

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

Master's Thesis (201600201)

Utrecht University

Master Programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

L.M.T. (Lieke) Sanders (6850154)

19-07-2021

Master thesis

Supervisor:

N. (Natasha) Koper, MSc.

Second assessor:

T. (Tessa) Kaufman, PhD

Woorden: 4275 (max. 4500)

Abstract

It is known that multi-problem families often drop out during treatment due to a lack of motivation. Because little research has been done into the factors that influence treatment motivation in adolescents growing up in a multi-problem family, it is important to conduct research into this. Also, the high number of multi-problem families in the Netherlands and the fact that they more often drop out during treatment while they need to in order to deal with all the complex problems, show that research is necessary. The current study attempted to predict treatment motivation on the basis of two relationships with significant others, namely the parent-child relationship and the mentor-child relationship. In addition, the present study has also looked at which relationship is the greatest predictor. This was investigated by means of self-report questionnaires among Dutch adolescents ($n = 49$, $M = 15.1$ years, $SD=1.66$, 54.0% boys, 46.0% girls). It was anticipated that a negative parent-child relationship would be predictive of a decreased level of treatment motivation, a positive mentor-child relationship would be predictive of an increased level of treatment motivation, and that the mentor-child relationship would be the greatest predictor. Two separate regression analyses found no significant values. Implications for this study are in the areas of sampling and measurement of treatment motivation. This provides grounds for follow-up research.

Key words: treatment motivation, parent-child relationship and mentor-child relationship

Samenvatting

Het is bekend dat multiprobleemgezinnen veelal door het gebrek aan motivatie uitvallen tijdens de behandeling. Omdat er weinig onderzoek is gedaan naar de factoren die behandelmotivatie bij adolescenten opgroeiend in een multiprobleemgezin beïnvloeden, is het van belang hier onderzoek naar te doen. Ook het hoge aantal multiprobleemgezinnen in Nederland en het feit dat zij vaker uitvallen tijdens de behandeling terwijl ze dat wel nodig hebben om alle complexe problematieken aan te pakken, laat zien dat onderzoek noodzakelijk is. Het huidige onderzoek heeft getracht de behandelmotivatie te voorspellen aan de hand van twee relaties met belangrijke anderen, namelijk de ouder-kind relatie en de mentor-kind relatie. Daarnaast heeft huidig onderzoek ook gekeken naar welke relatie de grootste voorspeller is. Dit is onderzocht aan de hand van zelfrapportage-vragenlijsten onder Nederlandse adolescenten ($n = 49$, $M = 15,1$ jaar, $SD=1,66$, 54.0% jongens, 46.0% meiden). Vooraf was de verwachting dat een negatieve ouder-kind relatie voorspellend zou zijn voor een verminderde mate van behandelmotivatie, een positieve mentor-kind relatie voorspellend zou zijn voor een verhoogde mate van behandelmotivatie en dat de mentor-kind relatie de grootste voorspeller zou zijn. Twee afzonderlijke regressieanalyses hebben geen significante waarden gevonden. Implicaties aan dit onderzoek zijn te vinden op het gebied van de steekproef en de meting van behandelmotivatie. Dit geeft aanleidingen tot vervolgonderzoek. *Kernwoorden:* behandelmotivatie, ouder-kind relatie en mentor-kind relatie

Inleiding

Nederland telde in 2016 zo'n 25.896 multiprobleemgezinnen (Kann-Weedage et al., 2017). Onder het begrip multiprobleemgezinnen vallen gezinnen die verschillende complexe en chronische problemen ervaren op verschillende gebieden, zoals relationeel, schulden en opvoeding (Bodden & Dekovic, 2016). Deze problemen worden almaar groter, houden lang stand en stapelen zich op, waardoor de draaglast en draagkracht van het gezin uit balans raakt (Hermanns et al., 2002; Baartman & Dijkstra, 1987). Vanwege de complexe problematieken die spelen binnen multiprobleemgezinnen, doen zij vaker een beroep op de hulpverlening dan niet-multiprobleemgezinnen (Knott-Dickscheit et al., 2011; Bodden & Dekovic, 2010). Daarbij wordt gezien dat multiprobleemgezinnen relatief vaker en sneller uitvallen tijdens behandelingen vanwege wantrouwige gevoelens jegens de hulpverlening (Koekkoek & van Hoof, 2006; Goderie & Steketee, 2003). Dit lijkt te komen doordat er onvoldoende aansluiting is tussen de hulpverlening en deze gezinnen. Zo blijken er meerdere actieve hulpverleners in het gezin aanwezig te zijn, maar deze zijn onvoldoende op elkaar ingespeeld: er ontbreekt een duidelijke visie en er worden tegenstrijdige adviezen gegeven (Vandenbroucke & Steketee, 2010). Daarnaast blijkt dat de behandelplannen onvoldoende resultaat hebben gegeven voor de gezinnen. Gevolg hiervan is dat de leden uit een multiprobleemgezin hulpverleners en hulpverleningsinstanties gaan ontwijken en/of dat zij onvoldoende meewerken aan hulpverleningstrajecten. Ook blijkt het probleembesef laag te zijn in multiprobleemgezinnen: problemen worden niet ingezien en/of er wordt ten onrechte gedacht dat ze problemen zelf kunnen oplossen (Goderie & Steketee, 2003; Vandenbroucke et al., 2008). Het lijkt er op dat deze opeenstapeling van problemen het gezin demotiveert mee te werken tijdens de behandeling, wat kan leiden tot uitval. Terwijl motivatie juist van belang is tijdens een hulpverleningstraject. Zo blijkt dat motivatie van cruciaal belang te zijn in het al dan niet slagen van een behandeling (Drieschner et al., 2004; Choi et al., 2010). Een gebrek aan motivatie zal leiden tot uitval, terugval, het niet naleven van afspraken en andere negatieve behandelresultaten (Ryan et al., 1995). Behandelmotivatie kan als volgt gedefinieerd worden: 'de beweegreden van cliënten om al dan niet aan een hulpverleningstraject deel te nemen en om gedrag te vertonen dat in het kader van die hulpverlening nodig is' (Yperen et al., 2003). Een invloedrijke theorie op het gebied van motivatie is de Zelf Determinatie Theorie [ZDT] (Deci & Ryan, 2008). Hierbij wordt verondersteld dat motivatie afhankelijk is van de mate waarin iemand zich gesteund voelt in drie psychologische basisbehoeften: *autonomie*, *betrokkenheid* en *competentie*. Bij de behoefte aan autonomie wil een persoon zich vrij voelen

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

en de ruimte hebben om zelf keuzes te maken. De behoefte aan betrokkenheid betekent voor de personen dat het zich verbonden voelt met anderen. Bij de behoefte om competentie draait het erom dat personen talenten inzet en dat het doet waar hij/zij goed in is (Deci & Ryan, 2000). In het geval dat iemand zich autonoom, betrokken en competent voelt, zal dit leiden tot een sterkere motivatie tot behandeling (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010).

Omdat er weinig onderzoek is gedaan naar de factoren die behandelmotivatie bij adolescenten opgroeiend in een multiprobleemgezin beïnvloeden, is het van belang hier onderzoek naar te doen. Ook het hoge aantal multiprobleemgezinnen in Nederland en het feit dat zij vaker uitvallen tijdens de behandeling terwijl ze dat wel nodig hebben om alle complexe problematieken aan te pakken, laat zien dat onderzoek noodzakelijk is. Zo mogelijk kunnen huidige interventies worden herzien om uitval tijdens de behandeling terug te kunnen dringen. Huidig onderzoek heeft dan ook als doel om dit gat in de literatuur op te vullen. Dit wordt gedaan door te kijken naar twee relaties met belangrijke anderen die mogelijk voorspellend kunnen zijn voor de mate van de behandelmotivatie, namelijk de ouder-kind relatie en de mentor-kind relatie.

Allereerst zal gekeken worden naar de ouder-kind relatie. De ouder-kind relatie is een bidirectionale relatie waarin de ouder en de adolescent elkaar wederzijds beïnvloeden (Reitz & Dekovic, 2006). De kwaliteit van de ouder-kind relatie kan als volgt worden geoperationaliseerd: de mate van strenge discipline, ouderlijke betrokkenheid en ouder-kind conflicten (Gerard et al., 2006). De ouder-kind relatie blijkt zeer gevoelig te zijn voor risicofactoren uit diverse levensgebieden, namelijk kind-kenmerken zoals temperament en psychopathologie, opvoederskenmerken zoals verslavingen en jeugdtrauma's bij ouders, gezinskenmerken zoals autoritaire opvoedingsstijl en conflicten en als laatste omgevingskenmerken zoals slechte woonomstandigheden en financiële problemen (van Vries et al., 2005; Groenendaal & Dekovic, 2000). Daarnaast zijn ook opvoedingsfactoren van invloed op de ouder-kind relatie kwaliteit. Binnen multiprobleemgezinnen worden veelal negatieve opvoedingsstrategieën gezien. Concreet betekent dit dat er veelal sprake is van te weinig of juist te veel autoriteit, gebrek aan controle en steun, afwijzing en harde straffen (Bodden & Dekovic, 2010). Bovendien lijken deze factoren ook niet de drie psychologische basisbehoeften uit de ZDT te faciliteren, wat van invloed is op de behandelmotivatie van de adolescent. Zo zal de adolescent zich niet autonoom voelen op het moment dat ouders een autoritaire opvoedingsstijl hanteren omdat zij dan geen eigen keuzes kunnen maken (Baumrind, 1966). Ook zal de adolescent zich niet betrokken voelen bij de ouders op het

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

moment dat het geen steun ervaart van ouders, maar enkel wordt afgewezen door ouders (Putwain et al., 2010). Deze gedragingen van ouders zullen daarnaast ook leiden tot een lager competentiegevoel bij de adolescent (Putwain et al., 2010). Daarmee ontstaat de verwachting dat in de meeste multiprobleemgezinnen sprake is van negatieve opvoedingsstrategieën wat de ouder-kind relatie negatief beïnvloedt. Deze negatieve ouder-kind relatie kan niet de behoeften uit de ZDT voorzien, wat vervolgens zorgt voor een verminderde behandelmotivatie.

Ten tweede wordt gekeken naar de mentor-kind relatie kwaliteit. De inzet van een informele mentor is een effectieve interventie om de ontwikkeling van adolescenten te stimuleren (Dubois et al., 2011). De informele mentor dient voor de adolescent als een vertrouwenspersoon, maar ook als adviseur voor ouders en hulpverlening (Van Dam & Verhulst, 2016). Zeker voor adolescenten die de relatie met hun ouders als moeizaam ervaren, kan de inzet van een informele mentor helpend zijn (Rhodes, 2005). Zo is deze informele mentor een rolmodel voor de adolescent en kan deze de sociale- en emotionele behoeften vervullen op het moment dat dit niet wordt gedaan door ouders (Rhodes et al., 2006; Van Dam, 2019). De zelfgekozen informele mentor is vaak afkomstig uit het netwerk of familie van de adolescent en is vaak iemand waar de adolescent zich prettig en veilig bij voelt (Grinstein-Weiss et al., 2005). Het zelf kiezen van een mentor is in zekere zin een autonome keuze van de adolescent, wat impliceert dat de adolescent zich competent genoeg voelt om de meest geschikte informele mentor te kiezen waarmee hij zich verbonden voelt (Schwartz & van Dam, 2020). Dit wekt de indruk dat het zelfkiezen van een mentor aansluit bij de drie psychologische basisbehoeften uit de ZDT. Doordat deze drie psychologische basisbehoeften worden gefaciliteerd, zal dit een positieve invloed hebben op de behandelmotivatie van adolescenten opgroeiend in een multiprobleemgezin (Schwartz et al., 2013; Spencer et al., 2016). De relatie tussen de mentor en het kind kan worden geoperationaliseerd op basis van drie dimensies: sociale steun, autonomie bevorderend en verbondenheid (van Dam et al., 2017). Ook dit sluit aan bij de drie psychologische basisbehoeften die worden gesteld in de ZDT, waardoor de bovengenoemde verwachting bevestigd wordt.

Als laatste zal worden gekeken naar welke relatie de grootste voorspeller is voor behandelmotivatie. De adolescentiefase wordt gekenmerkt door experimenteergedrag en afzetgedrag van de adolescent richting ouders. Hierdoor ontwikkelen adolescenten een eigen kijk op de wereld en groeien zij in hun volwassenheid (Spee & Reitsma, 2015). Adolescenten zijn opzoek naar belangrijke anderen om hun gedrag en ideeën aan te spiegelen, zodoende

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

ontwikkelen zij een manier om hun leven vorm te geven (Akbarzadeh, 2013). Het is van essentieel belang dat deze adolescenten ergens terecht kunnen met hun denkbeelden. Omdat de ouders in multiprobleemgezinnen veelal minder beschikbaar zijn voor adolescent vanwege hun eigen problematieken, is het fijn dat de adolescent terecht kan bij de informele mentor. De informele mentor biedt een luisterend oor voor de adolescent en kan richting geven aan de denkbeelden en idealen. Hierdoor zal de adolescent zich meer betrokken, gesteund en autonoom voelen door de informele mentor (Deci & Ryan, 2000). Dit komt terug in drie psychologische basisbehoeften uit de ZDT. Hieruit volgt de verwachting dat de mentor-kind relatie meer voorspellend is voor de behandelmotivatie.

Samenvattend, richt deze studie zich op het vergroten van kennis op het gebied van behandelmotivatie in multiprobleemgezinnen. Door te kijken naar twee relaties met belangrijke anderen, namelijk de ouder-kind relatie en de mentor-kind relatie, wordt getracht de mate van behandelmotivatie te voorspellen. De volgende onderzoeksvraag staat daarbij centraal: Zijn de ouder-kind relatie en de mentor-kind relatie voorspellend voor de behandelmotivatie van adolescenten opgroeiend in een multiprobleemgezin, en welke relatie is dan het meest voorspellend? Op basis van de literatuur zijn de volgende hypothesen opgesteld om antwoord te geven op de onderzoeksvraag: 1) Een negatieve ouder-kind relatie is voorspellend voor een verminderde mate van behandelmotivatie 2) Een positieve mentor-kind relatie is voorspellend voor een verhoogde mate van behandelmotivatie. 3) De mentor-kind relatie is meer voorspellend voor de behandelmotivatie dan de ouder-kind relatie.

Methode

Steekproef

Dit onderzoek heeft gebruik gemaakt van de data wat werd verzameld voor het GRIP-onderzoek (Koper et al., 2020). Het betrof een quasi-experimenteel onderzoek naar de effectiviteit van de JIM-aanpak [Jouw Ingebrachte Mentor]. De JIM-aanpak is een nieuwe, veelbelovende vorm van systeemtherapie. Kenmerkend voor deze vorm is dat adolescenten een volwassene uit het eigen netwerk kiezen om te fungeren als informele mentor, dit ter voorkoming van een uithuisplaatsing. De inclusiecriteria voor deelname betrof: 1) Minstens één adolescent van 10 tot 18 jaar. 2) De adolescent is afkomstig uit een multiprobleemgezin, waarin complexe, meervoudige en ernstige problemen spelen. 3) Er is voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Het GRIP-onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Universiteit Utrecht, Universiteit Amsterdam, Stichting JIM en vijf jeugdzorganisaties (Enver, Jeugdformaat, Juzt, Spirit en Youké). De deelnemende organisaties benaderde middels een doelgerichte steekproef de deelnemers. De participanten van het huidige

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

onderzoek betroffen adolescenten die gebruik maakten van een informele mentor en behandeling ontvingen uit de interventiegroep van de eerste meting. Daarnaast hebben deze adolescenten allemaal gerapporteerd over hun relatie met tenminste één moeder en/of één vader. De steekproef voor de huidige studie betrof 49 deelnemers ($M_{leeftijd} = 15.1$, $SD = 1.66$, 54.0% jongens en 46.0% meiden). Van deze adolescenten was 86.0% van Nederlandse afkomst, 2.0% van Surinaamse afkomst, 2,0% van Antilliaanse afkomst en 10.0% had een andere afkomst dan hierboven benoemd. Van de adolescenten had 66,67% gerapporteerd over beide ouders, 28,89% over enkel moeder en 4,45% over enkel vader. Alle deelnemende adolescenten hebben gerapporteerd over hun mentor; 48.0% had een familielid als mentor en 52.0% had een vriend, kennis of andere bekende als mentor. Van de deelnemende adolescenten heeft 2.0% de basisschool als hoogst genoten opleiding, 60.0% het voortgezet onderwijs, 12.0 % MBO niveau en 26.0% een ander niveau als hoogst genoten onderwijs.

Procedure

Middels de vijf deelnemende jeugdzorgorganisaties zijn de participanten geworven. Iedere participant heeft toestemming gegeven voor deelname. Voor participanten jonger dan 16 jaar is ook aan de ouders om toestemming gevraagd voor deelname. Middels informed consent zijn participanten geïnformeerd dat de deelname op vrijwillige basis is en dat informatie anoniem wordt verwerkt, zodat de privacy wordt gewaarborgd. Daarnaast mogen participanten op ieder gewenst moment hun deelname beëindigen. Iedere participant ontvangt een bedankje voor het deelnemen aan een meetmoment. Een bedankje bedraagt een waardebon van €10 per meetmoment. Data voor het onderzoek werd verkregen door het afnemen van zelfrapportage-vragenlijsten. Tijdens het eerste meetmoment ontving iedere deelnemer ondersteuning vanuit een lid van het onderzoeksteam. Ondersteuning werd zoveel mogelijk telefonisch geboden vanwege de corona situatie.

Meetinstrumenten

Huidig onderzoek gebruikte drie meetinstrumenten uit het eerste afnamemoment vanuit de database van het GRIP-onderzoek. Er werd gebruik gemaakt van de concepten '*ouder-kind relatie kwaliteit*', '*mentor-kind relatie kwaliteit*' en '*behandelmotivatie*'

Ouder-kindrelatie kwaliteit. Middels de Psychological Availability and Reliance on Adult (PARA) wordt de kwaliteit van de ouder-kind relatie gemeten. Deze vragenlijst meet de manier waarop de adolescent de relatie met zijn/haar ouder beleeft op basis van drie aspecten: psychologische beschikbaarheid, beroep doen en affectieve band. De PARA vragenlijst voor ouder-kind relatie bestaat uit 16 items. Oorspronkelijk bestond deze uit meer items, maar

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

enkele zijn verwijderd gezien deze niet passend waren voor huidig onderzoek. Aangezien het niet gebruikelijk is om de subschalen uit deze vragenlijst samen te voegen tot een schaal heeft een factoranalyse en een betrouwbaarheidsanalyse plaatsgevonden om de betrouwbaarheid van de samenvoeging te controleren. Deze analyses hebben aangetoond dat de betrouwbaarheid voldoende was om de schalen samen te voegen ($\alpha = .923$). Voor verdere resultaten van deze analyses zie bijlage 1. Antwoorden worden gegeven op een 4-puntsschaal (1 = mee oneens, 2 = een beetje mee oneens, 3 = een beetje mee eens, 4 = mee eens). Voorbeelden uit de vragenlijst zijn: *'Je voelt je het gelukkigst in het bijzijn van jouw vader/moeder'* *'Voor steun en advies ga je naar je vader/moeder'* *'Je mist je vader/moeder wel eens'*. Een hoge score op deze vragenlijst betekent een kwalitatief hoge ouder-kind relatiekwaliteit gezien vanuit de adolescent. De PARA vragenlijst is betrouwbaar en valide (Zegers, 2006).

Mentor-kind relatie kwaliteit. Eveneens vanuit de Psychological Availability and Reliance on Adult (PARA) wordt de kwaliteit van de mentor-kind relatie gemeten. Deze vragenlijst meet de manier waarop de adolescent de relatie met zijn/haar mentor beleeft op basis van drie aspecten: psychologische beschikbaarheid, beroep doen en affectieve band. De PARA vragenlijst voor mentor-kind relatie bestaat uit 17 items. Oorspronkelijk bestond deze uit meer items, maar enkele zijn verwijderd gezien deze niet passend waren voor huidig onderzoek. Aangezien het niet gebruikelijk is om de subschalen uit deze vragenlijst samen te voegen tot een schaal heeft een factoranalyse en een betrouwbaarheidsanalyse plaatsgevonden om de betrouwbaarheid van de samenvoeging te controleren. Deze analyses hebben aangetoond dat de betrouwbaarheid voldoende was om de schalen samen te voegen ($\alpha = .824$). Voor verdere resultaten van deze analyses zie bijlage 1. Antwoorden worden door de adolescent gegeven op een 4-puntsschaal (1 = mee oneens, 2 = een beetje mee oneens, 3 = een beetje mee eens, 4 = mee eens). Voorbeelden uit de vragenlijst zijn: *'Jouw mentor leeft met je mee als hij/zij naar je luistert'* *'Jou mentor let erop als je ergens mee rondloopt'* *'Je praat makkelijk met jouw mentor over gevoelens en gedachten'*. Een hoge score op de vragenlijst betekent een kwalitatief hoge relatiekwaliteit tussen adolescent en mentor gezien vanuit de adolescent. De PARA is betrouwbaar en valide gebleken (Zegers, 2006).

Behandelmotivatie. De behandelmotivatie van een adolescent wordt gemeten middels de Treatment Motivation Scales for Forensic-Outpatient Treatment (TMS-F). Dit is een Nederlandse zelfrapportage-vragenlijst wat motivatie meet. De lijst bestaat uit 85 items. Echter wordt voor dit onderzoek alleen gebruik gemaakt van de subschaal 'Motivatie tot

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

deelname aan behandeling', wat bestaat uit 16 items. Antwoorden worden gegeven middels een 5-puntsschaal (1 = helemaal oneens, 2 = grotendeels oneens, 3 = evenveel eens als oneens, 4 = grotendeels eens, 5 = helemaal eens). Voorbeelden uit de vragenlijst zijn: 'Als ik meerdere weken geen vooruitgang zie, zal mijn inzet voor de behandeling waarschijnlijk afnemen' Mijn motivatie zou achteruit gaan, als ik het door behandeling moeilijker krijg'. Alle schalen in de TMS-F zijn voldoende homogeen en betrouwbaar om de somscores te interpreteren ($\alpha = .907$) (Drieschner & Boomsma, 2008).

Analyses

Aan de hand van het analyse programma SPSS (versie 26) werd de data geanalyseerd. Voorafgaand aan de analyses is getoetst of de vragenlijst PARA middels een factoranalyse samengevoegd kon worden; deze resultaten zijn te vinden in bijlage 1. Daarnaast heeft een betrouwbaarheidsanalyse plaatsgevonden om de factoranalyse te versterken. Deze hebben uitgewezen dat de schalen samengevoegd konden worden. Daarna zijn de beschrijvende statistieken opgevraagd. Tot slot volgde twee afzonderlijke enkelvoudige regressies om te toetsen of de relaties voorspellend zijn voor behandelmotivatie. Gezien de kleine steekproefgrootte is er gekozen om niet controleren op leeftijd of sekse in de regressieanalyses.

Resultaten

Voorafgaand aan het uitvoeren van de analyses is gekeken naar de missende items. De groep adolescenten wat alleen gerapporteerd had over enkel een moeder of enkel een vader, bleken te klein te zijn om mee te nemen in de analyses. Daarom is gekozen om deze groepen handmatig samen te voegen tot de huidige onderzoeksgroep. Daarbij zijn ook de adolescenten gevoegd die hadden gerapporteerd over beide ouders. Vervolgens zijn de beschrijvende statistieken van de mentor-kind relatie, de ouder-kind relatie en de behandelmotivatie opgevraagd. Deze resultaten worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1

Beschrijvende statistieken mentor-kind relatiekwaliteit, ouder-kind relatiekwaliteit en behandelmotivatie.

	<i>N</i>	Minimum	Maximum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mentor-kind	48	2.13	4.25	3.60	0.44
Ouder-kind	47	1.53	4,00	2.93	0.59
Behandelmotivatie	49	1.00	5.00	3.39	0.83

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

Vervolgens werden de assumpties behorend bij de regressieanalyse gecontroleerd. Controle liet zien dat de assumpties van homoscedasticiteit, lineariteit, uitschieters en normaal verdeling niet werden geschonden. Dit betekent dat de regressieanalyses uitgevoerd kunnen worden. Resultaten van de uitgevoerde regressieanalyses worden weergegeven in tabel 2.

Tabel 2

Ongestandaardiseerde Regressiecoëfficiënten (B) en Gestandaardiseerde Regressiecoëfficiënten (β), Verklaarde Variantie (R^2), Toetsingsgrootte, Significantie en Betrouwbaarheidsintervallen van de Regressieanalyses

	<i>B</i>	β	R^2	t	<i>F</i>	Sig.	Confidence Interval *	
							Lower	Upper
Ouder-kind	-.11	.22	.01	-.52	0.28	.603	-.267	.157
Mentor-kind	.49	.25	.07	1.76	3.10	.085	-0.19	.283

* Confidence Interval level 95%

** Significant bij $p \leq .05$

Ouder-kind relatie kwaliteit als voorspeller voor de mate van behandelmotivatie

Uit de regressieanalyse blijkt dat de ouder-kind relatie geen significante voorspeller is voor behandelmotivatie, $F(1,44) = .275$, $p = .603$. De verklaarde variantie voor de ouder-kindrelatie is $R^2 = .01$; wat betekent dat 1% van de variantie in behandelmotivatie wordt verklaard door de ouder-kind relatie. Dit wordt gezien als een kleine effectgrootte.

Mentor-kind relatie kwaliteit als voorspeller voor de mate van behandelmotivatie

De regressieanalyse toont aan dat de mentor-kind relatie kwaliteit geen significante voorspeller is voor behandelmotivatie, $F(1, 45) = 3.104$, $p = .085$. De verklaarde variantie voor de mentor-kind relatie is $R^2 = .07$; wat betekent dat 7% van de variantie in behandelmotivatie wordt verklaard door de mentor-kind relatie. Dit wordt gezien als een medium effectgrootte.

Grootste voorspeller voor de mate van behandelmotivatie

Om een uitspraak te doen over welke relatie de grootste voorspeller is, wordt gekeken naar de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten en de betrouwbaarheidsintervallen. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten laten een klein verschil zien: ouder-kind: $\beta = .22$ en mentor-kind relatie: $\beta = .25$. Op het moment dat er dan wordt gekeken naar de betrouwbaarheidsintervallen van beide relaties: ouder-kind relatie: -.267, .157 en mentor-kind

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

relatie $-.019$, $.283$, wordt gezien dat deze elkaar overlappen. Dit betekent dat de verschillen in de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten niet significant zijn. Daardoor kan er geen conclusie worden getrokken welke van de twee relaties de grootste voorspeller is.

Discussie

In huidig onderzoek is onderzocht of de mate van behandelmotivatie bij adolescenten opgroeiend in een multiprobleemgezin voorspeld kan worden aan de hand van twee relaties met belangrijke anderen, namelijk de ouder-kind relatie en de mentor-kind relatie. Daarnaast is gekeken welke van deze twee relaties dan de grootste voorspeller zou zijn. Huidig onderzoek heeft geen voorspellende waarden gevonden voor zowel de ouder-kind relatie als de mentor-kind relatie. Tevens is in huidig onderzoek niet gevonden welke van deze twee relaties meer voorspellend zou zijn voor behandelmotivatie.

Allereerst werd verwacht dat een negatieve ouder-kind relatie voorspellend is voor een verminderde mate van behandelmotivatie. In huidig onderzoek is deze voorspellende waarde niet gevonden. Dit resultaat komt niet overeen met de literatuur die stelt dat in de meeste multiprobleemgezinnen sprake is van negatieve opvoedingsstrategieën, wat de ouder-kind relatie negatief beïnvloedt (Bodden & Dekovic, 2016). Deze negatieve ouder-kind relatie kan niet de behoeften uit de ZDT faciliteren (Baumrind, 1966; Putwain et al. 2010), wat vervolgens zorgt voor een verminderde behandelmotivatie (Deci & Ryan, 2000). Huidig onderzoek heeft zich enkel gericht op de affectieve band tussen ouder en kind, de psychologische beschikbaarheid van de ouder en de mate waarop het kind een beroep kan doen op de ouder. Hierin zijn dus niet de gezinskenmerken, zoals family empowerment en opvoedcompetentie meegenomen. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat ouders met een leeftijd van 45-54 jaar, laagopgeleide ouders, niet westerse ouders en alleenstaande ouders de meeste problemen ervaren bij de opvoeding van hun adolescent (Snijders, 2006). Voor vervolgonderzoek is het daarom interessant om middels hulpverlening de family empowerment en opvoedcompetenties te vergroten én te controleren op bovengenoemde gezins- en ouderkenmerken wat dan de invloed zou kunnen zijn op de behandelmotivatie.

Ten tweede werd verwacht dat een positieve mentor-kind relatie voorspellend is voor een verhoogde mate van behandelmotivatie. In huidig onderzoek is deze voorspellende waarde niet gevonden. Dit resultaat komt niet overeen met de literatuur waaruit blijkt dat de mentor-kind relatie wel de drie psychologische basisbehoeften uit de ZDT zou faciliteren, wat zou zorgen voor een verhoogde behandelmotivatie (Deci & Ryan, 2000). Het zelf kiezen van een mentor is in zekere zin een autonome keuze van de adolescent, wat impliceert dat de

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

adolescent zich competent genoeg voelt om de meest geschikte mentor te kiezen waarmee hij zich verbonden voelt (Schwartz & van Dam, 2020). Daarnaast kan de mentor-kind relatie worden geoperationaliseerd op basis van drie dimensies: sociale steun, autonomie bevorderend en verbondenheid (van Dam et al., 2017). Deze operationalisatie sluit ook aan bij de drie psychologische basisbehoeften die worden gesteld in de ZDT, wat ook positief zou zijn voor een verhoogde behandelmotivatie (Deci & Ryan, 2000; Schwartz et al., 2013; Spencer et al., 2016; Schwartz & van Dam, 2020). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat tijdens de adolescentiefase vrienden een steeds belangrijkere plek in nemen in het leven van de adolescent. Adolescenten gaan zich spiegelen aan vrienden (Ploegmakers-Burg & Stortelder, 2008). En met name in multiprobleemgezinnen wordt gezien dat de adolescenten steeds meer tijd door brengen met hun vrienden (Gerritsen, 2011). Huidig onderzoek heeft zich enkel gericht op de informele mentor als belangrijke andere naast de ouder-kind relatie. Voor vervolgonderzoek wordt dan ook aangeraden om vrienden als belangrijke andere mee te nemen omdat zij mogelijk een nog belangrijke rol kunnen spelen in het leven van de adolescent.

Als laatste werd verwacht dat de mentor-kind relatie meer voorspellend zou zijn voor de mate van behandelmotivatie dan de ouder-kind relatie. Ook dit is niet teruggevonden in huidig onderzoek. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen dat beide relaties niet genoeg worden betrokken in het behandelproces, waardoor zij beide niet voorspellend genoeg zouden zijn voor de behandelmotivatie (Van der Ploeg & Scholte, 2003). Voor vervolgonderzoek is het dan ook belangrijk dat wordt onderzocht in hoeverre beide worden meegenomen in het behandelproces en wat mogelijk helpend zou kunnen zijn om ze meer te betrekken, zodat door die betrokkenheid meer behandelmotivatie ontstaat bij de adolescent. Mogelijk zou het voor de praktijk helpend kunnen zijn om de hulpverleners te coachen en/of trainen hoe zij de ouders en mentoren meer kunnen betrekken in het behandelproces.

Beperkingen en krachten

Binnen het huidige onderzoek bestaan een aantal beperkingen. Ten eerste is de steekproef klein in vergelijking met eerdere onderzoeken, wat het vinden van een significant resultaat moeilijker maakt (Passmore & Baker, 2005). Een Post-Hoc poweranalyse middels G*power 3.1 (Faul et al., 2007) heeft aangetoond dat huidig onderzoek een power had van 0.47. Dit duidt op een lage power, wat betekent dat de kans om een daadwerkelijk verschil in de onderzoeksgroep te vinden laag is. Dit is nog aangevuld met een a-priori poweranalyse wat heeft uitgewezen dat een steekproefgrootte van tenminste $n = 175$ nodig zou zijn om een klein

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

effect te vinden. De kleine steekproef is mogelijk te verklaren vanuit het feit dat multiprobleemgezinnen moeilijk te behandelen zijn en dat zij vaak uit vallen tijdens de behandeling (Koekkoek & van Hoof, 2006). Hierdoor is het lastig om deze groep te bereiken, waardoor het logischerwijs ook moeilijker is om deze groep te laten deelnemen aan een onderzoek. Om een significant resultaat te vinden in vervolgonderzoek, zou een grotere steekproef dan ook wenselijk zijn.

Ook een beperking in huidig onderzoek zou kunnen zijn dat de behandelmotivatie op enkel één meting is meegenomen. Deze meting was ook nog eens aan de start van de behandeling. Uit onderzoek is gebleken dat behandelmotivatie een proces is wat zich gedurende de tijd ontwikkelt (Prochaska et al., 1984). Veelal zijn jongeren aan de start van de behandeling nog niet zo gemotiveerd om mee te werken omdat het nog nieuw is en zij hieraan moeten wennen (Van Binsbergen, 2003). Hierdoor kan de vraag worden gesteld in hoeverre de behandelmotivatie gemeten kan worden in de eerste weken van een behandeling en of dit representatief genoeg is.

Ondanks bovengenoemde beperkingen heeft het huidige onderzoek ook krachten. De gebruikte meetinstrumenten zijn valide en betrouwbaar. De psychometrische kwaliteiten van de vragenlijsten duiden erop dat zij voldoende betrouwbaar zijn. Bovendien heeft een Cronbach's alpha acceptabele waarden aangetoond. Hierdoor kan er worden gesteld dat de gebruikte meetinstrumenten passend zijn voor huidig onderzoek. Tevens is er tijdens de afnamemomenten ook rekening gehouden met de validiteit van dit onderzoek. Doordat onderzoeksassistenten zich beschikbaar hebben gesteld om tijdens het invullen van de vragenlijsten de vragen van adolescenten te beantwoorden, is de kans groot dat adolescenten geen onduidelijkheden ervaren en alles juist hebben ingevuld.

Ook heeft huidig onderzoek bijgedragen aan het vergroten van de kennis over multiprobleemgezinnen. Het is bekend dat deze doelgroep moeilijk te onderzoeken is, moeilijk te identificeren is en vaak vergeten wordt in wetenschappelijk onderzoek, wat de waarde van dit onderzoek alleen maar vergroot (Bodden & Dekovic, 2006; Bodden & Dekovic, 2016). De kennis die door dit onderzoek is vergroot kan dan ook gebruikt worden voor het ontwikkelen van preventiemiddelen en interventies zodat ook deze groep de hulp ontvangt die zij nodig zullen hebben.

Conclusie

De bevindingen uit het huidige onderzoek impliceren dat zowel de ouder-kind relatie als de mentor-kind relatie niet voorspellend zijn voor behandelmotivatie. Daarnaast heeft het

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

huidige onderzoek ook niet aan kunnen tonen welk van de twee relaties meer voorspellend zou kunnen zijn. Desondanks geeft huidig onderzoek wel aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Vervolgonderzoek is dan ook zeker wenselijk om deze kwetsbare doelgroep de juiste hulp te kunnen bieden die aansluit op hun behoeften.

Referenties

- Akbarzadeh, S. (2013). Investing in mentoring and educational initiatives: The limits of deradicalisation programmes in Australia. *Journal of Muslim Minority Affairs*, 33, 451- 463. doi:10.1080/13602004.2013.866347
- Baartman, H. & Dijkstra, J. (1987). Multi-problem gezinnen, II: de opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 25, 2-20.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907. doi:10.2307/1126611
- Bodden, D. H. M., & Dekovic, M. (2010). Multiprobleemgezinnen ontrafeld. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 49, 259-271.
- Bodden, D., & Dekovic, M. (2016). Multiproblem Families Referred to Youth Mental Health: What's In a Name? *Family Process*, 55 (1), 31-47. DOI: 10.1111/famp.12144
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological wellbeing across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23. doi:10.1037/0708- 5591.49.1
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M., & van der Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115–1137. <https://doi.org.proxy.library.uu.nl/10.1016/j.cpr.2003.09.003>
- Dubois, D. L., & Silverthorn, N. (2005). Natural mentoring relationships and adolescent health: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 95, 518-524. doi:10.2105/AJPH.2003.031476
- DuBois, D. L., & Karcher, M. J. (2005). Youth mentoring: Theory, research, and practice. In D. L. Dubois & M. J. Karcher (Eds.), *Handbook of youth mentoring* (pp. 2–11). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd. <https://doi.org.proxy.library.uu.nl/10.4135/9781412976664.nl>
- DuBois, D.L., Portillo, N., Rhodes, J.E., Silverthorn, N., & Valentine, J.C. (2011). How Effective Are Mentoring Programs for Youth? A Systematic Assessment of the Evidence. *Psychological Science in the Public Interest*, 12 (1), 57-91. <https://doi.org.proxy.library.uu.nl/10.1177/1529100611414806>

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

Gerard, M. J., Krishnakumar, A., & Beuhler, C. (2006). Marital conflict, parent-child relations, and youth maladjustment: A longitudinal investigation of spillover. *Journal of Family Issues*, 27, 951-974.

Goderie, M., & Steketee, M.J. (2003). *Gezinnen in onbalans. Onderzoek naar het bereiken van gezinnen in probleemsituaties*. Verwey-Jonker Instituut.

Grinstein-Weiss, M., Fishman, G. & Eisikovits, Z. (2005). Gender and ethnic differences in formal and informal help seeking among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence* 28, 765- 779. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.01.002>

Groenendaal, H., & Deković, M. (2000). Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*, 20, 1567-7109.

Hermanns, J., Mordang, H & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp thuis. Een alternatief vooruithuisplaatsing*. SWP.

Kann-Weedage, D., Zoon, M., Addink, A., van Boven, J., Berger, M. & de Wilde, E.J. (2017). *Aantal en kosten van multiprobleemgezinnen in Almelo*. Nederlands Jeugdinstituut.

Knot-Dickscheit, J., Tausendfreund, T., & Knorth, E.J. (2011). Intensieve Pedagogische Thuishulp voor multiprobleemgezinnen: een kijkje achter de schermen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50 (11), 497-510.

Koekkoek, B. & van Hoof, F. (2006). *Psychiatrische behandeling van 'multi-problem gezinnen': klinisch of transmuraal?* *Psychopraxis*, jaargang 2006 (2006) 08:128–131. doi: 10.1007/BF03072285

Koper, N., Creemers, H. E., Branje, S., Stams, G. J. J., & van Dam, L. (2020). Effectiveness and working mechanisms of the InConnection approach in multi-problem families: study protocol of a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05553-3>

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

- Passmore, D. L., & Baker, R. M. (2005). Sampling strategies and power analysis. In R. A. , & E. F. Holton, *Research in organizations: Foundations and methods of inquiry* (pp. 45-56). Berrett-Koehler Publishers
- Ploegmakers-Burg, M., & Stortelder, F. (2008). *De adolescentie als reorganisatiefase*. Tijdschrift voor Psychopathologie, 34, 169-185. doi: 10.1007/BF03078419
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Putwain, D. W., Woods, K. A., & Symes, W. (2010). Personal and situational predictors of test anxiety of students in post-compulsory education. *British Journal of Educational Psychology*, 80, 137-160. doi:10.1348/000709909X466082
- Reitz, E., & Dekovic, M. (2006). *De ouder-kind relatie: wie beïnvloedt wie?* Kind en adolescent, 27, 52-61. doi 10.1007/BF03060980
- ryaRhodes, J. E., Spencer, R., Keller, T. E., Liang, B., & Noam, G. (2006). A model for the influence of mentoring relationships on youth development. *Journal of Community Psychology*, 34(6), 691–707. <https://doi.org/10.1002/jcop.20124>
- Rhodes, J. E. (2005). A model of youth mentoring. In D. L. Dubois & M. J. Karcher (Eds.), *Handbook of youth mentoring* (pp. 30–43). Sage.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279–297. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)00072-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00072-7)
- Schwartz, S. E. O., Rhodes, J. E., Spencer, R., & Grossman, J. B. (2013). Youth initiates mentoring: Investigating a new approach to working with vulnerable adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 52, 155-169. doi:10.1007/s10464-013-9585-3
- Schwartz, S. E. O., Rhodes, J. E., Spencer, R., & Grossman, J. B. (2013). Youth initiated mentoring: Investigating a new approach to working with vulnerable adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 52, 155-169. doi:10.1007/s10464-013-9585-3

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

Schwartz, S., & van Dam, L. (2020). Cultivation of Natural Mentors to Strengthen Resiliency in Youth: A Program Theory of Youth Initiated Mentoring (YIM). *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, (29)1. 3-16

Snijders, J. (2006). Ouders en hun behoeften aan opvoedingsondersteuning: factsheet. Utrecht: Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning van NIZW Je

Steketee, M., & Vandenbroucke, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam. Een studie in het kader van klein maar fijn CEPHIR*. https://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/Typologie_multiprobleemgezinnen_Rotterdam.pdf

Spencer, R., Tugenberg, T., Ocean, M., Schwartz, S. E. O., & Rhodes, J. E. (2016). 'Somebody who was on my side': A qualitative examination of youth initiated mentoring. *Youth & Society*, 48(3), 402–424. <http://dx.doi.org/10.1177/0044118X13495053>

Vandenbroucke, M., & Steketee, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleem gezinnen in Rotterdam*. Verwey-Jonker Instituut

Vandenbroucke, M., Braam, H., Pels, T., & Stekee, M. (2008). *Gemeentelijk beleid Marrokaanse Nederlandse Adolescenten*. Verwey-Jonker Instituut.

Van Binsbergen, M. H. (1997). *Motivatietoontwikkeling. Een onderzoek naar motivationele factoren in de startfase van behandeling bij jongeren in orthopedagogische settings*. Universiteit Utrecht: Faculteit Sociale Wetenschappen.

Van Dam, L., Heijmans, L., & Stams G-J. (2019). *Natuurlijk mentorschap in de jeugdhulp*. Universiteit Amsterdam

Van Dam, L., & Verhulst, S. (2016). *De JIM-aanpak. Het alternatief voor uithuisplaatsing van jongeren*. Boom

Van Dam, L., Neels, S., de Winter, M., Branje, S., Wijsbroek, S., Hutschemaekers, G., Dekker, A., Sekreve, A., Zwaanswijk, M., Wissink, I., & Stams, G. J. (2017). Youth initiated mentors: Do they offer an alternative for out-of-home placement in youth care? *The British Journal of Social Work*, 47(6), 1764–1780. doi:10.1093/bjsw/bcx092

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

Van Vries, J. N., Willems, D.L., Isarin, J., & Reinders, J. S. (2005). Samenspel van factoren, inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Yperen, T. A., Booy, Y., & Van der Veldt, M. C. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en Effectiviteit jeugdzorg*. NIZW Jeugd

Bijlage 1.

Er is een factoranalyse van de PARA uitgevoerd om de onderliggende structuur te toetsen. Uit deze analyse blijkt dat de PARA geschikt is om samen te voegen tot één variabele. De analyse is uitgevoerd met één onderliggend component. In totaal werd 53,0% van de variantie in de PARA JIM verklaard door dit ene component. Ook is een factoranalyse uitgevoerd van de PARA MOEDER en de PARA VADER om te kijken of deze samengevoegd kunnen worden tot de schaal PARA OUDERS. In deze schaal werd 33,5% variantie verklaard door een component. Voor de resultaten zie tabel 1 & 2.

Tabel 1. *Factoranalyse Variabele PARA JIM*

Item	Factorlading
1. Jouw JIM leeft met je mee als hij/zij naar je luistert	.63
2. Je voelt je het gelukkigst in het bijzijn van jouw JIM	.66
3. Wanneer je verdrietig bent, reageert jouw JIM daarop	.73
4. Jouw JIM let erop of je ergens mee rondloopt	.08
5. Je laat jou (persoonlijke) gedachten en gevoelens nooit merken aan je JIM	.27
6. Als er iets leuks of iets fijns gebeurt, wil jij dit graag aan jouw JIM vertellen	.72
7. Jouw JIM laat soms spontaan blijken dat hij jou waardeert	.49
8. Het maakt voor jou geen enkel verschil wie jouw JIM is	.07
9. Voor steun en advies ga je naar je JIM	.75
10. Jouw JIM staat voor je klaar wanneer je ergens bezorgd over bent	.40
11. Wanneer je op weekend gaat of wanneer je weet dat je je JIM een paar dagen niet zal zien, wil je altijd even afscheid nemen	.51
12. Jouw JIM kan je goed troosten als je verdrietig bent	.67
13. Je praat makkelijk met jouw JIM over je gedachten en gevoelens	.84
14. Jouw JIM is warm en begripvol	.69
15. Je brengt jouw zorgen bij jouw JIM ter sprake	.77
16. Je houdt jouw JIM op afstand als je bang of verdrietig bent	.23
17. Je mist jouw JIM wel eens	.52

Tabel 2. *Factoranalyse PARA OUDERS*

Item	Factorlading
1. Jouw vader leeft met je mee als ze naar je luistert	.54
2. Je voelt je het gelukkigst in het bij zijn van je vader	.59
3. Wanneer je verdrietig bent, reageert jouw vader daarop	.45
4. Jouw vader let erop of je ergens mee rondloopt	.53
5. Je laat jou (persoonlijke) gedachten en gevoelens nooit merken aan je vader	-.01
6. Als er iets leuks of iets fijns gebeurt, wil jij dit graag aan jouw vader vertellen	.50
7. Jouw vader laat soms spontaan blijken dat hij jou waardeert	.37

Relaties met belangrijke anderen als voorspeller van behandelmotivatie van adolescenten in multiprobleemgezinnen

8. Voor steun en advies ga je naar je vader	.50
9. Jouw vader staat voor je klaar wanneer je ergens bezorgd over bent	.54
10. Wanneer je op weekend gaat of wanneer je weet dat je je vader een paar dagen niet zal zien, wil je altijd even afscheid nemen	.39
11. Jouw vader kan je goed troosten als je verdrietig bent	.49
12. Je praat makkelijk met jouw vader over je gedachten en gevoelens	.30
13. Jouw vader is warm en begripvol	.53
14. Je brengt jouw zorgen bij jouw vader ter sprake	.35
15. Je houdt jouw vader op afstand als je bang of verdrietig bent	.37
16. Je mist jouw vader wel eens	.64
1. Jouw moeder leeft met je mee als ze naar je luistert	.86
2. Je voelt je het gelukkigst in het bij zijn van je moeder	.79
3. Wanneer je verdrietig bent, reageert jouw moeder daarop	.58
4. Jouw moeder let erop of je ergens mee rondloopt	.74
5. Je laat jou (persoonlijke) gedachten en gevoelens nooit merken aan je moeder	.29
6. Als er iets leuks of iets fijns gebeurt, wil jij dit graag aan jouw moeder vertellen	.66
7. Jouw moeder laat soms spontaan blijken dat hij jouw waardeert	.75
8. Voor steun en advies ga je naar je moeder	.78
9. Jouw moeder staat voor je klaar wanneer je ergens bezorgd over bent	.60
10. Wanneer je op weekend gaat of wanneer je weet dat je je moeder een paar dagen niet zal zien, wil je altijd even afscheid nemen	.31
11. Jouw moeder kan je goed troosten als je verdrietig bent	.90
12. Je praat makkelijk met jouw moeder over je gedachten en gevoelens	.72
13. Jouw moeder is warm en begripvol	.79
14. Je brengt jouw zorgen bij jouw moeder ter sprake	.73
15. Je houdt jouw moeder op afstand als je bang of verdrietig bent	.26
16. Je mist jouw moeder wel eens	.51

Bijlage 2. Data verzameling

Voor mijn thesis heb ik data verzameld voor het GRIP-onderzoek. Dit is ook het onderzoek waarvan ik data heb gebruikt voor de analyses in mijn thesis. Ik heb twee verschillende activiteiten uitgevoerd om aan mijn dataverzamelingstaken te komen.

Afname vragenlijsten

Binnen het GRIP-onderzoek wordt aan adolescenten gevraagd om vier maal tijdens hun behandeling een vragenlijst in te vullen. Vanwege de corona maatregelen worden deze vragenlijsten telefonisch afgenomen. Vanuit het GRIP-onderzoek heb ik een simkaart gekregen om te gebruiken. Een dag voor de telefonische afspraak ontving ik van een onderzoeksassistent de gegevens van de deelnemer, zodat ik de deelnemer op kon bellen. Op het moment dat ik ging bellen met een deelnemer maakte ik een praatje, door te vragen hoe het ging met de deelnemer en wat ze hadden gedaan die dag. Daarna vroeg ik de deelnemer de vragenlijst te openen en vroeg ik of ze deze voorgelezen wilde hebben. Veelal wilde ze het gewoon zelfstandig invullen en bleef ik op de achtergrond om te vragen hoe het ging en of ik ze ergens mee kon helpen.

Het afnemen van de vragenlijsten heeft mij geleerd om contact te maken met adolescenten die mij totaal niet kennen, maar wel een beroep op mij kunnen doen als ze me nodig hebben.

Transcriberen

Omdat de vragenlijsten niet voldoende waren om aan mijn uren te komen heb ik interviews getranscribeerd. Het transcriberen van de interviews nam een flinke tijd in beslag, maar daardoor kwam ik wel snel aan mijn uren. Persoonlijk vind ik transcriberen niet de leukste taak, maar niet alle taken hoeven dan ook even leuk te zijn. Ik vind het lastig te zeggen wat ik hier uiteindelijk van heb geleerd. Misschien dat ik wel heb geleerd om voorzichtig om te gaan met gegevens van deelnemers. Ik heb namelijk per ongeluk de transcripten niet beveiligd verzonden, waardoor er een risico was dat deze onderschept zouden kunnen worden. De daarop volgende vragenlijsten heb ik dan natuurlijk wel beveiligd verzonden omdat ik niet de kans wilde lopen dat gevoelige informatie van deelnemers op straat zou komen.