort gelijkwaardigheid van gesprekspartners is. Dit is wellicht een interessant onderwerp voor verder onderzoek.

De derde hypothese richtte zich op de samenhang tussen de signalen en de door de cliënten en behandelaars gerapporteerde werkrelatie. Omdat er sprake was van een te kleine steekproef (er was slechts van 5 gezinnen werkrelatie- informatie) is voor deze hypothese een beschrijvend analyse uitgevoerd. In de inleiding is kort aanbod gekomen dat de percepties van de cliënten vaak leiden tot overschatting van de werkrelatie

(Kramer et. al., 2008), deze overschatting leek in dit onderzoek ook aanwezig. De cliënten beoordeelden allemaal de werkrelatie hoger dan de behandelaars. Bij deze doelgroep kan deze overschatting van de relatie ook nog worden beïnvloed door de aanwezigheid van een hechtingsstoornis. Ook zijn er indicaties gevonden die wijzen op een mogelijk verband tussen backchannels (met name van de behandelaars) en de werkrelatie (gerapporteerd door de cliënten en behandelaars), waarbij meer backchannels tijdens het eerste en tweede gesprek een betere gerapporteerde werkrelatie tot gevolg zouden hebben. Dit sluit aan bij de eerdere conclusie dat backchannel gedrag van belang is voor de werkrelatie. Voor de ander signalen zijn geen verbanden gevonden.

De vierde hypothese is gericht op het verloop van de signalen tijdens het proces en wie welk signaal vaker vertoont. Uit de resultaten komt naar voren dat de behandelaars vaker praten. Er is een duidelijk verschil in praatbeurt frequentie per moment in het gesprek en elk gesprek lijkt een eigen verloop te hebben.

Het moment in het gesprek lijkt ook van invloed op wie er langer praat. Tijdens het eerste en tweede gesprek is het de cliënt die langer praat en tijdens het derde gesprek hangt het van het moment af, waarbij de cliënt vooral in het midden van het gesprek het langst aan het woord is. Deze resultaten ondersteunen de in de inleiding geformuleerde hypothese. Nu zal een korte interpretatie worden gegeven van hoe dit gespreksverloop er uit zou kunnen zien. In het eerste gesprek lijkt de cliënt vooral te vertellen, waarbij de behandelaar reageert om verdieping te krijgen en de cliënt aan het denken te zetten. Tijdens het tweede gesprek lijkt er meer overeenstemming in praatbeurt duur en frequentie, wat kan betekenen dat er sprake is van meer discussie en over en weer reageren. Tijdens het derde gesprek lijkt de behandelaar een zeer actieve rol te hebben, zij praten vaker en langer aan het begin en einde van het gesprek. In het midden van het gesprek lijkt er meer een 'discussie'- vorm waarbij zowel de cliënt als de behandelaar ongeveer even vaak en lang praten. Zodoende lijkt wat betreft inbreng in het gesprek wel een bepaalde mate van 'gelijkwaardigheid' zichtbaar.

Het aantal backchannels is afhankelijk van de persoon en welk gesprek het is. Zoals eerder genoemd lijkt er steeds meer overeenkomst tussen het aantal backchannels naar mate het proces vordert, maar het zijn de behandelaars die vaker backchannels zoals verwacht. Ondanks het feit dat er getracht wordt bij oplossingsgericht werken een bepaalde mate van gelijkwaardigheid te creëren, lijkt toch de impliciete rol- verdeling

cliënt- behandelaar wel zichtbaar in de mate van sociale gerichtheid als het gaat om backchannels. Maar wellicht is het niet mogelijk voor de cliënt om zichzelf daadwerkelijk te gedragen als 'gelijke' van de behandelaars, omdat deze toch zal worden beïnvloed door het feit dat zij 'hulp vragen' aan de behandelaars.

De vijfde hypothese is gericht op het effect van het verschil in de mate waarin bepaalde signalen voorkomen bij de behandelaars en de cliënten.

Tijdens het midden van het eerste gesprek hebben zowel langere praatbeurten van de cliënten en meer backchannels van de behandelaars een negatief effect op de behandeluitkomsten. De signalen praatbeurten van de cliënten en backchannels van de behandelaars lijken hier met elkaar verbonden, wanneer de cliënt langer praat zal de behandelaar (wanneer deze betrokken is) meer backchannelen. Net zoals men in het algemeen meer zal backchannelen wanneer men meer betrokken is, zoals al eerder gesteld is. Tijdens het einde van het eerste gesprek heeft langere praatbeurten van zowel de cliënten als de behandelaars een positievere behandeluitkomst. Dit zou kunnen betekenen dat het een goed teken is dat de cliënten en de behandelaars beide verbaal actief zijn aan het einde van het eerste gesprek.

Tijdens het tweede gesprek is lijkt het positief te zijn wanneer de behandelaars vaak praten, maar niet positief wanneer ze veel backchannelen. Dit kan te maken hebben met het feit dat ze meer inhoudelijk moeten reageren op wat de cliënten vertellen, dan 'gewoon' te backchannelen (in dit onderzoek reageren zonder inhoudelijke toevoeging). In het midden van het tweede gesprek is het positief wanneer de cliënten langer praten.

Tijdens het derde gesprek lijkt het positief wanneer de behandelaars en de cliënten aan het begin van het gesprek langer praten. In het begin wordt vaak besproken wat er tijdens de rest van het gesprek besproken moet worden, beide partijen vertellen hierbij wat ze willen bespreken en welke zorgen ze nog hebben. Actieve verbale participatie is van beide partijen aan het begin van belang. In het midden en aan het einde is het positiever wanneer de cliënten langer praten en minder backchannelen. Dit kan aangeven dat actieve betrokkenheid van de cliënten bij het gesprek van belang zijn, meer inhoudelijk reageren op de behandelaars lijkt hierbij een goed teken.

Dat backchannels vaak negatief correleerden met de vooruitgang op de CBCL kan van de ene kant worden verklaard door het feit dat gebruik is gemaakt van algemene backchannels. Aan de andere kant is gezien dat er juist indicaties zijn dat er

een positief verband zou bestaan tussen deze algemene backchannels en gerapporteerde werkrelatie. Waar hierbij rekening mee moet worden gehouden is het feit dat er wellicht geen direct causaal verband is tussen het aantal backchannels en de vooruitgang op de CBCL. Het aantal backchannels kan wel van invloed zijn op de werkrelatie, maar er spelen nog veel andere aspecten mee die de uiteindelijke werkrelatie bepalen en de werkrelatie is 'slechts' een aspect van alle aspecten die van invloed zijn op de uiteindelijke behandeluitkomsten.

#### Beperkingen van onderzoek

Gezien de steekproefgrootte is het positief dat er toch samenhang is gevonden tussen de in dit onderzoek gebruikte variabelen. Maar het onderzoek kent ook een aantal beperkingen die hieronder beschreven zullen worden.

De vooruitgang van de cliënten was mogelijk niet volledig te meten met de CBCL. Wellicht kan een kindprobleem niet worden opgelost en is het meer van belang dat ouders leren dit te accepteren of leren omgaan met de problemen die spelen. Dit zou kunnen betekenen dat de problemen het zelfde lijken te blijven op de CBCL, maar dat er wel sprake is van verbetering van de ouder- kind interactie. Om meer zicht te krijgen op de effecten van de behandeling zou in dit geval ook gebruik gemaakt kunnen worden van de evaluatie van de doelen van de cliënten. Met Oplossingsgericht werken worden voortdurend schaalvragen gesteld, ook gericht op de vooruitgang van de behandeldoelen. Deze schaalscores zouden kunnen worden bijgehouden en kunnen de vooruitgang tijdens het proces in kaart brengen. Op deze manier is de meting van de behandeluitkomst ook specifiek gericht op de doelen van de verschillende cliënten en hun situatie.

Niet tijdens elke praatbeurt zijn backchannels gevonden, waarschijnlijk omdat gekeken is naar algemene backchannels en niet specifieke backchannels. Het verschil tussen algemene en specifieke backchannels is pas in een later stadium aan het licht gekomen en daarom niet meegenomen in dit onderzoek. Specifieke backchannels zijn inhoudelijke (erkenning gevende) reacties die wellicht een veel sterkere invloed hebben op de werkrelatie. Dit zijn onder andere reacties als gezichtsuitdrukkingen die aansluiten bij een verhaal (bang, verdrietig, geschrokken kijken), overnemen van gebaren en zinnen aanvullen. (Bavelas, Coates, Johnson, 2000) De in de inleiding beschreven onderzoeken hebben dit onderscheid ook niet gemaakt en zodoende geven deze onderzoeken slechts een beperkt beeld van backchannels in het algemeen. Maar

backchannels in de brede zin van het woord vallen dan ook niet meer alleen onder non-verbaal gedrag, maar lijken meer verweven in de communicatie in zijn totale vorm.

Soms waren er meer mensen betrokken bij het gesprek, die niet werden meegenomen in het onderzoek. Dit waren bijvoorbeeld de gezinsvoogden, verwijzers, psychiaters, systeembegeleiders, opa's en oma's of andere bij het gezin betrokken personen. Alleen de behandelaars en cliënten zijn meegenomen, omdat zij het meeste betrokken waren bij de behandeling en het om hun werkrelatie ging. Er is dus niet altijd sprake geweest van een pure interactie tussen alleen de behandelaars en cliënten. Ook al is wel geprobeerd zoveel mogelijk momenten te gebruiken waar zo min mogelijk onderbrekingen door anderen in voorkwamen, was het niet altijd mogelijk invloed van anderen volledig uit te sluiten. Dit is een nadeel van onderzoek doen in een praktijk situatie, waarbij weinig controle kan worden uitgeoefend.

Een ander nadeel van onderzoek doen in de praktijk is het feit dat niet altijd alle benodigde informatie aanwezig is, omdat het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek meestal niet de prioriteit heeft voor de behandelaars. Er was in dit geval niet één persoon die zich gestructureerd bezig hield met het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en de informatie die nodig was, moest dus voor een deel op dat moment verzameld worden. De vragenlijsten die de werkrelatie meetten waren zodoende alleen aanwezig voor de gezinnen die op dat moment behandeld en gefilmd werden. Ook de CBCL- vragenlijsten waren niet altijd van alle momenten aanwezig. Dit alles was weer van invloed op de grootte van de steekproef die kon worden gebruikt bij het onderzoeken van de hypothesen.

Met het huidige onderzoek kon men alleen samenhang vaststellen en geen oorzakelijk relaties. Het is goed mogelijk dat bepaald non- verbaal gedrag weliswaar samenhangt met grotere vooruitgang bij gezinnen, maar deze vooruitgang niet veroorzaakt. Het lijkt aannemelijk dat er andere 'derde' factoren zijn die de kwaliteit (en kwantiteit) van het non- verbale gedrag en de behandeluitkomsten beïnvloeden. Het is mogelijk dat gezinnen met minder complexe problemen, beter communiceren met de behandelaars en meer vooruitgang boeken met een behandeling. Een aspect wat hier een rol speelt en van invloed zal zijn op de werkrelatie is dat het hier om Multi- probleem ('moeilijke') gezinnen gaat. Men zou kunnen zeggen dat het in sommige gevallen ook lastiger is om met hen een goede werkrelatie op te bouwen, omdat ze zoveel hebben meegemaakt/meemaken en er vaak sprake is van gedrag dat 'niet sociaal geaccepteerd' is. Dit vraagt een onbevooroordeelde houding van de behandelaars, wat in sommige gevallen lastig



kan zijn. Ook het niet meegaan in de negatieve spiraal van de cliënten kan een rol spelen. Dit alles zal van invloed zijn op het non- verbale en verbale gedrag van de behandelaars en de invloed hiervan kan niet gecontroleerd worden. In hoeverre dit tijdens dit onderzoek van invloed is geweest, is niet te zeggen.

#### Relevantie onderzoek voor praktijk

Het doel van dit onderzoek was meer zicht te krijgen op de signalen die een rol kunnen spelen bij het inschatten van de mate waarin er sprake is van een klik tussen de cliënten en behandelaars op de gezinsdagbehandeling. Uit het onderzoek komen een aantal resultaten naar voren die wellicht bruikbaar zijn in de praktijk. Wat genoemd kan worden is dat backchannels een belangrijke rol lijken te spelen in het proces en dat er indicaties zijn dat backchannels van invloed zouden zijn op de gerapporteerde werkrelatie. Met het oog op deze resultaten zou het aantal backchannels wellicht kunnen worden gebruikt om een idee te krijgen over de betrokkenheid van de cliënten en de behandelaars. Bij oplossingsgericht werken wordt zoals in de inleiding vermeld gewerkt aan de hand van de flowchart, om zicht te krijgen op de status van de cliënt als mogelijke klant. Wellicht kan het backchannel gedrag hier als een observeerbaar signaal dienen, wanneer de behandelaars merken dat zij of de cliënten minder backchannels zouden zij dit kunnen zien als een signaal dat ze weer moeten proberen met de cliënten op een lijn te komen zitten.

#### Verder onderzoek

Allereerst zou het zinvol zijn verder onderzoek te doen naar het verband tussen de signalen en de gerapporteerde werkrelatie en vooral gericht op backchannel gedrag en de werkrelatie. Er lijken met deze kleine steekproef al indicaties te zijn dat hier sprake van is, een grote steekproef zou kunnen uitwijzen of dit ook werkelijk het geval is of dat er sprake is van toeval.

De rol van de specifieke backchannels en de aard van de algemene en specifieke backchannels zijn ook aspecten die verder onderzoek verdienen. De 'oppervlakkige' algemene backchannels lijken al van belang, dit maakt nieuwsgierig naar de 'kracht' van de specifieke backchannels. Om deze specifieke backchannels te kunnen onderzoeken, zullen inhoudelijke analyses moeten worden gedaan van de reacties binnen een gesprek. Er zal ook een duidelijke operationalisatie van

backchannel gedrag uitgewerkt moeten worden, om onderscheid te kunnen maken tussen een 'gewone' reactie en een specifieke backchannel.

Verder onderzoek naar de signalen die een rol spelen bij de 'fit' tussen cliënten en behandelaars zijn ook zinvol. Momenteel is er ook onderzoek bezig naar 'raakmomenten' en er was sprake van een groter onderzoek gericht op fit, maar dat is helaas gestaakt.

Samenvattend lijkt het er op dat ondanks de complexiteit van de problemen waar de gezinnen mee komen er toch vooruitgang zichtbaar was en de rol van backchannels ook in dit geval van belang bleek. De behandelaars van de gezinsdagbehandeling die aan het onderzoek hebben meegedaan, hebben laten zien dat zij ook met deze complexe gezinnen erg sociaal gericht blijven en zo een prettige werkrelatie kunnen opbouwen waarin ruimte is voor vooruitgang.

## Referenties

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative Guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology.
- 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-probleemgezinnen II; de opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*. 1, 2-20.
- Bavelas, J.B., Coates, L., Johnson, T. (2000) Listeners as co- narrators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (6), 941- 952.
- Bedi, R.P. (2006) Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (1), 26- 35.
- Beek, Y., van, Dolderen, S.M., van, Dubas, J.S. (2006) Gender- specific development of nonverbal behaviours and mild depression in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (12), 1272- 1283.
- Bos, E.H., Bouhuys, A.L., Geerts, E., Os, T., van, & Ormel, J. (2006) Lack of association between conversation partners' nonverbal behavior predicts recurrence of depression, independently of personality. *Psychiatry Research*, 142, 79-88.
- Burgoon, J.K., Le Poire, B.A., Beutler, L.E., Bergan, J., & Engle, D. ( 1992) Nonverbal behaviors as indices of arousal: extension to the psychotherapy context. *Journal of Nonverbal Behavior* 16(3), 159- 178.
- Cappella, J.N. (1983) Conversational involvement: approaching and avoiding others. In J.M. Wiemann & R.P. Harrison (Eds.), *Noverbal interaction* (pp.113-148). Beverly Hills, CA: Sage.
- Clark, H.H. (1996) *Using language*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Clore, G.L., Hirschberg Wiggins, N., & Itkin, S. (1975) Judging attraction from nonverbal behavior: The Gain phenomenon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (4), 491-497.
- Corcoran, J. (2006) A comparison group study of solution- focused therapy versus "treatment as usual" for behavior problems in children. *Journal of Social Service Research*, 33 (1), 69- 81.
- Coker, D.A., Burgoon, J.K., 1987. The nature of conversational involvement and non-verbal encoding patterns. *Human Communication Research* 13, 463–494.
- Depaulo, B.M. (1992) Noverbal behavior and self- presentation. *Psychological Bulletin*, 111 (2), 203- 243.

- Elvins, R., & Green, J. (2008) The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167-1187.
- Geerts, E., Os, T., van., Ormel, J., & Bouhuys, N. (2006) Nonverbal behavioral similarity between patients with depression in remission and interviewers in relation to satisfaction and recurrence of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 200-209.
- Gingerich, W.J., & Eisengart, S. (2000) Solution- Focused Brief Therapy: a review of the outcome research. *Family Process*, 39 (4), 477- 498.
- Grammer, K. (1990) Strangers meet: Laughter and nonverbal signs of interest in opposite-sex encounters. *Journal of Nonverbal Behavior* 14(4), 209- 236.
- 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.
- Jones, I.H., & Pansa, M. (1979) Some nonverbal aspects of depression and schizophrenia occurring during the interview. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167 (7), 402- 409.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J.B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008) Relationship processes in youth psychotherapy. Measuring alliance, alliance- building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16 (1), 15- 28.
- Kim, J.S. (2008) Examining the effectiveness of solution- focused brief therapy: a meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18 (2), 107- 116.
- 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.
- 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
- McKinlay, A., Procter, R., Masting, O., Woodburn, R., & Arnott, J. (1994). Studies of turn-taking in computer-mediated communications. *Interacting with Computers*, 6, 151-171.
- Mehu, M., Grammer, K., & Dunbar, R.I.M. (2007) Smiles when sharing. *Evolution and Human Behavior*, 28, 415- 422.
- Mol, R. (2008) Oplossingsgerichte behandeltechnieken in relatie tot de afname van internaliserende problemen bij kinderen en adolescenten: ontwikkeling van de 'Therapeutic Observation Measure'. Masterthesis Kinder- en Jeugdpsychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht
- Montfoort, A. van & Oudendijk, N. (1984). De Triangel (1972-1982); Tien jaar residentiele gezinsbehandeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, XXXVIII, 127- 142.

- Pas, A. van der (1979). *Gezinsfenomenen: artikelen en gesprekken over gezinsbehandeling*. Alphen aan de Rijn: Samson.
- Phillips, B.C. (2007) A comparison of autonomous and collaborative models in computer mediated communication. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in the Department of Psychology. University of Victoria.
- Poyatos, F. (1983) Language and nonverbal systems in the structure of face-to-face interaction. *Language and Communication*, 3(2), 129-140
- Ruusuvuori, J. (2001) Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Social Science & Medicine*, 52, 1093-1108.
- Shazer, S. de (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., Vries, L., de. (2006) Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie : een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39 (2), 81-94.
- 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.
- Zinko, T., Oppenoorth, W.H. & Meijer, A.M. (1991). Een onderzoek bij Multi-problem gezinnen. *Nederlands tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 7, 353-364.



Bijlage 2 Score formulier lichamelijke gerichtheid

Gezin:	Moeder				Vader				behandelaar				behandelaar			
moment	L	H	O	T	L	H	O	T	L	H	O	T	L	H	O	T
1																
2																
3																

gezin		
moment	Gemiddelde moeder/ vader	Gemiddelde behandelaars
1		
2		
3		