

**Master Kinder- & Jeugdpsychologie
Thesis**

Lange termijn effect van de oplossingsgerichte therapie:

follow-up onderzoek naar de Gezinsdagbehandeling van het RMPI.



Michaja van der Lugt (0363820)

Begeleider: Dr. H. W. van Boxtel

Tweede beoordelaar: Prof. dr. B. Orobio De Castro

Begeleider RMPI: Drs. W.H. Oppenorth

Capaciteitsgroep Ontwikkelingspsychologie

juli 2008



Universiteit Utrecht



As a therapist, clearly we have a duty. First, to achieve clarity in ourselves; and then to look for every sign of clarity in others and to implement them and reinforce them in whatever is sane in them.

– Bateson (1972).

Samenvatting

De oplossingsgerichte therapie is in opmars. In de literatuur zijn dan ook tal van follow-up studies te vinden die de effectiviteit van deze therapie bij verschillende doelgroepen hebben onderzocht. Er is echter in mindere mate onderzoek verricht aangaande de effectiviteit van deze therapie toegespitst op multi-probleem gezinnen. Deze follow-up studie, die gezien kan worden als een uitbreiding van het onderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007) waarin aansluitend aan deelname aan de Gezinsdagbehandeling van het Rotterdams Medisch Psychiatisch Instituut (RMPI) de effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie is onderzocht, probeert daarin verandering te brengen. Dit door de effectiviteit van deze therapie op langere termijn te evalueren.

Eenzeventig participanten (30 kinderen en 41 ouders) die met hun gezin zes weken lang deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling, deden telefonisch dan wel schriftelijk mee aan het onderzoek. In navolging van het effectonderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007) is door afname van gestandaardiseerde vragenlijsten (CBCL, YSR) bij ouders en kinderen ouder dan 11 jaar en evaluatieve vragenlijsten (Invloedscores, 'Ruimte van problemen' en Goal Attainment Scale) onderzocht of, in vergelijking met voor(- en na)metingen, het probleem gedrag van de kinderen, de ervaren invloed van de ouders op het leven en de kind(eren), de ruimte die problemen innemen in de beleving van de ouders en de mate waarin de doelen zijn behaald een (blijvende) toe/afname laten zien. Ook is (met behulp van de GKS- schaalscores) gekeken of het ervaren gezinsklimaat significant verschilt ten opzichte van de voor(- en na)meting.

De afname van de ruimte die problemen innemen in de beleving van de ouders en de toename van de GAS bleken significant te zijn. Dit in overeenstemming met de gevonden resultaten van voorafgaand effectonderzoek (Koopman & Van der Lugt, 2007). Waar Koopman en Van der Lugt (2007) tevens een significante afname van de gedragsproblemen bij de kinderen en een toename van de gerapporteerde invloedscores (leven en kind(eren)) vonden, was er in het huidige onderzoek (met nagenoeg dezelfde verschilcores) geen sprake van significante verschillen. Tenslotte werd er een significante verbetering van het ervaren gezinsklimaat zichtbaar, gemeten op de schalen Cohesie en Organisatie. De toename van de mate waarin gezinsleden hun emoties en gevoelens uitten (*Expressiviteit*) en de afname aan het aantal conflicten (*Conflict*) binnen het gezin werd echter niet significant bevonden.

De gewogen effectgrootte van de behandeling bedroeg $d = .61$, wat gelijk staat aan een gemiddeld effect. Ten opzichte van het behandel-effect gevonden door Koopman en Van der Lugt (2007) aansluitend aan de behandeling ($d = .86$, groot effect), is er een daling van dit effect opgetreden.

Verder kwam naar voren dat het behandel-effect, geoperationaliseerd door middel van de gerapporteerde internaliserende problematiek, de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar en de mate waarin conflicten voorkomen binnen het gezin, significant verschilt tussen de jaren waarin de gezinnen deelnamen aan de behandeling. Bij onderlinge vergelijking van de gerapporteerde scores op de overige variabelen kwamen geen significante verschillen naar voren.

Tenslotte bleek dat het modererende effect van parental self-efficacy, aangetoond in het onderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007), niet (meer) van toepassing is en ook het ervaren gezinsklimaat heeft geen significante invloed op de relatie tussen het behandel-effect en de gedragsproblemen bij de kinderen.

Er zal verder onderzoek gedaan moeten worden om meer duidelijkheid te krijgen over de daadwerkelijke effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie toegespitst op multi-probleem gezinnen. Aanbevelingen daarvoor, met betrekking tot (verdere) professionalisering van het onderzoeksklimaat binnen het RMPI, maar ook het verhogen van de respons en het toevoegen van een controle groep, welke gezien worden als belangrijke tekortkomingen binnen dit onderzoek, worden besproken.

Inhoudsopgave

-	<i>Inleiding</i>	<i>p. 6</i>
	Gezinnen binnen Nederland	p. 6
	Familie/gezinstherapie	p. 10
	Oplossingsgerichte Therapie	p. 14
	De Gezinsdagbehandeling	p. 15
	Doelstellingen onderzoek	p. 18
-	<i>Methoden</i>	<i>p. 20</i>
	Bestaande en nieuwe dataset	p. 20
	Participanten	p. 20
	Werving & Procedure	p. 20
	Instrumenten	p. 21
	Data analyse	p. 26
-	<i>Resultaten</i>	<i>p. 28</i>
	Toetsing hypothese 1	p. 30
	Toetsing hypothese 2	p. 35
	Toetsing hypothese 3	p. 41
	Toetsing hypothese 4	p. 42
-	<i>Discussie</i>	<i>p. 47</i>
	Beperkingen en verdere aanbevelingen	p. 51
-	<i>Literatuurlijst</i>	<i>p. 54</i>
-	<i>Bijlagen:</i>	<i>p. 57</i>
	Social Readjustment Rating Scale	p. 57
	Invloedschalen	p. 58
	Ruimte van problemen	p. 58
	Goal Attainment Scale	p. 58
	GKS-schaalscores	p. 59

Inleiding

Bij hulpverleners staan multi-problem gezinnen bekend als moeilijke en lastige cliënten. Vaak geven ze geen gehoor aan afspraken of komen ze te laat. Ze zien het nut van de hulpverlening niet in, zijn bij verschillende personen onder consultatie, weigeren de behandeling te continueren of stappen geheel uit het hulpverleningscircuit. Vaak staat de hulpverlening dan ook machteloos tegenover deze gezinnen. Maar betekent dit het einde van het verhaal? De groepsbehandeling van multi-problem gezinnen binnen het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI) vormt het uitgangspunt van dit onderzoek. In plaats van de focus te leggen op de problemen die deze 'moeilijke en lastige' cliënten de hulpverlening bezorgen wordt er juist gekeken naar wat er goed gaat, hoeveel gezinnen er daadwerkelijk geholpen worden en hoe men dit heeft weten te bereiken.

Gezinnen binnen Nederland

Wanneer er in onderzoek en/of bij beleidsmaatregelen over gezinnen gesproken wordt, hanteert men de zgn. "brede" gezinsdefinitie, of ook wel regeringsdefinitie genoemd. Volgens deze definitie is een gezin 'een leefsituatie waarin kinderen worden verzorgd en opgevoed'. Verder heeft het gezin de volgende drie onderscheidbare, doch niet te scheiden aspecten: *structuur*, *functie* en *psychologisch klimaat*. De *structuur* van het gezin wordt opgevat als het geheel van door de cultuur genormeerde betrekkingen tussen de leden van het gezin. De *gezinsfunctie* wordt gezien als het aandeel dat het gezin heeft in de vervulling van de eisen tot handelen, door de cultuur aan de samenlevingsleden gesteld. Onder het *psychologisch klimaat* wordt de wijze waarop de gezinsgenoten de door de cultuur genormeerde gezinsbetrekkingen en -activiteiten individueel beleven verstaan (Van Lokven, 2002).

Gezinnen binnen Nederland worden onderscheiden door verschillende vormen van leefsituaties. Zo wordt er enerzijds gesproken over twee-oudergezinnen, bestaande uit gehuwde of ongehuwde ouders, ouders van hetzelfde geslacht, pleegouders en/of adoptieouders en anderzijds eenoudergezinnen, waarin kinderen opgroeien met alleenstaande ouders. Binnen de twee-oudergezinnen vindt er een steeds grotere verschuiving plaats van gehuwde naar ongehuwde paren met kinderen. Ook het aantal eenoudergezinnen is de laatste tijd flink gegroeid. Van de 4 653 652 meerpersoonshuishoudens die wij op dit moment in Nederland tellen, bestaat 70,7% uit een gehuwd paar met één of meerdere kinderen, terwijl dit in 1995 nog 81,2 % was. Ongeveer 18,1% van de kinderen groeit op in een eenoudergezin (4,6% in 1995) en

11,1% is kind van een ongehuwd paar (4,1% 2005) (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007).

Multi-problem gezinnen

In vergelijking met functionele gezinnen is een multi-problem gezin een gezin dat niet alleen veel problemen heeft maar ook veel problemen geeft. Naar schatting kampt 15% van de gezinnen in Nederland met ernstige problemen in de uitvoering van de verzorging en opvoeding van de kinderen. Deze gezinnen zijn relatief oververtegenwoordigd in de onderste sociaal economische laag van onze samenleving. Het gaat om gezinnen die een marginale positie in de samenleving innemen en die vanwege complexe, chronische en met elkaar samenhangende problemen er niet in slagen om hun gezin goed draaiende te houden (Van Lokven, 2002).

In de literatuur is er heel weinig eensgezindheid omtrent de definitie van de term 'multi-problem gezin'. Deze term wordt bovendien frequent gebruikt zonder nader gespecificeerd te worden. Baartman (1987) stelt dat het in de meeste opsommingen van problemen binnen multi-problem gezinnen ontbreekt aan een ordeningsprincipe. Hij is van mening dat de problematiek van het probleemgezin te concentreren is rond de volgende vijf gezinstaken: 1) *Het voeren van een huishouding*: binnen deze dimensie zijn er veelal problemen in de sfeer van gebrek aan regelmaat, aan hygiëne, aan adequate voeding, aan wooncomfort, aan financiële armslag en dergelijke. 2) *Het verwerven en handhaven van een maatschappelijke positie*: een gezin is, systeemtheoretisch gedacht, niet een gesloten systeem maar leeft in een uitwisseling met andere systemen. Op deze dimensie zijn er veelal problemen in de sfeer van informele contacten (binnen de eigen familie, contacten binnen een buurt) én in de sfeer van de formele contacten (met instanties, zoals de school of ambtelijke instellingen). 3) *Het vormgeven van een partnerrelatie*: vaak is er sprake van spanningen tussen de volwassenen onderling, van wisselende en onduidelijke relaties. 4) *Het bevorderen van het (eigen) individueel welzijn*: binnen deze dimensie zijn individuele problemen als depressies, verslavingen, psychosomatische klachten, ontwikkelingsstoornissen en dergelijke te plaatsen. 5) *Het opvoeden van de kinderen*: hierbij valt onder meer te denken aan conflicten tussen ouders en kinderen, niet weten om te gaan met lastig of onwenselijk ervaren gedrag van een kind, verwaarlozing en mishandeling, maar ook aan een gebrek aan afstemming tussen de volwassenen onderling als opvoeders.

Baartman en Dijkstra (1987) voegen hier aan toe dat er een aantal gemeenschappelijke kenmerken aanwezig zijn bij multi-problem gezinnen. Zo is er vaak sprake van een *bindingscomplex* waarbij de gezinsleden sterk en negatief aan elkaar gebonden zijn, zetten leefpatronen uit de gezinnen van herkomst zich voort in de volgende generatie (*de generatiecyclus*) en leven gezinnen jarenlang in een cyclus van oplopende spanning,

ontlading en verzoening etc. (*de crisiscyclus*). Ook *parentificatie*, een gezinsinteractiepatroon waarbij de generatiegrenzen overschreden worden, en de *veelheid aan problemen*; er is sprake van een grote hoeveelheid aan problemen die onderling met elkaar verweven zijn en, zijn veelvoorkomende verschijnselen binnen multi-problem gezinnen.

Gezinsklimaat

Naast de structurele en functionele problemen valt er ook iets te zeggen over het psychologische klimaat binnen multi-problem gezinnen. Volgens Moos en Moos (1984 zoals geciteerd in Glaser, Sayger en Horne, 1993) kan er onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds gezinnen waar een functioneel klimaat aanwezig is en anderzijds (multi-problem) gezinnen met een disfunctioneel klimaat. Deze laatste genoemd worden weer onderverdeeld in a) gezinnen waarin, in vergelijking met functionele gezinnen, meer gedragsproblemen voorkomen, conflicten worden vermeden en waar weinig verbondenheid, expressiviteit en organisatie aanwezig is (*distressed families*) en b) gezinnen waarin weinig support, vrijheid voor het uiten van wensen en behoeften en vaak geen positieve basis voor interacties aanwezig is (*abusive families*). Tevens laten de leden van deze gezinnen meer agressie en boosheid zien, hebben vaak een rigide manier van regels maken en structurering van familie activiteiten en zijn onafhankelijker dan gezinsleden in gezinnen waar geen misbruik plaatsvindt (Glaser et al., 1993).

De wijze waarop gezinsgenoten de gezinsbetrekkingen en -activiteiten beleven is een grote uitdaging voor hulpverleners en onderzoekers aangezien de afhankelijkheid tussen gezinssystemen en de gezinsleden onderling niet alleen van grote invloed is op enkel de volwassen gezinsgenoten maar ook zijn stempel drukt op de persoonlijke groei en ontwikkeling van de kinderen (Moos & Moos, 1984 zoals geciteerd in Glaser et al., 1993), wat tot uitdrukking komt in de vroege ontstaansgeschiedenis en relatieve stabiliteit van verschillende typen gedragsproblemen (George et al., 2006).

Zo kwam uit een onderzoek van Halpern (2004) naar voren dat kinderen uit gezinnen gekenmerkt door een tekort aan verbondenheid en expressiviteit van emoties vaker (internaliserende en externaliserende) problematiek lieten zien dan kinderen uit gezinnen waar dit niet het geval was. Daarnaast bleek dat voornamelijk een tekort aan verbondenheid een specifieke toename van externaliserende problematiek tot gevolg had. De onderzoeker concludeerde hieruit dat kinderen die in mindere mate de mogelijkheid krijgen om te leren hoe met negatieve emoties om te gaan, het vertonen van problematisch gedrag vaak als enige optie hebben om met deze emoties om te gaan. Omdat ze tevens niet leren hoe om te gaan met positieve emoties, ontwikkelen ze naast de genoemde problematiek, minder sterke gevoelens van veiligheid en zelfverzekerdheid.

Tenslotte werd een tekort aan onderlinge verbondenheid gezien als een negatieve invloed die samenhangt met de wijze waarop ouders reageren en aanvoelen wat hun kind met gedragsprobleem nodig heeft. Des te zwakker de onderlinge verbondenheid, des te slechter de manier waarop ouders het gedrag van hun kind konden managen.

George, Henman en Ostrader (2006) gaan nog een stapje verder. Zij concludeerden dat bepaalde clusters van symptomen van psychopathologie (depressie, ADHD en /of gedragsstoornissen) op een unieke manier geassocieerd kunnen worden met een specifiek gezinsklimaat. Binnen elk van de gezinnen waar deze symptomen voorkwamen was er sprake van isolering van gezinsleden, maladaptieve communicatiepatronen, een vermindering van onderlinge verbondenheid en het streven naar culturele en intellectuele ontwikkeling in vergelijking met gezinnen waar deze problemen niet speelden. Daarnaast werd er een verhoogde aanwezigheid van conflicten aangetoond.

Depressieve symptomen werden daarnaast specifiek gerelateerd aan gezinnen gekenmerkt door een zeer hoog niveau van controle en de afwezigheid van expressiviteit van emoties, onafhankelijkheid en gezinsactiviteiten. Gezinnen waarbinnen veelvuldig agressie en conflicten plaatsvonden werden geassocieerd met ADHD en/of symptomen van een gedragsstoornis. Ook kwam naar voren dat er binnen deze gezinnen in mindere mate sprake was van onderlinge verbondenheid, er minder gezinsactiviteiten werden ondernomen en er vaker interactiepatronen plaatsvonden waarbij dwang werd toegepast. Rutter (1990, p. 400, zoals geciteerd in Halpern, 2004) benadrukt tenslotte dat er niet volstaan kan worden met enkel het zoeken naar risicofactoren die betrokken zijn bij de ontwikkeling en instandhouding van psychopathologie bij kinderen. 'De ontwikkeling hangt af van de interactie tussen kindkarakteristieken en de sociale (leer)omgeving. Het is dan ook noodzakelijk om te erkennen dat risicofactoren juist een reflectie zijn van een mechanisme of proces dat het kind doormaakt. Dit mechanisme/proces is hetgeen dat verantwoordelijk is voor een toe- of afname van het risico dat het kind loopt op de ontwikkeling van een bepaalde vorm van psychopathologie'.

De ernst en complexiteit van de problemen waarmee multi-probleem gezinnen te kampen hebben maakt het noodzakelijk om een interventiemethode in te zetten waarbij het gehele gezin onder handen genomen wordt. Familie/gezinstherapie, met als doel het gezin in staat te stellen om zelfstandig problemen op te lossen en de balans van geven en nemen in de relatie tussen kinderen en hun ouder(s)/verzorger(s) te herstellen, is dan ook de meest voor de handliggende interventiemethode voor deze gezinnen (Riehl-Emde & Reigh, 2001).

Familie/gezinstherapie

Familie/gezinstherapie is de overkoepelende term voor alle methodieken en strategieën die gebruikt worden in de begeleiding en behandeling van gezinnen met allerlei psychosociale moeilijkheden. De psychodynamische, systeemtherapeutische en gedragstherapeutische benadering zijn de drie belangrijkste zelfstandige stromingen die binnen dit veld worden onderscheiden (Riehl-Emde & Reigh, 2001).

De psychodynamische benadering is ontstaan vanuit Freudiaanse principes, waarbij de 'dynamic focus' centraal staat. Deze focus wordt gezien als het kernprobleem van de cliënt welke het voornaamste symptoom (zoals bijvoorbeeld een intrapsychisch conflict, een hardnekkig interpersoonlijk conflict, maladaptieve copingstrategieën en overtuigingen) omsluit. Vanuit de klassieke psychoanalytische invalshoek wordt er voornamelijk gewerkt met een één-mans psychologisch model waarin de problematiek rondom één persoon centraal staat. Faribaim en Sullivan (1996, zoals geciteerd in Nichols, 2001) gaan daarentegen uit van een aanpak waarbij interactieprocessen tussen meerdere personen binnen het gezin het startpunt zijn van de behandeling. Tevens stellen zij dat er rekening gehouden moet worden met mogelijke beïnvloeding vanuit de sociale omgeving. Zo houden zij de interactie tussen een persoon en omgeving verantwoordelijk voor persoonlijke ontwikkeling en het ontstaan van psychopathologie (Nichols, 2001). Door de functionaliteit van de maladaptieve coping en pathologische interactiepatronen binnen het gezin vast te stellen en te benoemen kan het veranderingsproces in gang gezet worden. Hierbij vormen het benadrukken van de therapeutische relatie (transference), interpersoonlijke interacties en herkenning van patronen of thema's binnen het gezinsfunctioneren een belangrijk mechanisme (Riehl-Emde & Reich, 2001).

Begin jaren vijftig werd in de Verenigde Staten de *systeemtherapeutische benadering* ontwikkeld. De door Bertalanffy in 1968 opgestelde 'general systems theory' welke een systeem definieert als een complexe interactie tussen verschillende levende en/of niet-levende (onder) delen, ligt hieraan ten grondslag. Binnen deze benadering staat het gezin in zijn geheel centraal en wordt aangemerkt als een systeem met meerdere subsystemen waarbinnen verschillende systeemkarakteristieken worden onderscheiden: verandering in een deel van het systeem heeft onvermijdelijke gevolgen voor de rest van het systeem, homeostatische mechanismen blijven voortbestaan door middel van feed-back, een algehele neiging tot stabiliteit en de aanwezigheid van impliciete en expliciete regels die het systeem besturen. Verstoring van een van de systeemkarakteristieken kan leiden tot een vicieuze cirkel van disfunctionele transactionele gezinspatronen (Besharat, 2003). De systeemtherapeut wordt dan ook ingezet om te ontrafelen welk mechanisme (rigide grenzen, onduidelijke hiërarchieën,

foutieve interactiepatronen en overtuigingen) deze gezinspatronen in stand houden. Door deze te doorbreken kan de vicieuze cirkel stopgezet worden en het systeem als geheel hersteld worden (Riehl-Emde & Reich, 2001).

De gedragstherapeutische benadering vindt zijn oorsprong in de 'social learning theory' die stelt dat al het menselijk gedrag wordt aangeleerd en gevormd door middel van observationeel leren (modelling) en klassieke en/of operante conditionering. Volgens Thibaut en Kelley (1959, zoals geciteerd in Besharat, 2003), vloeit uit deze theorie voort dat relaties die mensen met elkaar aangaan worden beïnvloed door het verschil in beloning en kosten voor elk van de deelnemers, daar allen streven naar maximale beloning en minimalisering van de kosten. Sociaal gedrag zal dus alleen vertoond worden wanneer het wordt beloond. Wanneer beloningen echter uitblijven en de deelnemers misdeeldheid en onvoldoende controle in het onderlinge contact gaan ervaren kunnen relaties binnen gezinnen scheef gaan groeien (Besharat, 2003). Gedragstherapeuten leggen dan ook binnen de behandeling de focus op het wijzigen van bestaande, zichtbare gedragspatronen, in tegenstelling tot de systeemtherapeutische benaderingen die verandering van het hele gezin (systeem) tot doel heeft. Observaties en leerprincipes worden hierbij ingezet om antecedenten en consequenties op te sporen en gezinsleden te leren hoe zij door middel van beloning en straf gewenst gedrag kunnen versterken en ongewenst gedrag kunnen afzwakken (Riehl-Emde & Reich, 2001).

In de moderne gezinstherapie wint steeds meer de overtuiging veld dat deze een hoog gehalte van eclecticisme dient te bevatten. De concepten van verschillende stromingen dienen gecombineerd te worden, door bijvoorbeeld niet alleen de huidige structuur en manier van praten in kaart te brengen maar ook naar de intergenerationele kant te kijken.

Bovendien blijkt dat het vaak van belang is om gebruik te maken van verschillende naast elkaar bestaande 'individuele' technieken waarbij het accent ligt op de aangemelde cliënt, een ander gezinslid of het gehele gezin (Prins & Bosch, 1998). Op dit moment zijn

Ondersteuning en behandeling

Een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT), ookwel *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)* richt zich op gezinnen met kinderen van willekeurige leeftijd die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Bij de gezinnen die in aanmerking komen voor deze behandeling speelt gezins- en opvoedingsproblematiek en er is sprake van ernstige problemen bij andere gezinstaken als het huishouden of het maatschappelijk functioneren. Het doel van IPT is dan ook tweeledig: Het zodanig verbeteren van het gezinsklimaat dat het kind er veilig kan opgroeien en zich kan ontwikkelen en het aanleren van vaardigheden die gezinsleden nodig hebben om gebruik te kunnen maken van hun sociale netwerk (Veerman, Janssens & Delicat, 2004).

er binnen de Nederlandse gezondheidszorg tal van *ondersteunings-, behandel-, preventie- en sanctieprogramma's* aanwezig die op deze manier zijn ingericht.

Sancties

Families First is een vorm van hulpverlening aan gezinnen die in een crisissituatie verkeren, en waarbij één of meer kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar uit huis geplaatst dreigen te worden. Het doel van *Families First* is om het gezin bij elkaar te houden. Om uithuisplaatsing te voorkomen wil *Families First* ervoor zorgen dat de veiligheid van de kinderen in het gezin gewaarborgd is (Kemper, 2004).

Daaronder vallen bijvoorbeeld een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (ondersteunings- behandelprogramma), Triple P (preventieprogramma) en *Families First* (sanctieprogramma). Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), ookwel experticeentrum over jeugd en opvoeding, doet

onderzoek naar de effectiviteit van deze (jeugd)interventies. Effectieve, deels effectieve, positief en/of negatief effectieve interventies worden hierbij onderscheiden. Ook is het mogelijk dat de effectiviteit niet is aangetoond of als onduidelijk/onbekend wordt aangetekend.

Oplossingsgerichte methodiek

Binnen de hierboven beschreven therapeutische stromingen wordt veelal gewerkt vanuit een probleemgerichte methode, waarbij de nadruk wordt gelegd op het zoeken naar verklaringen van problemen. Diepgaande exploratie van de levensgeschiedenis van de cliënt en zijn familie, probleemomschrijving en -analyse, door de therapeut gestelde diagnoses, doelen en behandelplannen, uitvoering van interventies bij de cliënt en evaluatie van de behandeling worden hierbij ingezet. De therapeut denkt vanuit een leidinggevende visie: hij is de expert die de cliënt adviseert. Het hebben van inzicht en een goede verklaring over oorzaak en aard van problemen heeft echter niet vanzelfsprekend tot resultaat dat de therapie ook geslaagd is en er verandering in

de problemen is opgetreden (Bannink, 2007). *'Stel, je hebt honger en besluit naar een restaurant te gaan. Na een tijdje gewacht te hebben komt de manager van het restaurant langs. Hij introduceert zichzelf en begint je een aantal vragen aangaande je honger te stellen: 'Hoe hongerig ben je op dit moment? Hoe lang loop je al rond met dit gevoel? Was je vroeger ook hongerig? Welke rol speelde honger binnen je gezin? Welke voor- en nadelen heeft honger voor jou?' Hierna vraag je, nog hongeriger dan dat je aankwam, of je nou eindelijk iets te eten kan krijgen. In plaats daarvan wil de manager dat je verschillende vragenlijsten invult over je honger (en andere zaken die de manager belangrijk acht). Nadat alles is ingevuld wordt er een maaltijd geserveerd die je niet had besteld, maar waarvan de manager claimt dat hij goed voor je is en werkzaam gebleken*

Preventie

De Nederlandse variant van het Australische Positive Parenting Program, *Triple P*, is bedoeld voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Het algemene doel van *Triple P* is de preventie van (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap en zelfvertrouwen van ouders. *Triple P* beoogt het volgende: Competenter opvoedingsgedrag bij het omgaan met gedrags- en faseproblemen, minder gebruik van dwingende en negatieve disciplinevormen, betere communicatie over opvoedingskwesaties tussen ouders onderling en tussen ouders en kind en minder opvoedingsstress (Sanders en Mc Farland, 2000).

bij andere hongerige mensen. Hoe groot is de kans dat je het restaurant verlaat met een onbevredigd gevoel?’ (Bannink, 2007, p. 87).

Er vindt binnen Nederland dan ook steeds meer een verschuiving plaats van langdurige naar kortdurende interventiemethoden, van genezen naar voorkomen, van geestelijke ongezond naar geestelijk gezond en van probleemgericht naar oplossingsgericht. Seligman, de grondlegger van de positieve psychologie (*positive psychology*) introduceerde de term ‘aangeleerde optimisme’ (Seligman, 2002 zoals geciteerd in Bannink, 2007). De positieve psychologie benadrukt de sterke punten van de cliënt en de assumptie dat een gevoel van welbehagen niet het resultaat is van de aanwezigheid van de juiste genen of louter geluk, maar van het identificeren en het gebruik maken van de sterke punten die de cliënt reeds bezit, zoals vriendelijkheid, originaliteit, humor, optimisme en openhartigheid. Erickson voegt daaraan toe dat de mens in zijn opinie over een reservoir van wijsheid beschikt. Het is alleen de kunst om deze krachten aan te boren (Bannink, 2007). Vanuit het oogpunt van de oplossingsgerichte methodiek is de cliënt dan ook de expert en houdt men zich bezig met competenties in plaats van tekorten, met mogelijkheden in plaats van beperkingen en met kracht in plaats van zwakte.

Aangezien het volgens deze visie veelal onnodig is om erg veel te weten te komen over de klachten en problemen voordat deze opgelost kunnen worden is deze methodiek niet geïnteresseerd in psychopathologie of mogelijke oorzaken/verklaringen voor deze klachten en problemen. Interessanter is te weten wat cliënten al gedaan hebben aan het probleem en dan vooral wat ook (positief) gewerkt heeft (O’ Hanlon & Weiner- Davis, 1989). Er wordt dan ook uit gegaan van drie regels: a) Als het niet stuk is hoeft het niet gemaakt te worden, b) als je weet wat er werkt, blijf dit dan doen en c) als iets niet werkt, doe het dan niet meer maar zoek naar iets anders (dat wel werkt) (Carpenter, 1997).

Problemen veronderstellen dat het leven van de cliënt statisch is geworden en worden dan ook gezien als niets anders dan goed bedoelde, niet-succesvolle pogingen om alledaagse moeilijkheden op te lossen in plaats van als symptomen die een bepaalde functie vervullen (O’ Hanlon & Weiner- Davis, 1989). Verkeerde manieren van omgaan met moeilijkheden kunnen te maken hebben met het niet doen van iets wat gedaan had moeten worden (probleemontkenning) of juist, vanuit het streven naar utopische oplossingen, het doen van iets wat niet gedaan had moeten worden. Daarbij zijn mensen gewoontedieren. Gewoontevorming heeft als functie om de illusie van stabiliteit in een steeds veranderende wereld in stand te houden. Niet werkzame oplossingen worden steeds maar herhaald (*self - reinforcing patterns of action and thought*) en leiden zo tot steeds grotere problemen (McKeel, 2003).

Oplossingsgerichte Therapie

De kortdurende oplossingsgerichte therapie (*Solution-Focused Brief Therapy*) werd gedurende de jaren '80 ontwikkeld door Shazer en Berg. Zij bouwden voort op de bevindingen van Watzlawick, Weakland en Fisch (1974) welke aannamen dat de gepoogde oplossing, in plaats van het probleem op te lossen, deze vaak vastlegt en dat een scherp beeld aangaande de etiologie van het probleem niet (altijd) noodzakelijk is. Ook Erickson was een belangrijke pionier binnen de ontwikkeling van de oplossingsgerichte therapie. Hij was de eerste die therapie startte vanuit het doel dat de cliënt uiteindelijk wil behalen. Daarnaast legde Erickson de nadruk op de competenties van de cliënt en vond hij het noodzakelijk om samen met de cliënt op zoek te gaan naar mogelijkheden om zelfstandig zaken in werking te stellen (en dingen te veranderen), in plaats van de therapie aan te passen aan een diagnostische classificatie (Rossi, 1980 zoals geciteerd in Bannink, 2007). O' Hanlon en Weiner-Davis (1989) bespreken verder nog een aantal andere uitgangspunten waarin de oplossingsgerichte therapie verschilt van hedendaagse therapieën. Zo definieert de cliënt binnen de oplossingsgerichte therapie zelf het behandelgoal en is er ruimte om op verschillende manieren naar dingen te kijken; verschillende oogpunten en beschrijvingen van feiten kunnen even 'waar' zijn. Tevens gaan zij er vanuit dat er volstaan kan worden met kleine veranderingen (een verandering in een deel van het systeem kan veranderingen in een ander deel van het systeem tot stand brengen), dat deze veranderingen blijvend zijn en dat de rol van de therapeut het identificeren en versterken van deze verandering is. Tenslotte wordt weerstand gezien als een onbruikbaar begrip; samenwerking tussen cliënt en hulpverlener is onvermijdelijk.

Gespreksvaardigheden

Shazer en Berg (1985) ontdekten dat het stellen van drie specifieke typen vragen gedurende de behandeling resulteerde in gesprekken met cliënten waarbij vaker werd gesproken over oplossing, middel en verandering. Deze vragen werden omschreven als: 1) vragen waarin cliënten moeten nadenken over het teweegbrengen van een oplossing (Wat zou je in plaats van het probleem willen? Wat is beter?) 2) gedetailleerde vragen (Hoe doe je dat precies? Wat heb je daarin anders gedaan? Hoe zag dat eruit?) en 3) het geven van verbale beloningen door te complimenteren en het stellen van competentie verhogende vragen (Hoe ben je op die geweldige oplossing gekomen? Wat deed je nou anders?) (Bannink, 2007). Hier kwam uit voort dat er meer aandacht werd besteed aan de gespreksvaardigheden van de therapeut. De Jong en Berg (2001) benoemen in hun boek 'De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie' de houding van het niet weten als belangrijkste vaardigheid. Zij stellen dat de hulpverlener, gebruikmakend van zijn eigen expert-referentiekader, nooit van te voren

de betekenis van de ervaringen en acties van de cliënt weet. De hulpverlener moet in plaats daarvan juist afgaan op de visies en verklaringen van de cliënt. Om dit te bereiken zal de hulpverlener gebruik moeten maken van basiscommunicatietechnieken, waaronder enkele specifiek en enkele niet specifiek voor het oplossingsgericht werken zijn: a) luisteren met oplossingsgerichte oren (verhaal van cliënt horen zonder dat de hulpverlener het door zijn eigen referentiekader filtert), b) door middel van non-verbaal gedrag laten zien dat er aandachtig wordt geluisterd, c) echoën van sleutelwoorden van de cliënt, d) het stellen van open vragen e) het samenvatten van gedachten, acties en gevoelens, f) parafraseren, g) gebruik maken van stiltes, h) opmerken van non-verbaal gedrag van de cliënt, i) zelfonthulling (hulpverlener vertelt wat hij ziet, denkt of voelt), j) proces van opmerken (het proces dat cliënt en hulpverlener doormaken opmerken en, gebaseerd op wat het beste is voor de cliënt, besluiten wat op een bepaald moment gepast is), k) complimenteren van persoonlijke kwaliteiten (krachten) en eerdere successen (ervaringen), l) bevestigen van de percepties van de cliënt, m) empathisch vermogen (gevoelig zijn voor de gevoelens van de cliënt, de betekenis van deze gevoelens en op een passende manier reageren), n) focus terugbrengen naar de cliënt en o) het bevorderen van oplossingsgericht praten (De Jong & Berg, 2001).

McKeel (1996) concludeerde in zijn grootschalige review dat wanneer bovenstaande communicatievaardigheden/technieken op de juiste wijze werden toegepast dit resulteerde in significant meer positieve behandeluitkomsten. Hij waarschuwde echter tevens dat een te grote focus op deze vaardigheden/technieken ten koste kan gaan van een andere sleutel tot succes: namelijk de cliënt-hulpverlener relatie. Hij stelt dat de oplossingsgerichte therapie alleen succesvol kan zijn wanneer deze oplossings- én cliëntgeoriënteerd is. Odell, Butler en Dielman (1997 zoals geciteerd in McKeel, 2003), kwamen tot één en dezelfde conclusie. Wanneer de vaardigheden/technieken op de juiste wijze werden toegepast, maar de cliënt voelde zich niet begrepen of gehoord door de hulpverlener, verliet hij vroegtijdig de behandeling.

De Gezinsdagbehandeling

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

De gezinnen komen met een duidelijke doelstelling: verandering in hun gezin en leefomstandigheden, welke het uitgangspunt vormt tijdens de behandeling. Door samen met de gezinsleden te zoeken naar de bestaande krachten en mogelijkheden, wordt elke

dag opnieuw gekeken hoe deze verandering op gang gebracht en gehouden kan worden.

Gezinsbehandelaars proberen zo al puzzelend te bewerkstelligen dat ouders eigen

mogelijkheid

en

ontdekken

en invloed

op hun

eigen leven

en op het

gedrag van

hun

kinderen

gaan

ervaren

(machteloos
heid

doorbreken)

, vast

zittende

patronen

gaan

herkennen,

er last van

krijgen en

er vanaf

willen

(hulpvraag
genereren)

en hun

De Gezinsdagbehandeling

Van aanmelding tot afronding

In de meeste gevallen worden gezinnen, vanuit een vrijwillig of een gedwongen kader, via een verwijzer aangemeld bij de Gezinsdagbehandeling, waarna zij uitgenodigd worden voor de (*groeps*)intake. Tijdens deze intake wordt onderzocht of het gezin in aanmerking komt voor de Gezinsdagbehandeling of dat er een andere behandelvorm geïndiceerd moet worden. Door het stellen van de wondervraag (*Stel, vannacht terwijl jullie allemaal slapen gebeurt er, zonder dat jullie het weten, een wonder waardoor alle problemen zijn opgelost Wat is het eerste waaraan je, als je morgenochtend wakker wordt, merkt dat het wonder heeft plaatsgevonden?*) en het uitvragen van uitzonderingen (wat en wanneer het goed gaat) proberen de behandelaars uit te zoeken of er een hulpvraag aanwezig is, wat deze inhoudt en waar de krachten/mogelijkheden van het gezin liggen.

Wanneer het gezin (met grote waarschijnlijkheid) in aanmerking komt voor de dagbehandeling wordt er een afspraak gemaakt voor een *huisbezoek*. Het huisbezoek heeft enerzijds als doel het starten van de werkrelatie vanuit een veilige omgeving en anderzijds het vergaren van informatie over de rollen en patronen binnen het gezin. Ook wordt de hulpvraag verduidelijkt en wordt er informatie verschaft over het reilen en zeilen binnen de Gezinsdagbehandeling.

Tenslotte wordt het gezin uitgenodigd voor de contractbespreking.

Tijdens de *contractbespreking* formuleren de ouders samen met de behandelaars hun behandelingsdoelen (veranderingswensen in concrete, haalbare en positieve termen). Deze opsomming van werkpunten wordt voorgelegd aan de behandelend psychiater, welke deze, waar nodig, aanscherpt en verduidelijkt. Bij overeenstemming met het gezin vormen deze werkpunten de uitgangspunten van het behandelcontract.

Na drie weken wordt, aan de hand van dit behandelcontract, de behandeling geëvalueerd met ouders, behandelaars en verwijzende instanties. Tijdens deze *tussenevaluatie* wordt er even pas op de plaats gemaakt. Wat gaat er goed, waar zijn mogelijk verdere aanpassingen nodig en waar moet nog meer de nadruk op komen te liggen zijn vragen die hierbij aan bod komen. Tenslotte vindt er, afsluitend aan de behandeling, wederom een evaluerend gesprek plaats. Deze *eindevaluatie* heeft als doelstelling het bespreken van de behandelresultaten door middel van het evaluatierapport, geschreven door de behandelaars. Tevens wordt er geïnventariseerd wat de gezinnen denken nodig te hebben om hun vorderingen vast te houden (verdere ambulante/residentiële zorg).

verantwoordelijkheid als ouder kunnen gaan zien en gaan nemen, en van daaruit

besluiten nemen die in het belang zijn van hun kind(eren). Tevens wordt er getracht

ouders meer visies/kanten te laten zien naast hun eigen destructieve verhaal en van

daaruit ruimte te maken om dingen anders te gaan zien en te gaan doen waardoor zij

invloed gaan ervaren en keuzen gaan maken die positieve veranderingen in hun gezin

kunnen bewerkstelligen. Tenslotte wordt bewerkstelligd dat ouders zelf alle puzzelstukjes

rondom het oplossen van de problemen helder krijgen (wat de grenzen zijn van wat

mogelijk is, wat er nog moet gebeuren en welke hulp zij hierbij nodig hebben). Het

gewone, alledaagse staat bij dit puzzelen centraal, uitgaande van het idee dat een

gecompliceerd probleem niet altijd een gecompliceerde oplossing vereist. Het accent ligt tevens op de toekomst. De ervaring leert dat 'vooruitkijken' goed aansluit bij de gezinnen. Achteruitkijken, het verleden, heeft in hun beleving veelal niets opgeleverd, waardoor mensen zich onmachtiger zijn gaan voelen (Van de Berg-Paling, 2007).

Special ingredients

Het behandelteam binnen de Gezinsdagbehandeling bestaat uit een beleidspychiater, welke één maal per week op de groep aanwezig is voor vragen en het bespreken van de gemaakte vorderingen, en twee gezinsbehandelaars, die gedurende de gehele behandeling verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het programma. Dit *duowerken* heeft als doel beveiliging tegen de sterke invloed van machteloosheid, geeft ruimte om met afstand en nabijheid te spelen en de mogelijkheid altijd verschillende kanten/visies naast elkaar te laten bestaan. Tevens fungeren de behandelaars als rolmodel, zij stralen uit dat zij elkaar respecteren, het samen leuk hebben, echt zijn in hun communicatie, gewone mensen zijn met eigen kwaliteiten en valkuilen en dat tenslotte grenzen bewaakt worden en alles gezegd mag worden (Van de Berg-Paling, 2007).

Een ander belangrijk ingrediënt van de dagbehandeling is het *reflectingteam*. De gezinsbehandelaars maken hierbij een videotape waarop zij met elkaar de afgelopen week doorspreken. Datgene wat zich afspeelt tussen gezinsleden, tussen gezinnen onderling en tussen gezinnen en gezinsbehandelaars komt hierbij aan bod om op deze manier ouders bewust te maken van processen en patronen die zich afspelen. Naderhand kijken ouders, samen met de beleidspychiater, deze tape terug en bespreken onderling wat zij gezien hebben.

Naast het duowerken en het reflectingteam wordt er gebruik gemaakt van de *flowchart*, ookwel een schematische representatie van het behandelproces, waaraan de opbouw van het behandelprogramma (*fasering*) gekoppeld is. Er wordt gestart vanuit de vraag of er een hulpvraag aanwezig is. Gezinsleden worden gezien als voorbijgangers. Behandelaars hebben in de eerste fase als doel het referentiekader te leren kennen om zo goed mogelijk mee te kunnen puzzelen naar krachten/mogelijkheden. Wanneer er sprake is van een hulpvraag wordt er samen met de gezinsleden gekeken of deze ook haalbaar (probleem/beperking) en werkbaar is (fase 2). Door druk op het proces te houden proberen behandelaars samen met de gezinsleden overeenstemming te krijgen over wat de klus is waar zij voor staan (fase 3). Vanuit een haalbare en werkbare hulpvraag wordt er onderzocht of er hulpbronnen bereikbaar zijn in een hoedanigheid dat deze de rol van co-therapeut op zich zouden kunnen nemen. Fase 4 begint met de tussenevaluatie, waarin de balans opgemaakt wordt: wat hebben ouders gekocht en wat is er nog nodig om het gekochte te behouden. De afsluitende fase van het behandelprogramma (fase 5)

heeft als doelstelling verankering van datgene wat ouders gekocht hebben en het maken van een vervolg kader om het gekochte daadwerkelijk vast te houden (Van de Berg-Paling, 2007).

Doelstellingen onderzoek

In de literatuur zijn er tal van (follow-up) studies te vinden waarbij de effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie is onderzocht bij verschillende doelgroepen. Zo deden Cruz en Littrell (1998) onderzoek naar kortdurende counseling bij Amerikaanse studenten, Gostautas, Cepukiene, Pakrosnis en Fleming (2003) onderzochten de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie bij adolescenten binnen pleegezinnen en gezondheidsinstellingen, Brown en Dillenburg (2004) evalueerden de effectiviteit van oplossingsgerichte interventies bij families met kinderen met gedragsproblemen en de Shazer en Isebaert (2005) deden onderzoek naar de werkzaamheid van de oplossingsgerichte methodiek bij alcoholisten.

Het onderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007) waarin de effectiviteit van de Gezinsdagbehandeling van het RMPI is onderzocht aansluitend aan de behandeling, is echter helaas één van de weinige studies die verricht is naar de effectiviteit van oplossingsgerichte groepstherapie toegespitst op multi-problem gezinnen. Dit huidige onderzoek, wat gezien kan worden als een uitbreiding van het onderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007), is daarom niet alleen opgezet om specifiek de effectiviteit van de Gezinsdagbehandeling op langere termijn te evalueren, maar ook in algemene zin bij te dragen aan een verrijking van de wetenschap. Dit door enerzijds verwerving van kennis en theorievorming en anderzijds uitbreiding van de literatuur over de effectiviteit van de oplossingsgerichte methodiek.

Hiertoe zal, in navolging van voorafgaand effectonderzoek naar de Gezinsdagbehandeling (Koopman & Van der Lugt, 2007), onderzocht worden of er een toe/afname heeft plaatsgevonden ten opzichte van de voor (-en na) meting bij de gezinnen die in 2004-2007 deelnamen aan deze behandeling, met betrekking tot het probleem gedrag van de kinderen, de ervaren invloed van de ouders op het leven en de kind(eren), de ruimte die problemen innemen in de beleving van de ouders en de mate waarin de doelen, opgesteld door de ouders tijdens deelname aan de behandeling, zijn behaald. Aanvullend zal onderzocht worden of het ervaren gezinsklimaat ten tijde van het onderzoek verschilt van het ervaren gezinsklimaat voortijdig en aansluitend aan deelname aan de behandeling.

De overgrote meerderheid van de onderzoeken die het lange termijn effect van de oplossingsgerichte therapie hebben bekeken rapporteren bij follow-up metingen significante verbeteringen (25 tot 86 %) ten opzichte van de controle groep. Verder komt naar voren dat over het geheel genomen sterkere verbeteringen worden gerapporteerd

bij follow-up studies die een half jaar tot een jaar na de behandeling werden uitgevoerd in vergelijking met onderzoeken waarbij er sprake was van een groter tijdsbestek (één jaar of langer) tussen deelname en follow-up (41 tot 86 procent versus 25 tot 56 procent) (McKeel, 2003).

De eerste twee hypothesen opgesteld in dit onderzoek sluiten aan bij deze bevindingen. Zo stelt de eerste (hoofd)hypothese dat: *vergeleken met de gerapporteerde scores voorafgaand aan de Gezinsdagbehandeling er a) een blijvende afname van het gerapporteerde probleemgedrag van het kind en de ruimte die de problemen innemen in de beleving van de ouders, b) een blijvende toename van de invloedschalen en de Goal Attainment Scores (GAS) en c) een verbetering van het gezinsklimaat heeft plaatsgevonden.*

De tweede hypothese stelt dat: *hoe groter het tijdsbestek tussen deelname aan de behandeling en dit (follow-up) onderzoek, hoe kleiner a) de afname van het gerapporteerde probleemgedrag van het kind en de ruimte die de problemen innemen in de beleving van de ouders, b) de toename van de invloedschalen en de Goal Attainment Scores (GAS) en c) de verbetering van het gezinsklimaat.*

Daarnaast zal er, eveneens in navolging van het effectonderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007), gekeken worden *of ouders waarbij er sprake is van een grote toename van parental self-efficacy, een sterkere daling van het probleemgedrag van de kinderen rapporteren dan ouders die deze toename niet laten zien.* Dit om aan te tonen dat het (eerder) gevonden modererende effect van parental self-efficacy van blijvende invloed is. De laatste hypothese stelt dat *toename van het behandel-effect (bij de ouders) samenhangt met een verbetering van het ervaren gezinsklimaat, wat weer terug te zien is in een afname van de gedragsproblemen bij de kinderen.* Het ervaren gezinsklimaat wordt hierbij gezien als een mediator. In de literatuur is er weinig onderzoek verricht naar de mogelijke rol van het ervaren gezinsklimaat als mediator (McKeel, 2003). Wel blijkt, zoals al eerder aan bod is gekomen, dat de wijze waarop gezinsgenoten de gezinsbetrekkingen en -activiteiten beleven een stempel drukt op de persoonlijke groei en ontwikkeling van de kinderen (Moos & Moos, 1984 zoals geciteerd in Glaser et al., 1993), wat tot uitdrukking komt in de vroege ontstaansgeschiedenis en relatieve stabiliteit van verschillende typen gedragsproblemen (George et al., 2006).

Tevens is uit recente literatuur naar voren gekomen dat de oplossingsgerichte therapie het ervaren gezinsklimaat gerapporteerd door de ouders positief zou beïnvloeden. Zo vonden Lundblad en Hansson (2007) dat 85% van de ouders aansluitend aan de therapie en 56% bij follow-up metingen een verbetering van het gezinsklimaat aangaven ten opzichte van de controle groep, die weinig tot geen verbetering rapporteerde (4 en 2%). Deze bevindingen maken de assumptie dat het ervaren gezinsklimaat als mediator zou kunnen optreden aannemelijk en interessant om te onderzoeken.

Methoden

Bestaande en nieuwe dataset

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een al bestaande dataset die is opgezet door Koopman en Van der Lugt (2007). Zij hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie van de Gezinsdagbehandeling van het RMPI. Hiervoor hebben zij gezinnen benaderd die in de periode 2004-2007 hebben deelgenomen aan deze behandeling. Deze (oude) dataset is uitgebreid met een nieuwe dataset, waarin de scores zijn opgenomen van de oorspronkelijke participanten aan wie opnieuw gevraagd werd om aan het onderzoek deel te nemen.

Participanten

De oorspronkelijke participantengroep bestond uit 44 multi-probleemgezinnen, waarbij minstens één van de ouders zowel voor als na de behandeling alle vragenlijsten had ingevuld. De schriftelijke respons van deze groep was 57,1%. Telefonisch heeft 70,5 % deelgenomen aan het onderzoek. De overige gezinnen waren niet te bereiken door adres- en/of nummerwijzigingen of hadden geen behoefte om deel te nemen aan het onderzoek.

Aan dit onderzoek hebben dan ook uiteindelijk 36 multi-probleemgezinnen deelgenomen. Deze gezinnen bestonden in totaal uit 124 personen (58 ouders en 56 kinderen). Daarvan hebben 41 ouders en 30 kinderen, telefonisch dan wel schriftelijk meegewerkt aan het onderzoek. Bij ongeveer de helft van de gezinnen (47,2 %) was er sprake van een éénoudergezin. De andere helft (52,8 %) bestond uit een twee-oudergezin. Daarnaast gaf 58,6% van de gezinnen aan dat er nieuwe problemen waren ontstaan en 89,3% liet weten professionele hulp te hebben gehad na deelname aan de Gezinsdagbehandeling.

Werving & Procedure

De participanten zijn geworven met behulp van het oude databestand. Daarbij zijn dezelfde ouders die op de meetmomenten T1 en T3¹ gestandaardiseerde (CBCL) en evaluatieve vragenlijsten (Goal Attainment Scale, Invloedschalen en 'Ruimte van problemen') hadden ingevuld benaderd voor vervolgonderzoek (T4)¹. Ook zijn de kinderen (ouder dan 11 jaar) die op T1 en T3 de YSR hadden ingevuld verzocht dit

¹T1: Metingen verricht voorafgaande aan deelname aan de Gezinsdagbehandeling. T3: Metingen verricht aansluitend aan deelname aan de Gezinsdagbehandeling. T4: Metingen verricht tijdens follow-up onderzoek.

opnieuw te doen.

De geworven gezinnen zijn in de maanden maart en mei van dit jaar schriftelijk benaderd om hun medewerking te verlenen aan het onderzoek. Hen werd gevraagd om de gestandaardiseerde (CBCL, YSR en GKS) en evaluatieve vragenlijsten (algemene vragenlijst, Invloedschalen en 'Ruimte van problemen' in te vullen en deze binnen twee weken terug te sturen naar het RMPI. De kinderen (11-18 jaar) die tijdens de behandeling de YSR hadden ingevuld werden tevens schriftelijk verzocht de bijgesloten vragenlijst (YSR) opnieuw in te vullen en mee terug te sturen. Na deze 2 weken kregen de gezinnen die geen respons gaven een schriftelijk herinnering waarin zij opnieuw werden benaderd voor deelname. In dezelfde tijd werden de gezinnen tevens telefonisch benaderd om de overige vragenlijsten (GKS- schaalscores en Goal Attainment Scale) af te nemen. Na wederom 2 weken werden tenslotte de gezinnen die geheel geen (telefonisch en/of schriftelijk) respons gaven telefonisch verzocht om aan het gehele onderzoek deel te nemen, of er werd hulp geboden bij het invullen van de vragenlijsten.

Instrumenten²

1. Gestandaardiseerde vragenlijsten

Child Behavior Checklist (CBCL)

De *Child behavior Checklist (CBCL)* maakt onderdeel uit van de ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment, een verzameling van verschillende vragenlijsten, interviews en observatielijsten) en is een schriftelijke vragenlijst waarop ouders, andere familieleden of volwassenen die een kind goed kennen vragen kunnen beantwoorden over vaardigheden en gedrag van een kind (leeftijd 1 ½ tot en met 18 jaar). Deze vragenlijst is ontwikkeld door Achenbach en Edelbrock (1991). De Nederlandse versie is van de hand van Verhulst, Van der Ende en Koot (1996). Er zijn 2 versies uitgebracht die aansluiten bij verschillende leeftijden van de kinderen. Zo is de jonge kind versie geschikt voor kinderen tot en met 5 jaar. De andere versie is geschikt voor kinderen vanaf 6 jaar. De vragenlijst wordt veelal in de hulpverlening maar ook voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt.

De CBCL voor kinderen van 1½-5 jaar heeft 99 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en een vraag over andere problemen. Ouders kunnen aangeven hoe goed een item nu of in de afgelopen 2 maanden past bij een kind met behulp van een 3-punts Likertschaal, beginnend bij 0 (helemaal niet) tot 2 (duidelijk of vaak). 'Mijn zoon/dochter heeft problemen met slapen' is een voorbeeld van één van de items die in deze vragenlijst terug te vinden zijn. De antwoorden worden opgeteld en omgezet in T-

²Voor inzage instrumenten zie bijlagen.

scores op de volgende probleemschalen (smalle band): Emotioneel Reagerend, Angstig/Depressief, Lichamelijke Klachten, Teruggetrokken, Slaapproblemen, Aandachtsproblemen en Agressief Gedrag.

De CBCL/6-18 bestaat uit een competentiedeel en een deel dat ingaat op gedragsproblemen. Het competentiedeel is onderverdeeld in drie schalen, met twintig items over activiteiten, school en sociaal gedrag. De items worden gescoord door middel van de volgende antwoordmogelijkheden: minder dan gemiddeld, gemiddeld, meer dan gemiddeld en weet niet. Voorbeeld van een item is: 'vergeleken met leeftijdsgenoten, hoe goed doet uw zoon/dochter zijn/haar baantjes en klusjes?'. Het deel over gedragsproblemen bestaat uit 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen. Ook hier kunnen ouders aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen 6 maanden past bij een kind. De items worden gescoord door middel van een 3-punts Likertschaal, beginnend bij 0 (helemaal niet) tot 2 (duidelijk of vaak). Voorbeeld van een item is: 'mijn zoon/dochter is ongelukkig, verdrietig of depressief'. De antwoorden op de vragen tellen op en worden omgezet in een T-score op 8 verschillende probleemschalen (smalle band):

Angstig/emotioneel Reactief, Teruggetrokken, Somatische Klachten, Sociale Problemen, Denk Problemen, Aandachtsproblemen, Delinquent/Regelovertrekend Gedrag en Agressief Gedrag.

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de behaalde T-scores op de (brede band) schalen Internaliseren, Externaliseren en Totale problemen. Bij beide vragenlijsten wordt de schaal Internaliseren gevormd door de eerste drie probleemschalen samen te voegen. Onder de schaal Externaliseren vallen de laatste twee probleemschalen. Voor de Totale problemen worden alle vragen over gedrag opgeteld. Een T-score van 60 tot en met 63 ligt in het grensgebied, wat betekent dat het kind, in vergelijking met leeftijdsgenoten, verstoord gedrag laat zien. Het gedrag wordt als ernstig verstoord aangetekend, wanneer de T-score in het klinische gebied valt ($T > 64$) (Grietens, Onghena, Prinzie, Gadeyne, Van Assche, Ghesqueire & Hellinckx, 2003).

De CBCL is door de Commissie Testaangelegenheid Nederland (COTAN) (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000) op twee van de vier criteria als goed beoordeeld (normen en begripsvaliditeit). Op de niveaus betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit krijgt de CBCL een voldoende beoordeling.

Youth Self Report (YSR)

De *Youth Self Report (YSR)* maakt tevens deel uit van de ASEBA en is een vragenlijst waarop jongeren (11 tot 18 jaar) vragen over zichzelf (vaardigheden, emotionele en gedragsproblemen) kunnen beantwoorden. Deze vragenlijst is eveneens

ontwikkeld door Achenbach en Edelbrock (1991) en de Nederlandse versie is van de hand van Verhulst, Van der Ende en Koot (1997). Veel van deze items zijn hetzelfde als op de CBCL/6-18, aangevuld met veertien sociaal wenselijke vragen waarop de meeste jongeren positief antwoorden. Jongeren kunnen voor elke item aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen zes maanden bij hun paste. Dit gebeurt op dezelfde manier als bij de CBCL (0 = helemaal niet tot 2 = duidelijk of vaak). 'Ik ben liever alleen dan met anderen' is een voorbeeld van een item dat in deze vragenlijst terug te vinden is. Ook hier wordt er een onderscheid gemaakt tussen smalle band en brede band schalen. De smalle band schalen bevatten in totaal 112 items welke onder te verdelen zijn in: Teruggetrokken Gedrag, Lichamelijke Klachten, Angstig/depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Delinquent/Regelovertrekend Gedrag en Agressief gedrag. De brede band schalen zijn onder te verdelen in: Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren.

Evenals bij de CBCL is er voor het onderzoek gebruik gemaakt van de T-scores op de deze (brede band) schalen. Ook hier geldt dat een T-score van 60 tot en met 63 betekent dat het kind, in vergelijking met leeftijdsgenoten, verstoord gedrag laat zien. Het gedrag wordt als ernstig verstoord aangetekend, wanneer de T-score in het klinische gebied valt ($T > 64$).

De YSR wordt door de COTAN op twee van de vier niveaus als goed beoordeeld (betrouwbaarheid en normen). De begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit staan als voldoende aangetekend (Evers, e.a., 2000).

Gezinsklimaatschaal (GKS-II)

De Gezinsklimaatschaal (GKS-II) is een instrument waarmee op systematische wijze in kaart gebracht kan worden hoe de leden van een gezin een aantal belangrijke aspecten van het gezinsfunctioneren ervaren. Deze vragenlijst is gebaseerd op de Amerikaanse Family Environment Scale (FES; Moos, 1974; 1986) en ontwikkeld door Jansma en De Coole (1996).

Het gezinsklimaat wordt geoperationaliseerd met behulp van zeven schalen: Cohesie, Expressiviteit, Conflict, Organisatie, Controle, Normen en Sociale Oriëntatie. Per schaal zijn er elf items, die betrekking hebben op de dagelijkse leefsituatie van gezinnen met één of meer kinderen. Deze items dienen met ja of nee beantwoord te worden. Voorbeeld van een item is: 'We geven elkaar regelmatig een zoen'. Schaalscores worden berekend door de itemscores op te tellen en om te zetten in standaardscores. Om een beeld te krijgen van de constructvaliditeit van de GKS-schaalscores is met behulp van een gepaarde T-toets onderzocht of de ten tijde van het onderzoek gerapporteerde scores op deze vragenlijst overeenkomen met de gevonden

scores op de GKS-II. Deze vragenlijst is afgenomen om een beeld te kunnen krijgen van de constructvaliditeit van de GKS- schaalcores (*zie evaluatieve vragenlijsten*).

De GKS wordt door de COTAN voldoende beoordeeld op betrouwbaarheid en begrips- en criteriumvaliditeit. Het overige niveau (normen) wordt als goed beoordeeld (Evers, e.a., 2000).

2. Evaluatieve vragenlijsten

Algemene vragenlijst

Met behulp van deze vragenlijst zijn demografische gegevens (naam, geboortedatum, samenstelling van het gezin) uitgevraagd. Tevens zijn in deze vragenlijst variabelen opgenomen die mogelijk van invloed zouden kunnen zijn op het behandelresultaat van de oplossingsgerichte therapie. De eerste items hebben betrekking op het ontstaan van nieuwe problemen en professionele hulp na deelname aan de Gezinsdagbehandeling. De overige items zijn gebaseerd op de Social Readjustment Rating Scale (SRRS) (Holmes & Rahe, 1967). Holmes en Rahe stellen dat wanneer cliënten veranderingen moeten doorvoeren in hun leven dit een hoge mate van stress oplevert. Aan de hand van een lijst met levensgebeurtenissen (life events), die maken dat bepaalde veranderingen doorgevoerd moeten worden, wordt dan ook de mate van stress gemeten. Voor dit onderzoek zijn de eerste 18, meest stressvolle levensgebeurtenissen van de SRRS vertaald en opgenomen in de vragenlijst (*zie bijlage 1*). De items dienen beantwoord te worden met ja/nee (of niet van toepassing). Een voorbeeld van een item is: 'Is er na deelname aan de Gezinsdagbehandeling een gezinslid van u overleden?'.
Goal Attainment Scale

Goal Attainment Scale

Een belangrijk aspect binnen de oplossingsgerichte therapie is het opstellen van doelen. Door de cliënt op verschillende tijdstippen op deze doelen te bevragen (waar wil je naartoe, hoe scoor je zelf op het behandeldoel, hoe scoorde je een aantal maanden geleden, wat is er in de tussentijd veranderd?) kan er beeld gevormd worden over de effectiviteit van de behandeling. Deze vragen leveren niet alleen informatie over de vraag *of*, maar ook *waardoor* de behandeling mogelijk effect heeft.

Kiresuk en Sherman (1968) ontwikkelden de originele Goal Attainment Scale om de effectiviteit van de aangeboden behandeling in het Hennepin County Mental Health Center in Minnesota (USA) te evalueren. Het doel van de Goal Attainment Scale is het meten en evalueren van de werkelijke vooruitgang op de vooraf individueel opgestelde behandeldoelen. Dit gebeurt door gebruik te maken van geïndividualiseerde idiografische metingen van de cliënt (Goal Attainment Scores) (Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994).

Op het RMPI is er, door Oppenoorth, een eigen methode ontwikkeld om de Goal Attainment Scale in de praktijk toe te passen. De cliënt stelt samen met de behandelaars doelen op tijdens deelname aan de behandeling. Goal Attainment Scores (GAS) worden verkregen door deze doelen voorafgaand en aansluitend aan de behandeling te scoren op een 10-punts Likertschaal. Tijdens dit onderzoek werden de participanten telefonisch gevraagd een score toe te kennen aan de mate waarin zij hun doelen hadden bereikt. Hierbij betekent '0' dat het doel niet is bereikt en '10' staat gelijk aan het volledig behalen van het doel.

Invloedschalen

Bij de invloedschalen wordt het principe van de Goal Attainment Scale gebruikt. Met deze schalen pretendeert men de mate van het gevoel van invloed bij de ouders te meten, waarbij de cliënt een score toekent op twee gebieden:

- De mate waarin deze het gevoel heeft invloed te hebben op zijn/haar eigen leven
- De mate waarin deze het gevoel heeft invloed te hebben op zijn/haar kind(eren).

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een schaal met 11 bolletjes, waarbij het passende aantal bolletjes aangekruist diende te worden. Eén bolletje betekent dat de cliënt geen invloed ervaart, terwijl elf bolletjes gelijk staan aan het ervaren van volledige invloed.

Ruimte van problemen

Met behulp van deze schaal wordt de ruimte die de problemen innemen in het leven van de cliënt gemeten. Ook dit gebeurt aan de hand van het principe van de Goal Attainment Scale, waarbij er opnieuw gebruik wordt gemaakt van de bolletjesschaal om dit construct meetbaar te maken. Deze loopt van één bolletje (de problemen nemen geen enkele ruimte in) tot elf bolletjes (de problemen nemen alle ruimte in).

GKS- schaalscores

Deze vragenlijst, gebaseerd op de GKS-II (*zie hierboven*), is ontwikkeld om op een eenvoudige manier de beleving van het gezinsfunctioneren, ervaren door de gezinsleden op het moment van het onderzoek, direct na en voorafgaand aan deelname aan de Gezinsdagbehandeling te meten. Hiervoor zijn 8 items opgesteld die overeenkomen met de schalen van de GKS: Cohesie, Expressiviteit, Conflict, Organisatie, Controle, Normen en Sociale Oriëntatie. Met behulp van een 10-punts Likertschaal worden de items gescoord, beginnend bij '0' (nooit) tot '10' (altijd). Een voorbeeld van een item is: 'Welke score zou u uw gezin geven voor de mate waarin er ruzies en/ of conflicten plaatsvinden binnen het gezin?'. Aangezien de gerapporteerde scores berusten

op een gepercipieerde verandering is er voorzichtigheid geboden bij de uitspraken die gedaan worden op grond van deze scores.

Aan de hand van de indeling die Moos en Moos (1984) maakten tussen een functioneel en disfunctioneel gezinsklimaat (zie inleiding) is er besloten tijdens dit onderzoek alleen de scores op de schalen Cohesie, Expressiviteit, Conflict en Organisatie mee te nemen. *Cohesie* meet de betrokkenheid van de gezinsleden op elkaar. *Expressiviteit* meet de mate waarin gevoelens en meningen openlijk en direct geuit worden. De mate waarin er conflicten en/of ruzies plaatsvinden binnen het gezin wordt gemeten met behulp van de schaal *Conflict*. *Organisatie* meet de mate waarin regels, taken en plichten binnen het gezin gehanteerd worden.

Om een beeld te krijgen van de constructvaliditeit van de GKS- schaalscores is met behulp van een gepaarde T-toets onderzocht of de ten tijde van het onderzoek gerapporteerde scores op deze vragenlijst overeenkomen met de gevonden scores op de GKS-II. Uit deze test is naar voren gekomen dat er geen significante verschillen bestaan tussen de GKS- schaalscores en de scores behaald op de GKS-II. Cohesie ($t(24)=1.8$, $p > .05$), Expressiviteit ($t(24)= .78$, $p > .05$), Conflict ($t(24)= 1.3$, $p > .05$) en Organisatie ($t(24)= 1.8$, $p > .05$) (zie tabel 1).

Tabel 1. Gepaarde t-toets GKS-II en GKS- schaalscores

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
GKS Cohesie	.71	1.37	1.79	24	.10
GKS Expressiviteit	.27	1.22	.78	24	.45
GKS Conflict	.58	1.56	1.29	24	.22
GKS Organisatie	.84	1.59	1.84	24	.94

Data Analyse

Analyses zijn gemaakt met behulp van het software programma SPSS (versie 15.0). Door middel van gepaarde en onafhankelijke t-testen, one-way ANOVA's, en correlatie analyses zijn de hypothesen getoetst.

Er is sprake van herhaalde (pretest, posttest en follow-up) metingen van één dezelfde groep, waarbij de onafhankelijke variabele deelname aan de Gezinsdagbehandeling (hypothese 1), het jaar van deelname aan de behandeling (hypothese 2), wel of geen sterke toename van parental self-efficacy (hypothese 3) en het behandel-effect (hypothese 4) is. De gevonden scores op de gestandaardiseerde (CBCL en YSR) en evaluatieve vragenlijsten (Goal Attainment Scale, Invloedschalen, 'Ruimte van

problemen' en GKS- schaalscores (Cohesie, Expressiviteit, Conflict en Organisatie)) worden binnen dit onderzoek beschouwd als de afhankelijke variabelen.

De variabelen uit de algemene vragenlijst die correleren met de scores van de afhankelijke variabelen zullen worden meegenomen als co-variabelen.

Resultaten

Het hoofddoel van dit onderzoek is om na te gaan of de oplossingsgerichte therapie ook op de lange termijn effect blijkt te hebben. Over de werkelijke effectiviteit van de behandeling kunnen echter geen uitspraken gedaan worden, aangezien er geen gebruik is gemaakt van een controlegroep. Wel kan er vastgesteld worden of de gerapporteerde scores op de afhankelijke variabelen blijvend toe/afgenomen zijn in vergelijking met de voor- en nameting. De bijbehorende hoofdhypothese die hierover is opgesteld luidt dat: *vergeleken met de gerapporteerde scores voorafgaand aan de Gezinsdagbehandeling er a) een blijvende afname van het gerapporteerde probleemgedrag van het kind en de ruimte die de problemen innemen in de beleving van de ouders, b) een blijvende toename van de invloedschalen en de Goal Attainment Scores (GAS) en c) een verbetering van het gezinsklimaat heeft plaatsgevonden.*

De tweede hypothese stelt dat: *hoe groter het tijdsbestek tussen afronding van de behandeling en deelname aan dit (follow-up) onderzoek, hoe kleiner a) de afname van het gerapporteerde probleemgedrag van het kind en de ruimte die de problemen innemen in de beleving van de ouders, b) de toename van de invloedschalen en de Goal Attainment Scores (GAS) en c) de verbetering van het gezinsklimaat.*

Voor deze hypothesen geldt dat een verbetering van het gezinsklimaat gelijk staat aan een toename op de Cohesie, Expressiviteit en Organisatiescores en een afname op de Conflictcores.

Beide hypothesen worden geoperationaliseerd door de gedragsproblemen van de kinderen te meten. Daarnaast is de ervaren invloed op leven en kinderen, de ruimte die problemen innemen, de mate waarin de opgestelde doelen zijn behaald en ervaring van het gezinsklimaat gemeten. Deze scores zijn verkregen door afname van de gestandaardiseerde vragenlijsten: CBCL (ingevuld door één van de ouders) en de YSR (ingevuld door de kinderen tussen de 11 en 18 jaar) en de evaluatieve vragenlijsten: GKS-schaalscores, Invloedschalen, 'Ruimte van problemen' en de Goal Attainment Scale.

Tevens is er onderzocht of een sterke toename van parental self-efficacy van invloed is op het probleemgedrag van de kinderen. De derde hypothese die hierbij is opgesteld luidt als volgt: *ouders die een grote toename van parental self-efficacy laten zien ten tijde van dit onderzoek in vergelijking met voorafgaande aan de behandeling (T4-T1), rapporteren een grotere afname (T4-T1) van de gedragsproblemen bij de kinderen dan ouders die deze toename niet laten zien.* Parental self-efficacy wordt hierbij beschouwd als een moderator.

Een grote toename van parental self-efficacy staat gelijk aan een verschilscore (T4-T1) van $> .74$ op de gerapporteerde invloed die ouders ervaren op hun kind(eren) (*voor verantwoording zie pagina 42*). Deze hypothese wordt geoperationaliseerd door de gerapporteerde gedragsproblemen van de kinderen en ervaren invloed op de kinderen te meten. Dit geschiedde door afname van de gestandaardiseerde vragenlijsten CBCL en de evaluatieve vragenlijst Invloedschalen.

Tenslotte is er gekeken of het gezinsklimaat van invloed is op de relatie tussen de Goal Attainment Scores en het probleemgedrag van de kinderen. De vierde hypothese stelt dan ook dat: *toename van het behandel-effect (bij de ouders) samenhangt met een verbetering van het ervaren gezinsklimaat, wat weer terug te zien is in een afname van de gedragsproblemen bij de kinderen*. Het gezinsklimaat wordt hierbij beschouwd als een mediator.

Onder toename van het behandel-effect wordt een stijging van de gevonden verschilcores (T4-T1) op de Invloedschalen en de Goal Attainment Scale en een daling van de ruimte die problemen innemen verstaan. Verbetering van het gezinsklimaat staat ook hier gelijk aan een toename van de Cohesie, Expressiviteit en Organisatiescores en een afname van de Conflictcores. Door het behandel-effect, de gerapporteerde gedragsproblemen van de kinderen en het ervaren gezinsklimaat te meten wordt deze hypothese geoperationaliseerd. Hiertoe zijn de gestandaardiseerde vragenlijsten CBCL en YSR en de evaluatieve vragenlijsten Invloedschalen, 'Ruimte van problemen' en GKS-schaalscores afgenomen.

Beschrijvende analyses

Tabel 2 toont de gemiddelden en standaarddeviaties van alle afhankelijke variabelen ten tijde van het onderzoek: de gerapporteerde gedragsproblemen van de kinderen, de ervaren invloed op leven en kinderen, de ruimte die problemen innemen, de mate waarin de opgestelde doelen zijn behaald en ervaring van het gezinsklimaat.

Tabel 2. Gemiddelden en standaarddeviaties T4 van alle afhankelijke variabelen uitgesplitst per jaar van deelname.

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gedragsproblemen		
- CBCL		
<i>Totale problematiek</i>	64.9	12.3
<i>Internaliserende problematiek</i>	62.0	10.2
<i>Externaliserende problematiek</i>	62.2	11.0

Vervolg tabel 2.

	<i>M</i>	<i>SD</i>
- YSR		
<i>Totale problematiek</i>	60.4	4.9
<i>Internaliserende problematiek</i>	59.4	5.7
<i>Externaliserende problematiek</i>	57.0	4.0
Ervaren invloed		
<i>Leven</i>	6.1	1.8
<i>Kinderen</i>	5.7	2.0
Ervaren ruimte problemen		
<i>Ruimte problemen</i>	6.0	2.5
Behalen doelen		
<i>GAS</i>	5.3	2.3
Ervaren Gezinsklimaat		
<i>Cohesie</i>	6.1	1.7
<i>Expressiviteit</i>	5.5	1.7
<i>Conflict</i>	5.9	2.6
<i>Organisatie</i>	6.3	2.0

Data analyses

Voorafgaande aan de uitgevoerde testen is met behulp van Pearson correlaties onderzocht of de variabelen uit de algemene vragenlijst samenhangen met de scores op de afhankelijke variabelen. Acht van de twintig variabelen konden niet worden meegenomen in de analyse omdat de gerapporteerde scores uit één constante factor bestonden (0 of 1). Tussen de overige 12 (co)variabelen en de afhankelijke variabelen werd geen significante samenhang gevonden. Dit is mogelijk het gevolg van de kleine steekproef ($N \leq 30$), waardoor correlaties met een gemiddeld effect toch niet significant worden bevonden.

1. Effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie.

Om te toetsen of de gerapporteerde scores op de afhankelijke variabelen ten tijde van het onderzoek blijvend af/toegenomen zijn in vergelijking met de voor- en nameting is er gebruik gemaakt van gepaarde t-toetsen. De gemiddelde scores op de afhankelijke variabelen verkregen op T1 zijn hierbij afzonderlijk vergeleken met de gemiddelde scores op T4 (zie tabel 3). In elk van de figuren (1.1-1.5) zijn tevens de gerapporteerde scores op T3 meegenomen.

Tabel 3. Gepaarde t-toetsen alle afhankelijke variabelen na en voorafgaande aan deelname aan de Gezinsdagbehandeling (T4-T1).

	ΔM	SD	t	df	p	d'
Gedragsproblemen kinderen						
<i>Totale problematiek</i>	-3.20	12.67	-1.38	29	-	-.27
<i>Internaliserende problematiek</i>	-3.40	11.79	-1.58	29	-	-.29
<i>Externaliserende problematiek</i>	-3.70	10.60	-1.91	29	-	-.31
Ervaren Invloed						
<i>Invloed leven</i>	.58	1.88	.37	25	-	.39
<i>Invloed kind</i>	.73	1.97	.39	25	-	.41
Ervaren ruimte problemen						
<i>Ruimte problemen</i>	-1.35	2.77	-2.48	30	*	-.76
Behalen doelen						
<i>GAS</i>	1.59	2.23	-3.95	30	**	.93
Ervaren gezinsklimaat						
<i>Cohesie</i>	1.55	1.91	4.51	30	**	1.40
<i>Expressiviteit</i>	.23	1.69	.34	30	-	.14
<i>Conflict</i>	-.84	2.90	-1.61	30	-	-.12
<i>Organisatie</i>	1.42	2.17	3.95	30	**	.79

*Significant bij $p < .05$

** Significant bij $p < .01$

1.1 Gedragsproblemen kinderen

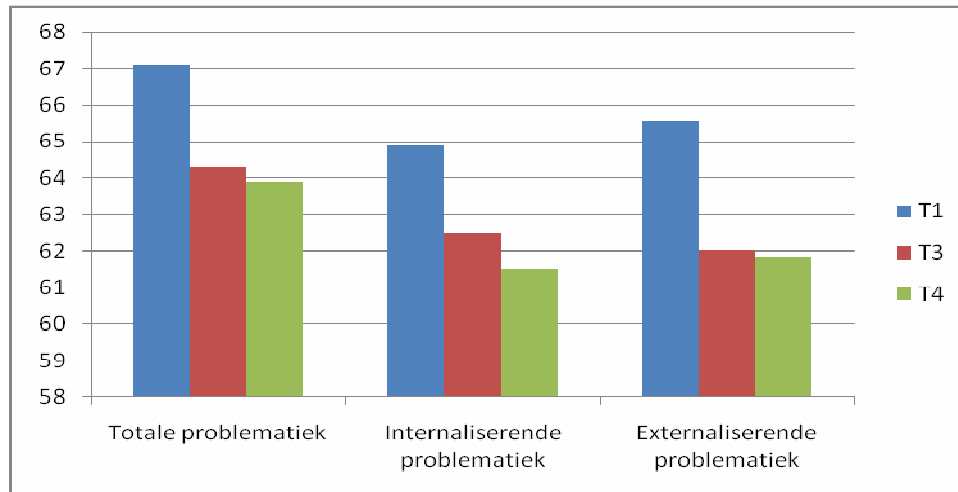
Wanneer de gemiddelde scores op de CBCL & YSR worden vergeleken komt naar voren dat de totale, externaliserende en internaliserende problematiek ten tijde van dit onderzoek in vergelijking met T1 én T3 is afgenomen (zie figuur 1.1).

In tabel 3 is af te lezen dat de gemiddelde *totale problematiek* voorafgaande aan de behandeling uit kwam in het klinische gebied (M= 67.10; SD=11.93). Ten tijde van het onderzoek (T4) ligt de gemiddelde score tegen het grensgebied aan (M=63.90; SD= 11.66). Er is echter geen sprake van een significante afname van de totale problematiek ($t(29)=1.38$, $p > .05$), met een effectgrootte van $d = -.27$.

De gemiddelde score op *internaliserende* (M= 64.90; SD=10.07) en *externaliserende* (M= 65.53; SD=12.09) *problematiek* voorafgaande aan de behandeling kwam tevens uit in het klinische gebied. Ten tijde van het onderzoek (T4) liggen deze scores in het grensgebied (M= 61.50, M= 61.83; SD=12.09, SD=11.00). Er is ook in dit

geval echter geen sprake van een significante afname van de internaliserende ($t(29)=1.58, p>.05$) en externaliserende problematiek ($t(29)=1.91, p>.05$), met een effectgrootte van $d= -.29$ en $d= -.31$ (zie tabel 3).

Figuur 1.1 gemiddelde gerapporteerde scores Totale, Internaliserende en Externaliserende problematiek op T1, T3 en T4.



Wanneer deze resultaten worden vergeleken met de bevindingen uit het onderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007) dan komt naar voren dat de gemiddelde afname van de totale ($\Delta M= -3.12, d= -.30$), internaliserende ($\Delta M= -2.98, d= -.29$) en externaliserende ($\Delta M= -3.88, d= -.39$) problematiek op T3 ten opzichte van T1, hoewel nagenoeg gelijk, of kleiner dan de gevonden verschillen in dit huidige onderzoek wel significant zijn bevonden.

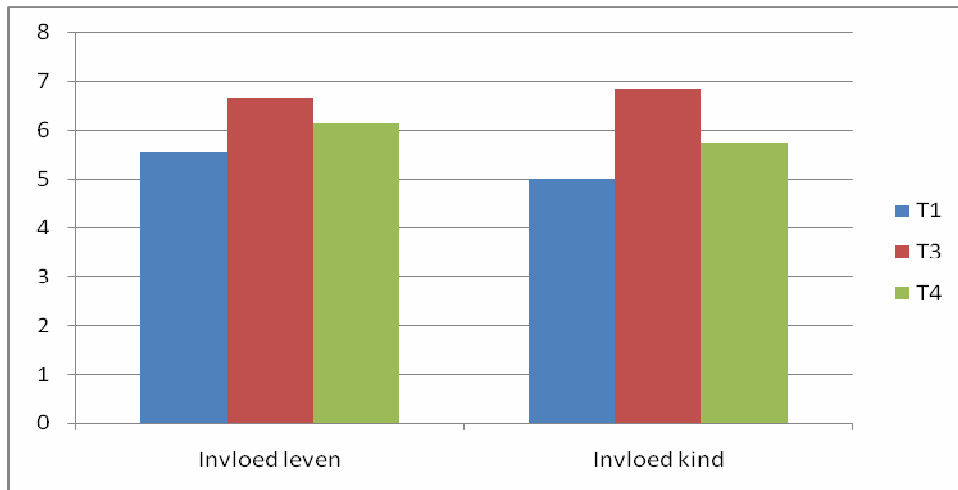
1.2 Ervaren invloed

Wanneer de gemiddelde Invloedschalen (op leven en kind(eren)) worden vergeleken komt naar voren dat de ervaren invloed ten tijde van dit onderzoek (T4) in vergelijking met T1 is toegenomen en in vergelijking met T3 is afgenomen (zie figuur 1.2).

In tabel 3 is af te lezen dat de op T4 gemeten *ervaren invloed* van ouders op het leven met .58 punten ($SD=1.88$) is toegenomen in vergelijking met de gemiddelde scores op T1. De gevonden gemiddelde toename is echter niet significant bevonden ($t(25)= -1.57, p>.05$), met een effectgrootte van $d= .39$.

De *ervaren invloed* van ouders op hun kinderen is met .73 punten ($SD= 1.97$) toegenomen (gemiddelde scores T4-T1). Ook deze gemiddelde toename is niet significant bevonden ($t(25)= -1.89, p>.05$), wat overeen komt met een effectgrootte van $d= .41$.

Figuur 1.2 Gemiddelde gerapporteerde Invloedschalen (leven en kind) op T1, T3 en T4.



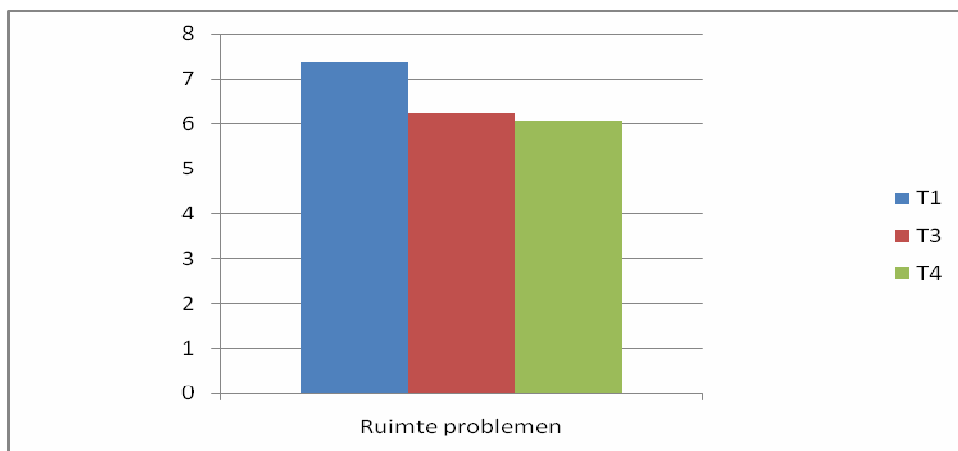
Koopman en Van der Lugt (2007) vonden aansluitend aan de behandeling echter wel een gemiddelde significante stijging van de ervaren invloed op het leven ($\Delta M=1.91$, $d=.92$) en de kind(eren) ($\Delta M=1.49$, $d= 1.31$) op T3 ten opzichte van T1.

1.3 Ervaren ruimte problemen

Een vergelijking van de gemiddelde scores laat zien dat de *ruimte die problemen innemen* in de beleving van de ouders ten tijde van het onderzoek (T4), vergeleken met T1 én T3 is afgenomen (zie figuur 1.3).

De gevonden afname tussen de gemiddelde scores op T4 en T1 ($\Delta M=-1.35$, $SD=2.77$) is significant ($t(25)= 2.48$, $p < .05$), met een effectgrootte van $d= -.76$ (zie tabel 3).

Figuur 1.3. Gemiddelde gerapporteerde ruimte die problemen innemen in het leven van de ouders op T1, T3 en T4.



Deze resultaten zijn overeenkomstig met de bevindingen uit het onderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007), waar aansluitend aan de behandeling eveneens een

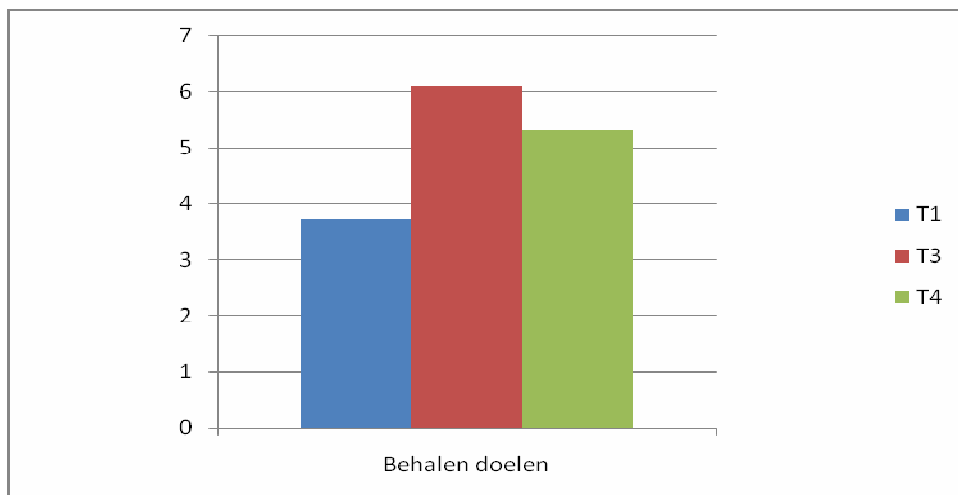
gemiddelde significante daling (T3-T1) werd gevonden van de ruimte die problemen in nemen in de beleving van de ouders ($\Delta M = -1.50$), met een effectgrootte van $d = .84$.

1.4 Behalen doelen

In figuur 1.4 kan afgelezen worden dat de gemiddelde *Goal Attainment Scores* ten tijde van het onderzoek (T4) in vergelijking met T1 zijn toegenomen. In vergelijking met de gemiddelde scores op T3 is er een kleine afname zichtbaar.

De toename van de gemiddelde *Goal Attainment Scores* tussen T4 en T1 is gelijk aan 1.59 (SD=2.23) ($t(30) = -3.95$, $p < .01$), met een bijbehorende effectgrootte van $d = .93$. Deze toename is significant (zie tabel 3).

Figuur 1.4. Gemiddelde gerapporteerde *Goal Attainment Scores* op T1, T3 en T4.



Uit het effectonderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007) kwam eveneens een gemiddelde significante stijging van de *Goal Attainment Scores* op T3 ten opzichte van T1 ($\Delta M = 2.48$, $d = 1.35$) naar voren.

1.5 Ervaren gezinsklimaat

Wanneer de gemiddelde GKS-schaalscores (Cohesie, Expressiviteit, Conflict en Organisatie) worden vergeleken komt naar voren dat de ervaren cohesie (betrokkenheid), expressiviteit en organisatie ten tijde van dit onderzoek (T4) in vergelijking met T1 is toegenomen en in vergelijking met T3 is afgenomen. Voor de mate waarin conflicten voorkomen binnen het gezin is het precies andersom: in vergelijking met T1 is deze afgenomen, in vergelijking met T3 toegenomen (zie figuur 1.5).

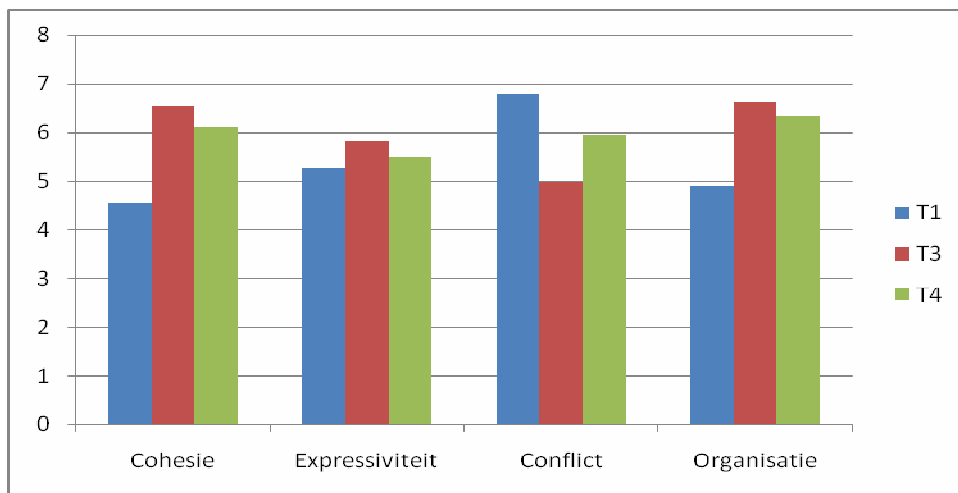
Tabel 3 laat zien dat de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar (*Cohesie*) op T4 met 1.55 punten (SD= 1.91) is toegenomen in vergelijking met de gemiddelde scores op T1. Deze toename is significant bevonden ($t(30) = 4,50$, $p < .01$). Dit komt overeen met een effectgrootte van $d = 1.4$.

De toename tussen de gemiddelde scores op T4 en T1 met betrekking tot de mate waarin gevoelens en meningen openlijk en direct worden geuit (*Expressiviteit*) is gelijk aan .23 (SD= 1.69) ($t(30) = .75$, $p > .05$), met een bijbehorende effectgrootte van $d = .14$. Deze toename is niet significant bevonden.

De mate waarin conflicten voorkomen (*Conflict*) is met .84 punten (SD= 2.90) afgenomen (gemiddelde scores T4-T1). Ook deze afname is niet significant bevonden ($t(30) = -1.60$, $p > .05$), met een effectgrootte van $d = -.35$.

Vergeleken met de gemiddelde scores op T1 is de mate waarin regels, taken en plichten binnen het gezin gehanteerd worden (*Organisatie*) toegenomen met 1.42 punten (SD=2.17) (T4-T1). Hierbij is er sprake van een significante toename ($t(30) = 3.64$, $p < .01$), met bijbehorende effectgrootte van $d = .79$.

Figuur 1.5 Gemiddelde gerapporteerde GKS-schaalscores (Cohesie, Expressiviteit, Conflict en Organisatie) op T1, T3 en T4.



Effectgroottes

Er zijn op de toetsen verschillende effectgroottes gevonden (zie tabel 3). Om een indicatie te kunnen geven van de overall effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie op T4 kunnen deze effectgroottes worden gecombineerd tot een gewogen gemiddelde. Deze gewogen effectgrootte bedraagt $d = .61$, wat gelijk staat aan een gemiddeld effect.

Uit het effectonderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007) kwam een gewogen effectgrootte van $d = .86$ naar voren, wat duidt op een groot effect. In dit gewogen gemiddelde zijn de gevonden effectgroottes van het gerapporteerde probleemgedrag, de invloedsscores, de Goal Attainment Scores en de ruimte die problemen innemen, gecombineerd.

Deze bevindingen laten zien dat de effectiviteit van de Gezinsdagbehandeling ten tijde van dit onderzoek is afgenomen ten opzichte van het behandelingseffect dat aansluitend aan deelname aan de behandeling werd gevonden.

2. Effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie uitgesplitst naar jaar van deelname.

Om te toetsen of het tijdsbestek tussen afronding van de behandeling en deelname aan dit (follow-up) onderzoek van invloed is op het behandel-effect is er gebruik gemaakt van een one-way (between-groups) ANOVA. Hierbij is gekeken of de gemiddelde verschillen (T4-T1) gemeten op de afhankelijke variabelen uitgesplitst naar jaar van deelname (2004 tot en met 2007) van elkaar verschillen.

Tabel 4. Onderlinge vergelijking gemiddelde (verschil)scores (T4-T1) op afhankelijke variabelen gerapporteerd door ouders die deelnamen aan Gezinsdagbehandeling in 2004, 2005, 2006 (en 2007).

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ΔM</i>	<i>p</i>
Gedragsproblemen kinderen³					
Totale problematiek	3.14	27	-		
Internaliserende problematiek	6.03	27	**		
2005-2004				-10.95	**
2005-2006				-15.00	**
Externaliserende problematiek	.73	27	-		
Ervaren invloed					
Invloed leven	.15	22	-		
Invloed kinderen	.08	22	-		
Ervaren ruimte problemen					
Ruimte problemen	1.23	22	-		
Behalen doelen					
GAS	2.18	27	-		
Ervaren gezinsklimaat					
Cohesie	5.78	27	**		
2007-2005				3.63	**
2007-2006				2.73	**

³Over de gedragsproblemen bij de kinderen gerapporteerd door de gezinnen die in 2007 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling zijn geen gegevens bekend, deze scores zijn dus niet meegenomen in de analyse.

*Significant bij $p < .05$

** Significant bij $p < .01$

Vervolg tabel 4.

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	ΔM	<i>p</i>
Expressiviteit	.15	27	-		
Conflict	3.16	27	*		
2007-2006				-3.87	*
Organisatie	2.17	27	-		

*Significant bij $p < .05$

2.1 Gedragsproblemen kinderen

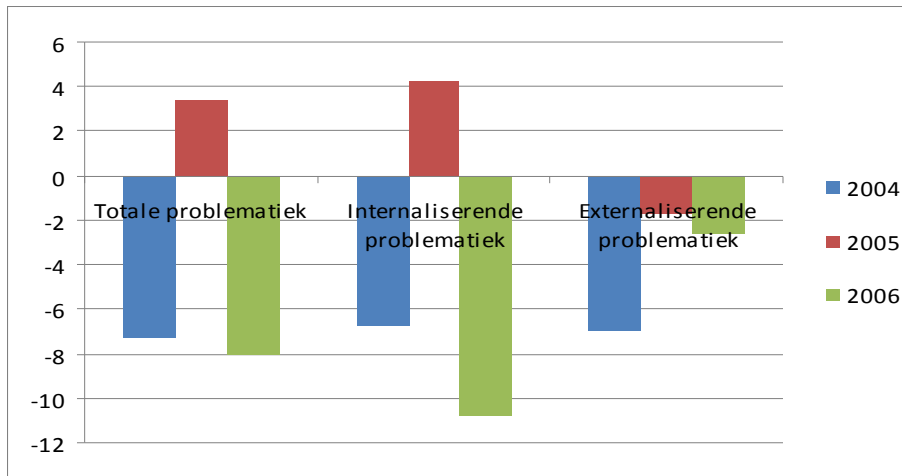
In figuur 2.1 is te zien dat de *totale problematiek* bij de kinderen uit gezinnen die in het jaar 2004 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling zijn afgenomen ($M = -7.30$; $SD = 15.48$). Deze problematiek is echter minder sterk afgenomen dan bij de kinderen uit gezinnen die in 2006 deelnamen ($M = -8.00$; $SD = .86$). De totale problematiek bij kinderen uit gezinnen die in 2005 deelnamen is zelfs toegenomen ($M = 3.4$; $SD = 9.90$). De gemiddelde (verschil)scores tussen de groepen zijn echter niet significant bevonden ($F(2,27) = 3.14$, $p > .05$ (zie tabel 4).

Wanneer er gekeken wordt naar de *internaliserende problematiek* komt naar voren dat bij kinderen uit gezinnen die deelnamen in het jaar 2006 deze problematiek het sterkst is afgenomen ($M = -10.75$; $SD = 8.00$), gevolgd door de problematiek bij de kinderen die in 2004 deelnamen ($M = -6.70$; $SD = 12.76$). Tevens blijkt dat de internaliserende problematiek bij kinderen uit gezinnen die in 2005 deelnamen is toegenomen ($M = 4.25$; $SD = 8.90$).

Wanneer de gemiddelde (verschil)scores tussen de groepen worden vergeleken blijken deze significant te zijn ($F(2,27) = 6.03$, $p < .01$). Uit de post-hoc test (Turkey HSD) komt naar voren dat de gemiddelde verschillen van gezinnen die in 2005 deelnamen significant verschillen van de gevonden scores van de gezinnen die in 2004 (2005-2004 $\Delta M = 10.95$) en 2006 (2005-2006 $\Delta M = 15.00$) deelnamen (zie tabel 4).

In figuur 2.1 is tevens af te lezen dat de *externaliserende problematiek* bij de kinderen, gerapporteerd door de ouders die in 2004 deelnamen aan de behandeling, het sterkst gedaald is ($M = 7.0$; $SD = 15.11$), gevolgd door de afname gerapporteerd door de ouders die in 2006 deelnamen ($M = 2.63$; $SD = 4.34$). Afname van de externaliserende problematiek aangegeven door de ouders uit 2005 is gelijk aan -1.76 ($SD = 9.07$). Na onderlinge vergelijking bleken de gerapporteerde (verschil)scores tussen de groepen niet significant te verschillen ($F(2,22) = .73$, $p > .05$) (zie tabel 4).

Figuur 2.1 Gemiddelde (verschil)scores (T4-T1) Totale, Internaliserende en Externaliserende problematiek gerapporteerd door gezinnen die in 2004, 2005, 2006 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling.



2.2 Ervaren invloed

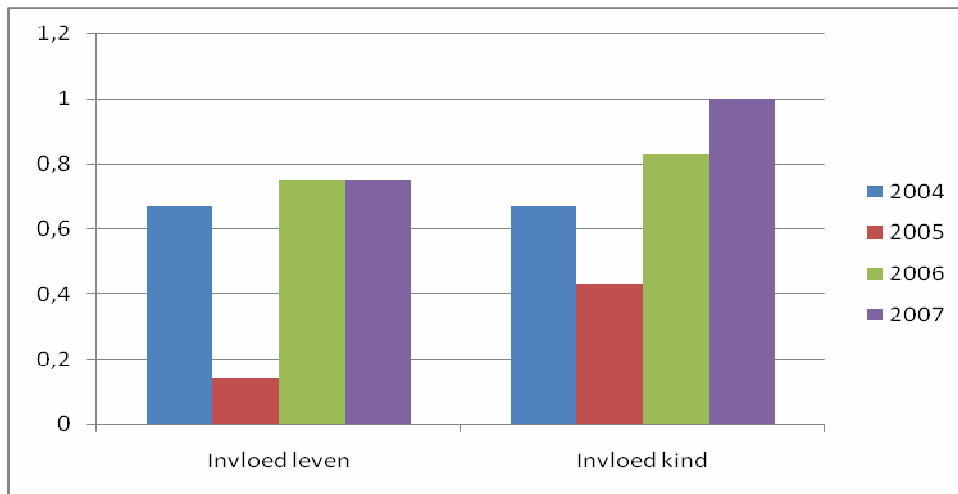
In figuur 2.2 kan afgelezen worden dat ouders van de gezinnen die in 2007 ($M = .75$; $SD = 2.63$) en 2006 ($M = .75$; $SD = 1.42$) deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling een sterkere toename van de *ervaren invloed op het leven* rapporteren dan gezinnen die in 2005 ($M = .14$; $SD = 2.27$) en 2004 ($M = .67$; $SD = 2.52$) deelnamen. Ouders van gezinnen uit 2005 lieten de minst sterke toename zien.

In tabel 4 is te zien dat de gemiddelde (verschil)scores tussen de groepen niet significant zijn bevonden ($F(3,22) = .082$, $p > .05$).

Wanneer er gekeken wordt naar de *invloed die ouders ervaren op hun kind(eren)* komt naar voren dat ouders die in 2007 deelnamen aan de behandeling een sterkere toename van invloed rapporteren dan ouders die in 2006 tot en met 2004 deelnamen ($M = 1.00$; $SD = .82$). Ouders die in 2006 deelnamen laten tevens een sterkere toename zien dan ouders die deelnamen in 2005 en 2004 ($M = .83$; $SD = 2.21$). De toename gerapporteerd door ouders die in 2005 deelnamen is het minst sterk ($M = .42$; $SD = 2.57$), gevolgd door de ouders die in 2004 deelnamen aan de behandeling ($M = .67$; $SD = .58$).

De gemiddelde (verschil)scores tussen de groepen zijn ook hier niet significant ($F(3,22) = .15$, $p > .05$) (zie tabel 4).

Figuur 2.2 Gemiddelde (verschil)scores (T4-T1) invloed leven en kind gerapporteerd door gezinnen die in 2004, 2005, 2006 en 2007 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling.

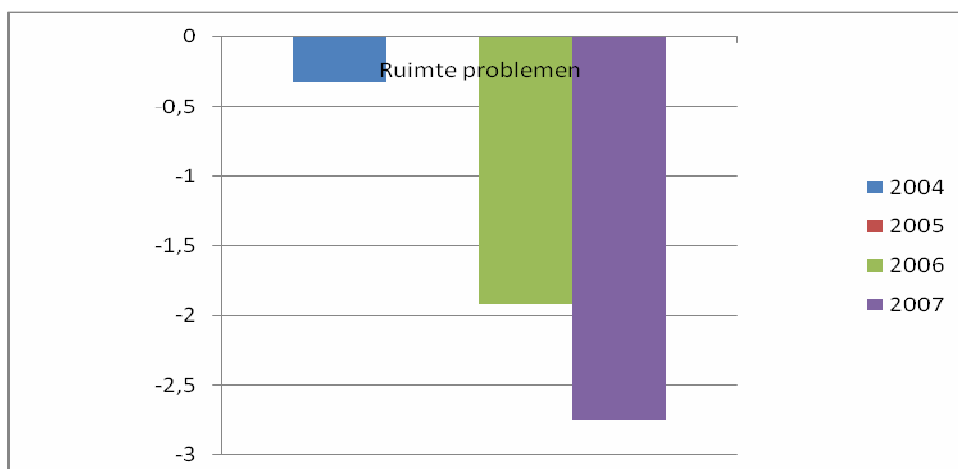


2.3 Ervaren ruimte problemen

De gerapporteerde afname van de *ruimte die problemen innemen* in de beleving van de ouders laat het zelfde patroon zien als bij de Invloedschalen (zie figuur 2.3). Ouders die in 2007 deelnamen aan de behandeling lieten de sterkste afname zien ($M = -2.75$; $SD = 2.99$), gevolgd door de ouders uit 2006 ($M = -1.92$; $SD = 2.81$) en 2004 ($M = -.33$; $SD = 3.21$). Bij ouders van de gezinnen die in 2005 deelnamen aan de behandeling is er geen verandering (T4-T1) opgetreden in de ruimte die problemen in het leven innemen ($M = 0.00$; $SD = 2.23$).

Wanneer de gemiddelde (verschil)scores worden vergeleken blijkt er geen sprake te zijn van een significant verschil tussen de groepen ($F(3,22) = 1.23$, $p > .05$) (zie tabel 4).

Figuur 2.3 Gemiddelde (verschil)scores (T4-T1) ruimte problemen gerapporteerd door gezinnen die in 2004, 2005, 2006 en 2007 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling.

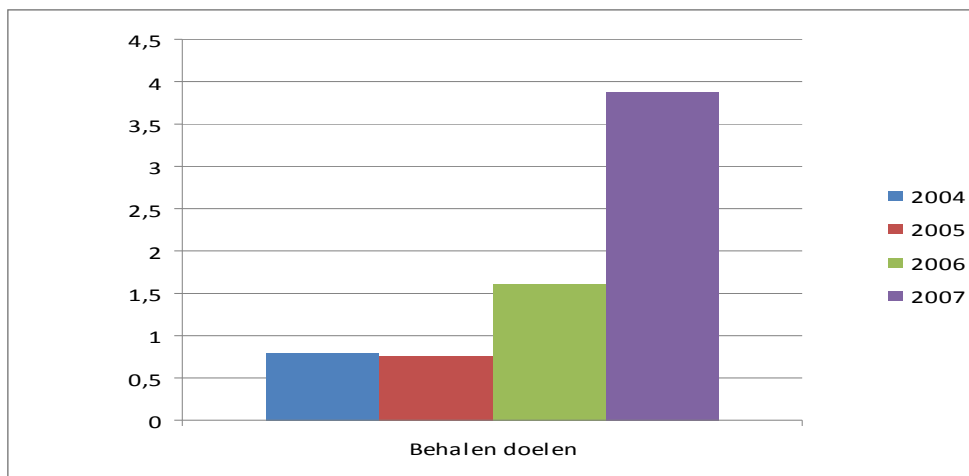


2.4 Behalen doelen

Figuur 2.4 laat zien dat toename van de *Goal Attainment Scores* het sterkste is voor de ouders die in 2007 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling ($M= 3.88$; $SD= 4.44$). Ouders die in 2005 deelnamen laten de minst sterke toename zien ($M= .76$; $SD= 1.26$), gevolgd door de ouders die in 2004 ($M= .80$; $SD= 2.03$) en 2006 ($M= 1.64$; $SD= 1,69$) deelnamen.

Ook hier zijn de gemiddelde (verschil)scores niet significant ($F(3,27)=2.18$, $p> .05$) (zie tabel 4).

Figuur 2.4 Gemiddelde Goal Attainment (verschil) Scores ($T4-T1$) gerapporteerd door gezinnen die in 2004, 2005, 2006 en 2007 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling.



2.5 Ervaren gezinsklimaat

Wanneer er wordt gekeken naar de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar (*Cohesie*) blijkt dat ouders die in 2007 deelnamen aan de behandeling de sterkste toename rapporteren ($M= 4.00$; $SD= 2.35$), gevolgd door de ouders die in 2004 ($M= 2.00$; $SD= 1.73$) en 2006 ($M= 1.27$; $SD= 1.62$) deelnamen. De ouders uit 2005 laten de minst sterke toename zien ($M= .38$; $SD= .52$) (zie figuur 2.5).

De gemiddelde (verschil)scores tussen de groepen zijn significant ($F(3,27)=5.78$, $p< .01$). Uit de post-hoc test (Turkey HSD) komt naar voren dat de gerapporteerde toename door de ouders die in 2007 hebben deelgenomen significant verschilt van de toename die ouders uit 2006 en 2005 laten zien (2007-2006 $\Delta M= 2.73$; 2007-2005 $\Delta M= 3.63$) (zie tabel 4).

Uit figuur 2.5 blijkt tevens dat de sterkste toename van *Expressiviteit* (de mate waarin gevoelens en meningen openlijk en direct worden geuit) toe te schrijven is aan de ouders die in 2004 deelnamen aan de behandeling ($M=.67$; $SD= 2.52$), gevolgd door de ouders uit 2006 ($M= .33$; $SD= 1.88$). De ouders die in 2007 deelnamen laten geen toename zien ($M=.00$; $SD=1.73$), wat tevens ook het geval is bij de ouders uit 2005 ($M=$

.00; SD= 1.20).

Wanneer de gemiddelde (verschil)scores worden vergeleken blijkt er geen sprake te zijn van een significant verschil tussen de groepen ($F(3,27)=.15$, $p > .05$) (zie tabel 4).

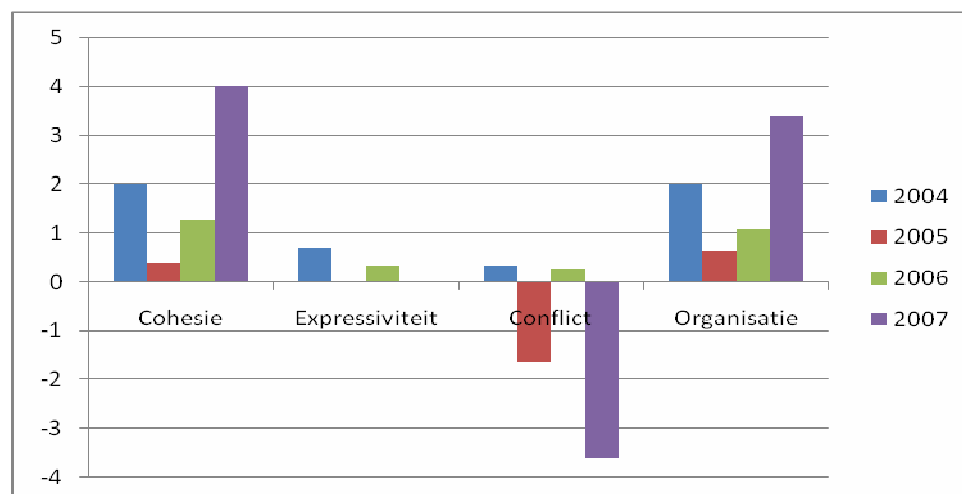
De sterkste afname van het aantal conflicten (*Conflict*) wordt gerapporteerd door de ouders die in 2007 ($M= -3.6$; $SD= 1.82$) deelnamen aan de behandeling, gevolgd door de ouders uit 2005 ($M= -1.63$; $SD= 2.56$). Ouders die in 2006 of 2004 deelnamen laten zelfs een (lichte) toename zien van het aantal conflicten ($M= .27$, $.33$; $SD=2.87$, 2.52) (zie figuur 2.5).

De gemiddelde scores tussen de groepen blijken significant ($F(3,27)= 3.16$, $p < .05$). Uit de post-hoc test (Turkey HSD) komt naar voren dat de afname van het aantal conflicten die ouders uit 2007 rapporteren significant verschilt van de toename die ouders uit 2006 laten zien (2007-2006 $\Delta M= 3.87$) (zie tabel 4).

Wanneer er wordt gekeken naar de mate waarin regels, taken en plichten binnen het gezin gehanteerd worden (*Organisatie*) komt naar voren dat ook hier de ouders die in 2007 deelnamen aan de behandeling de sterkste toename laten zien ($M=3.40$; $SD= 2.97$), gevolgd door de ouders uit 2004 ($M= 2.00$; $SD= 3.61$). Ouders die in 2005 deelnamen laten de minst sterke toename zien ($M=.63$; $SD= 1.77$), gevolgd door de ouders uit 2006 ($M= 1.07$; $SD=1.49$) (zie figuur 2.5).

Een vergelijking van de gemiddelde (verschil)scores laat zien dat er geen significant verschil bestaat tussen de groepen ($F(3,27)= 2.17$, $p > .05$) (zie tabel 4).

Figuur 2.5 Gemiddelde (verschil) scores (T4-T1) ervaren gezinsklimaat (Cohesie, Expressiviteit, Conflict en Organisatie) gerapporteerd door gezinnen die in 2004, 2005, 2006 en 2007 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling.



3. Invloed parental self-efficacy op probleemgedrag kinderen.

Om te onderzoeken of ouders die een grote toename van parental self-efficacy laten zien minder gedragsproblemen rapporteren bij de kinderen dan ouders die deze toename niet laten zien is er gebruik gemaakt van een onafhankelijke t-test met gelijke variantie

(Levene's test: $p > .05$). In navolging van voorafgaand effectonderzoek naar de Gezinsdagbehandeling (Koopman & Van der Lugt, 2007) wordt er gesproken van een grote toename van parental self-efficacy wanneer de gerapporteerde verschillscore op de invloed die ouders ervaren op hun (kind)eren (T4-T1) boven de gemiddelde verschillscore (in dit geval $M = .74$) ligt.

Tabel 5. Afname gedragsproblemen kind (T4-T1) vergeleken tussen ouders met sterke stijging parental self-efficacy (toename invloed kind $> .74$) en ouders zonder sterke stijging (toename invloed kind $\leq .74$).

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	ΔM
Gedragsproblemen kinderen				
Totale problematiek	.60	28	-	-2.86
Internaliserende problematiek	.04	28	-	-.47
Externaliserende problematiek	.86	28	-	-3.42

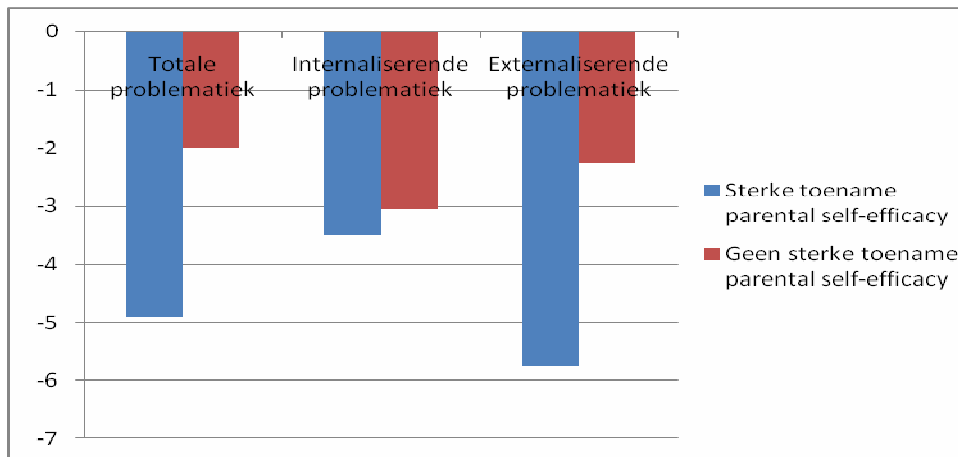
Uit de t-test is naar voren gekomen dat de totale, internaliserende en externaliserende problematiek bij de kinderen van ouders die een grote stijging van parental self-efficacy rapporteren sterker is afgenomen dan ouders die deze stijging niet lieten zien (zie tabel 5).

In figuur 3 is af te lezen dat ouders die een grote toename van parental self-efficacy rapporteren, een gemiddelde afname van 4.92 (SD= 8.51) op de *totale problematiek* van hun kinderen aangeven. Ouders die geen grote stijging rapporteren geven een gemiddelde afname aan van 2.06 (SD=14.95). De gemiddelde scores voor de beide groepen verschillen echter niet significant van elkaar ($t(28) = .60, p > .05$).

Wanneer er wordt gekeken naar de *internaliserende problematiek* komt naar voren dat deze bij kinderen van ouders die een grote toename van parental self-efficacy laten zien gemiddeld met 3.50 (SD= 8.13) afnam. Bij kinderen van ouders die geen grote stijging rapporteren is deze problematiek gemiddeld met 3.03 afgenomen (SD= 13.95). Ook in dit geval verschillen de gemiddelde scores voor de twee groepen niet significant van elkaar ($t(28) = .04, p > .05$).

De *externaliserende problematiek* van kinderen met ouders die een grote toename van parental self-efficacy aangeven is gemiddeld met 5.76 afgenomen (SD=6.21), terwijl deze bij kinderen van ouders die geen grote toename rapporteren met gemiddeld 2.33 is afgenomen (SD= 12.72). Tenslotte geldt ook hier dat de gemiddelde scores tussen de twee groepen niet significant van elkaar verschillen ($t(28) = .86, p > .05$) (zie tabel 5).

Figuur 3. Gemiddelde afname gedragsproblemen kinderen (T4-T1) gerapporteerd door ouders die een sterke toename van parental self-efficacy ($> .74$) laten zien en ouders die geen sterke toename laten zien ($\leq .74$).



Eerdere bevinden uit het effectonderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007) tonen aan dat de afname (T3-T1) van de gemiddelde scores, gerapporteerd door ouders die wel en geen sterke toename van parental self-efficacy laten zien, op de schalen Totale ($\Delta M = -5.69$), Internaliserende ($\Delta M = -4.97$) en Externaliserende problematiek ($\Delta M = -7.39$), wel significant van elkaar verschillen.

4. Invloed gezinsklimaat op relatie behandelings-effect-gedragsproblemen.

Om te onderzoeken of een *toename van het behandelings-effect (bij de ouders) samenhangt met een verbetering van het ervaren gezinsklimaat, wat weer terug te zien is in een afname van gedragsproblemen bij de kinderen* is er gebruik gemaakt van een (bivariate) correlatie analyse. Hiertoe zijn de verschillen (T4-T1) op de Invloedschalen (invloed op het leven en de kind(eren)), de 'Ruimte van problemen' en de Goal Attainment Scale verschoven, om negatieve waarden uit de analyse te laten verdwijnen.

In stap 1 zal de correlatie tussen het behandelings-effect (N= 4: verschillen (T4-T1) op de Invloedschalen, de 'Ruimte van problemen' en de Goal Attainment Scale) en ervaren gezinsklimaat (N= 4: Cohesie, Expressiviteit, Conflict en Organisatie) worden bepaald. In stap 2 zal er gekeken worden of er een relatie bestaat tussen het ervaren gezinsklimaat (Cohesie, Expressiviteit, Conflict en Organisatie) en de gedragsproblemen bij de kinderen (N= 3: Totale, Internaliserende en Externaliserende problematiek). In stap 3 zal de correlatie tussen het behandelings-effect (verschillen (T4-T1) op de Invloedschalen, de 'Ruimte van problemen' en de Goal Attainment Scale) en de gerapporteerde gedragsproblemen (Totale, Internaliserende en Externaliserende problematiek) worden gemeten. Wanneer al deze correlaties significant blijken te zijn zal er in stap 4 met behulp van een lineaire (meervoudige) regressie analyse gekeken worden of de significante correlatie tussen het behandelings-effect en de gedragsproblemen gelijk blijft of afneemt wanneer er wordt gecontroleerd voor de invloed van het ervaren

gezinsklimaat. Aan al deze voorwaarden moet voldaan zijn, wil er sprake zijn van een mediatie-effect.

Tabel 6. Correlaties (Pearson's r) tussen het behandel-effect bij de ouders (invloedschalen, 'Ruimte problemen' en Goal Attainment Scale) (T4-T1), ervaren gezinsklimaat (Cohesie, Expressiviteit, Conflict en Organisatie) en probleemgedrag kinderen (Totale, Internaliserende en Externaliserende problematiek).

	Behandeleffect				Ervaren Gezinsklimaat			
	GAS (n)	Invloed Leven (n)	Invloed Kind (n)	Ruimte Problemen (n)	Cohesie (n)	Expressiviteit (n)	Conflict (n)	Organisatie (n)
Ervaren gezinsklimaat								
Cohesie	.47** (30)	.36 (25)	.04 (25)	-.34 (25)				
Expressiviteit	.16 (30)	.17 (25)	.46*(25)	-.14 (25)				
Conflict	-.53** (30)	-.14 (25)	-.01 (25)	.30 (25)				
Organisatie	.23 (30)	.33 (25)	.18 (25)	-.40* (25)				
Gedragsproblemen kinderen								
Tot. Problematiek	-.08 (26)	-.39 (21)	-.17 (21)	.00 (21)	-.16 (25)	-.18 (25)	-.18 (25)	-.19 (25)
Int. Problematiek	-.03 (26)	-.35 (21)	-.28 (21)	.06 (21)	-.05 (25)	-.11 (25)	-.12 (25)	-.28 (25)
Ext. Problematiek	-.14 (26)	-.11 (21)	-.11 (21)	.07 (21)	-.27 (25)	-.19 (25)	.31*(25)	-.14 (25)

*Significant bij $p < .05$

** Significant bij $p < .01$

Stap 1

In tabel 6 is te zien dat wanneer het behandel-effect (verschilcores (T4-T1) op de Goal Attainment Scale) toeneemt de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar (*Cohesie*) significant stijgt ($r = .47$), en de mate waarin er conflicten voorkomen binnen het gezin (*Conflict*) significant daalt ($r = -.53$) (zie tevens figuur 4.1). Daarnaast bestaat er een zwakke relatie tussen de mate waarin de doelen zijn behaald (*Goal Attainment Scores*) en de overige twee GKS-schaalscores. Deze correlaties zijn niet significant bevonden: Goal Attainment Scores- Expressiviteit ($r = .16$), Goal Attainment Scores- Organisatie ($r = .23$).

Wanneer er wordt gekeken naar de samenhang tussen het behandel-effect (verschilcores (T4-T1) op de invloedschalen) en het ervaren gezinsklimaat komt naar voren dat wanneer de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar (*Cohesie*) en de mate waarin regels, taken en plichten binnen het gezin gehanteerd worden (*Organisatie*) stijgt de ervaren invloed op het leven ($r = .36$; $r = .33$) en de

kind(eren) ($r = .04$; $r = .18$) eveneens toeneemt. Deze relaties zijn niet significant bevonden.

Ook de (positieve) relatie tussen de mate waarin gevoelens en meningen openlijk en direct worden geuit (*Expressiviteit*) en de ervaren invloed op het leven is niet significant bevonden ($r = .17$). De relatie tussen de mate waarin gevoelens en meningen openlijk en direct worden geuit en de ervaren invloed op de kind(eren) is wel significant gebleken ($r = .46$) (zie figuur 4.1).

Tenslotte komt er naar voren dat wanneer de mate waarin er conflicten voorkomen (*Conflict*) toeneemt, de ervaren invloed op het leven ($r = -.14$) en de kind(eren) daalt ($r = -.01$). Deze samenhang is niet significant (zie tabel 6).

In tabel 6 is tevens af te lezen dat wanneer de relatie tussen het behandel-effect (verschilscores (T4-T1) op de 'Ruimte van problemen') en het ervaren gezinsklimaat wordt bekeken er een zwakke (positieve) correlatie wordt gevonden tussen de *ruimte die problemen innemen* en de mate waarin er conflicten voorkomen binnen het gezin (*Conflict*) ($r = .30$).

Daarnaast komt naar voren dat wanneer de ruimte die problemen innemen in de beleving van de ouders daalt, de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar (*Cohesie*) ($r = -.34$) en de mate waarin gevoelens en meningen openlijk en direct worden geuit (*Expressiviteit*) ($r = -.14$) toeneemt. Geen van deze correlaties is significant bevonden.

De (negatieve) relatie tussen de ruimte die problemen innemen en de mate waarin regels, taken en plichten binnen het gezin gehanteerd worden (*Organisatie*) ($r = -.40$) is echter wel significant (zie figuur 4.1).

Stap 2

Wanneer de correlaties tussen het ervaren gezinsklimaat en de gedragsproblemen bij de kinderen worden bekeken komt naar voren dat wanneer de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar (*Cohesie*) toeneemt de totale ($r = -.16$), internaliserende ($r = -.05$) en externaliserende ($r = -.27$) problematiek afneemt. Deze zwakke correlaties zijn niet significant bevonden.

Ook wanneer de mate waarin gevoelens en meningen openlijk en direct worden geuit (*Expressiviteit*) en de totale ($n = 25$; $r = -.18$), internaliserende ($r = -.11$) en externaliserende ($r = -.19$) problematiek worden vergeleken komen er zwakke (negatieve) correlaties naar voren, die niet significant zijn bevonden.

Er is tevens sprake van zwakke (negatieve) correlaties tussen de mate waarin er conflicten voorkomen binnen het gezin (*Conflict*) en de totale ($r = -.18$) en internaliserende problematiek ($r = -.12$). De externaliserende problematiek neemt echter significant af, wanneer de mate waarin er conflicten voorkomen binnen het gezin daalt

($r = .31$) (zie figuur 4.1).

Uit tabel 6 en figuur 4.1 komt verder naar voren dat de gevonden (negatieve) samenhang tussen de mate waarin regels, taken en plichten binnen het gezin gehanteerd worden (*Organisatie*) en de totale ($r = -.19$), internaliserende ($r = -.28$) en externaliserende ($r = -.14$) problematiek niet significant is bevonden.

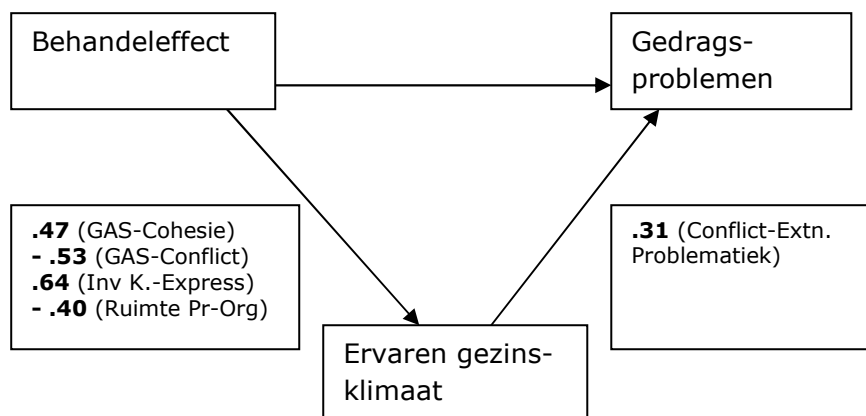
Stap 3

In tabel 6 kan tevens afgelezen worden dat wanneer het behandel-effect, gemeten op de Goal Attainment Scale, toeneemt de totale ($r = -.08$), internaliserende ($r = -.03$) en externaliserende ($r = -.14$) problematiek daalt. Een toename van de ervaren invloed op het leven en de kind(eren) hangt samen met een daling van de totale ($r = -.39$; $r = -.17$), internaliserende ($r = -.35$; $r = -.28$) en externaliserende ($r = -.11$; $r = -.11$) problematiek. Daarnaast komt naar voren dat een toename van de ruimte die problemen innemen correleert met een stijging van de internaliserende ($r = .06$) en externaliserende ($r = .07$) problematiek. De totale problematiek blijft echter gelijk wanneer de ruimte die problemen innemen stijgt ($r = .00$). In alle gevallen is er sprake van (zwakke) correlaties die niet significant zijn bevonden.

Stap 4

Aangezien de correlaties tussen het behandel-effect (verschilcores op de Invloedschalen, de 'Ruimte van problemen' en de Goal Attainment Scale) en de totale, internaliserende en externaliserende problematiek niet significant zijn bevonden (zie tabel 6, figuur 4.1), komt stap 4 (uitzoeken of de significante correlatie tussen het behandel-effect en de gedragsproblemen gelijk blijft of afneemt wanneer er wordt gecontroleerd voor de invloed van het ervaren gezinsklimaat) te vervallen. Er blijkt dus geen sprake te zijn van een mediatie-effect.

Figuur 4.1. De vijf significant bevonden correlaties (GAS- Cohesie, GAS- Conflict, Invloed kind(eren)- Expressiviteit, Ruimte van problemen- Organisatie en Conflict- Externaliserende problematiek) van de in totaal veertig getoetste correlaties (Pearson's r).



Discussie

De oplossingsgerichte therapie is in opmars. In de literatuur zijn er dan ook tal van follow-up studies te vinden die de effectiviteit van deze therapie bij verschillende doelgroepen hebben onderzocht. Er is echter in mindere mate onderzoek verricht naar de effectiviteit van deze therapie bij multi-probleem gezinnen. Deze follow-up studie, die gezien kan worden als een uitbreiding van het effectonderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007), probeert daarin verandering te brengen door de effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie, gegeven op de Gezinsdagbehandeling van het RMPI, op langere termijn te evalueren.

Hiertoe is, in navolging van het onderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007), onderzocht of, in vergelijking met voor(- en na)metingen, het probleem gedrag van de kinderen, de ervaren invloed van de ouders op het leven en de kind(eren), de ruimte die problemen innemen in de beleving van de ouders en de mate waarin de doelen, opgesteld tijdens deelname aan de behandeling zijn behaald, (blijvend) toe/afgenomen zijn. Ook is gekeken of het ervaren gezinsklimaat significant verschilt ten opzichte van de voor(- en na)meting.

Daarnaast is er onderzocht of het behandel-effect verschilt tussen de jaren waarin de gezinnen deelnamen aan de behandeling. Tevens is, eveneens in navolging van het onderzoek van Koopman en Van der Lugt (2007), gekeken of het gevonden modererende effect van parental self-efficacy ten tijde van dit onderzoek nog steeds van invloed is. Tenslotte is onderzocht of het ervaren gezinsklimaat invloed heeft op de relatie tussen het gerapporteerde behandel-effect en de gedragsproblemen bij de kinderen.

1. Effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie.

Er werd verwacht dat: vergeleken met de gerapporteerde scores voorafgaand aan de Gezinsdagbehandeling er a) een blijvende afname van het gerapporteerde probleemgedrag van het kind en de ruimte die de problemen innemen in de beleving van de ouders, b) een blijvende toename van de invloedsschalen en de Goal Attainment Scores (GAS) en c) een verbetering van het gezinsklimaat heeft plaatsgevonden.

Bevindingen van het onderzoek bevestigen deze hypothese gedeeltelijk. Zo zijn de verwachtingen aangaande de afname van de ruimte die problemen innemen en toename van de GAS uitgekomen. Op elk van deze variabelen is er een significant verschil gevonden tussen de gerapporteerde scores ten tijde van het onderzoek en de scores voorafgaande aan deelname aan de Gezinsdagbehandeling. Dit in overeenstemming met de gevonden resultaten uit voorafgaand effectonderzoek (Koopman en Van der Lugt,

2007).

Waar Koopman en Van der Lugt (2007) tevens een significante toename van de ervaren invloed op het leven en de kind(eren) aantoonde, werd de stijging op deze variabelen in dit huidige onderzoek echter niet significant bevonden. Daarnaast kwam naar voren dat, met verschillen nagenoeg gelijk, of kleiner dan de gevonden verschillen in dit huidige onderzoek, Koopman en Van der Lugt (2007) eveneens een significante afname van de totale, internaliserende en externaliserende problematiek bij de kinderen vonden. Dit in tegenstelling tot de resultaten uit het huidige onderzoek waar de afname van de gedragsproblemen niet significant werd bevonden. Tenslotte werd er een significante verbetering van het ervaren gezinsklimaat zichtbaar, gemeten op de schalen Cohesie en Organisatie. De toename van de mate waarin gezinsleden hun emoties en gevoelens uitten (*Expressiviteit*) en de afname aan het aantal conflicten binnen het gezin (*Conflict*) waren echter niet significant.

De effectgroottes van het gerapporteerde probleemgedrag, de invloedsscores, de ruimte die problemen innemen, de GAS en het ervaren gezinsklimaat zijn meta-analytisch gecombineerd tot een gemiddelde effectgrootte voor het gehele effect van de oplossingsgerichte therapie. Hieruit kwam een gemiddeld effect, $d = .61$ naar voren. Ten opzichte van het behandelingseffect gevonden door Koopman en Van der Lugt (2007), aansluitend aan de behandeling ($d = .86$, groot effect), is er een daling van het effect zichtbaar.

Er moeten echter wel een paar kanttekeningen geplaatst worden bij deze bevinding. Doordat er geen gebruik is gemaakt van een controle groep kan de werkelijke effectiviteit van de interventie niet aangetoond worden. Wel kan er vastgesteld worden dat gemiddeld 73% van de scores gerapporteerd ten tijde van het onderzoek zijn verbeterd ten opzichte van de scores voorafgaande aan de behandeling. Dit is in vergelijking met eerder uitgevoerd follow-up onderzoek (McKeel, 2003) een vrij hoog percentage dat mogelijk een te optimistisch beeld geeft. Aangezien de schriftelijke (57,3%) en telefonische (70,5%) respons aan de lage kant was, bestaat de mogelijkheid dat alleen gezinnen met een positieve behandeluitkomst hebben deelgenomen aan het onderzoek. Daarnaast gaf 89,3% van de ouders aan dat zij nog steeds gebruik maken van professionele hulp. Het is erg waarschijnlijk dat het gevonden behandelingseffect deels toe te schrijven is aan het verloop van het behandeltraject na deelname aan de Gezinsdagbehandeling.

2. Effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie uitgesplitst naar jaar van deelname.

De tweede (hoofd)hypothese stelt dat: *hoe groter het tijdsbestek tussen deelname aan de behandeling en dit (follow-up) onderzoek, hoe kleiner a) de afname van het gerapporteerde probleemgedrag van het kind en de ruimte die de problemen*

innemen in de beleving van de ouders, b) de toename van de invloedschaal en de Goal Attainment Scores (GAS) en c) de verbetering van het gezinsklimaat.

Ook deze hypothese wordt gedeeltelijk bevestigd. Zo is er geen duidelijke significante trend zichtbaar geworden waaruit blijkt dat het tijdsbestek tussen afronding van de behandeling en dit onderzoek bepalend is voor de mate waarin de gerapporteerde scores toe- of afnamen. Toch lieten, in de lijn der verwachting, de scores gerapporteerd door gezinnen die in 2007 deelnamen hoewel niet altijd significant, over het geheel genomen de grootste stijgingen of dalingen zien, veelal gevolgd door de scores van gezinnen uit 2006. Zo kwam onder anderen naar voren dat de gerapporteerde scores door gezinnen die in 2007 deelnamen aan de behandeling met betrekking tot de mate waarin er Conflicten voorkomen binnen het gezin (*Conflict*) significant lager lagen dan de scores aangegeven door de gezinnen uit 2006. Tevens bleek dat de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar (*Cohesie*), gerapporteerd door gezinnen uit 2007, significant hoger lag dan de scores aangegeven door de gezinnen die in 2005 én 2006 deelnamen. Ook kwam naar voren dat de gerapporteerde Internaliserende problematiek van kinderen die in 2006 deelnamen aan de Gezinsdagbehandeling significant lager lag dan de problematiek gerapporteerd door gezinnen uit 2005. Onderlinge vergelijking van de gerapporteerde scores op de overige variabelen liet geen significante verschillen zien.

De scores aangegeven door gezinnen die in 2005 deelnamen aan de behandeling lieten opvallend vaak, in plaats van de verwachte score van gezinnen uit 2004, de kleinste toe- of afname zien. Dit zou enerzijds het gevolg kunnen zijn van het feit dat het cohort 2005 uit beduidend minder respondenten bestond (N= 5) dan de overige cohorten. Eén afwijkende score heeft dan direct vrij grote gevolgen voor de gemiddelde (groeps-) score. Anderzijds is een aannemelijke verklaring voor de gevonden resultaten dat de aanwezigheid van andere factoren aangaande de behandelgroep (zwaarte van problematiek, samenstelling gezinnen, SES), de behandeling en de behandelaars (samenstelling, verwachting behandelaars, werkrelatie en groepsdynamiek) mogelijk een sterkere invloed uitoefenen op de gerapporteerde scores van de gezinnen dan het verstreken tijdsbestek tussen deelname aan de behandeling en dit onderzoek.

3. Invloed parental self-efficacy op probleemgedrag kinderen.

De derde hypothese die is opgesteld luidt als volgt: *ouders die een grote toename van parental self-efficacy laten zien, ten tijde van dit onderzoek in vergelijking met voorafgaande aan de behandeling, rapporteren een sterkere daling van de gedragsproblemen bij de kinderen dan ouders die deze toename niet rapporteren.* Parental self-efficacy wordt hierbij beschouwd als een moderator.

Uit het onderzoek blijkt dat deze verwachting niet wordt ondersteund. Alhoewel de totale, internaliserende en externaliserende problematiek sterker is afgenomen bij de

kinderen waarvan de ouders een grote toename van parental self-efficacy rapporteren dan bij de kinderen van ouders die deze toename niet aangeven zijn deze verschillen niet significant bevonden. Het modererende effect van parental self-efficacy, gevonden in eerder effectonderzoek bij de Gezinsdagbehandeling, is dus niet (meer) van toepassing.

4. Invloed gezinsklimaat op relatie behandel-effect-gedragsproblemen.

Tenslotte was de verwachting dat: *een toename van het behandel-effect (bij de ouders) samenhangt met een verbetering van het ervaren gezinsklimaat, wat weer terug te zien is in een afname van de gedragsproblemen bij de kinderen.* Het ervaren gezinsklimaat wordt hierbij beschouwd als een mediator.

Deze verwachting wordt deels ondersteund door het onderzoek. Het ervaren gezinsklimaat kan alleen als mediator optreden wanneer er tussen alle drie de variabelen (behandel-effect, ervaren gezinsklimaat en gedragsproblemen) een significante correlatie wordt aangetoond. Daarnaast moet er tevens sprake zijn van een afname van de relatie tussen de twee variabelen wanneer er wordt gecontroleerd voor de derde.

Uit de analyses zijn een aantal significante relaties naar voren gekomen. Zo blijkt dat wanneer het behandel-effect (GAS T4-T1) sterk toeneemt er eveneens een significante stijging optreedt van de mate waarin gezinsleden zich verbonden voelen met elkaar (*Cohesie*). Een sterke toename van de Goal Attainment Scores hangt tevens samen met een significante daling van de mate waarin conflicten voorkomen (*Conflict*). Ook kwam naar voren dat wanneer het behandel-effect, gemeten door de ervaren invloed op de kind(eren), toeneemt de mate waarin gevoelens en meningen openlijk en direct worden geuit (*Expressiviteit*) significant stijgt. Een afname van de ruimte die problemen innemen in de beleving van de ouders hangt significant samen met een stijging van de mate waarin regels, taken en plichten binnen het gezin gehanteerd worden (*Organisatie*). Wanneer de relaties tussen het ervaren gezinsklimaat en de gerapporteerde gedragsproblemen wordt bekeken komt naar voren dat er een significante (positieve) samenhang bestaat tussen de gevonden scores op de GKS-schaal Conflict en de externaliserende problematiek.

Aangezien één achtste van alle getoetste correlaties (5 van de 40) significant is bevonden, moet er echter niet al te veel waarde gehecht worden aan deze resultaten, die mogelijk op basis van toeval te verklaren zijn.

Tenslotte werd er een trend naar een bescheiden correlatie gevonden tussen het behandel-effect en de totale, internaliserende en externaliserende problematiek bij de kinderen. Hoewel alle in de verwachte richting (toename GAS, invloed leven en kind(eren) en afname ruimte van problemen hangt samen met een afname van de gedragsproblemen), zijn deze correlaties echter niet significant bevonden. Hierdoor kan geconcludeerd worden dat een mediërende rol van het ervaren gezinsklimaat is uitgesloten.

Steekproef

Een belangrijke tekortkoming van dit onderzoek is de schriftelijke (57,3%) en telefonische respons (70,5%), die aan de lage kant ligt. De vraag die hierbij rijst, is of de 36 gezinnen die hebben deelgenomen aan het onderzoek wel een goede afspiegeling zijn van de totale 71 gezinnen die in de periode van 2004 tot 2007 hebben deelgenomen aan de Gezinsdagbehandeling. Daarnaast heeft deze lage respons tot gevolg gehad dat de steekproef erg klein was ($N \leq 30$), wat de power van de statistische toetsen aanzienlijk heeft verlaagd ($1 - \beta < .80$). De kans op een significant bevonden verschil tussen twee groepen wordt hierdoor aanzienlijk verkleind. Ook neemt de kans op significante correlaties af, terwijl deze bij een grote steekproef wel worden gevonden (Pallant, 2005). Het gevolg hiervan wordt pijnlijk duidelijk wanneer de effectiviteit van de Gezinsdagbehandeling wordt geëvalueerd. Zo is terug te zien dat het effect aangetoond aansluitend aan deelname aan de behandeling in grote lijnen behouden blijft met betrekking tot bijvoorbeeld de afname van de gedragsproblemen bij de kinderen. De verschillen tussen T4-T1 worden echter niet meer significant bevonden, waar nagenoeg dezelfde, en zelfs kleinere, verschillen bij de vergelijking tussen T3-T1 dit nog wel waren. Het is daarom onterecht om zonder meer te concluderen dat het effect van de interventie op langere termijn niet behouden blijft. Ook het feit dat het modererende effect van parental self-efficacy en de mediërende rol van het ervaren gezinsklimaat niet (meer) wordt aangetoond zou, in combinatie met de wat lagere effecten die je op de lange termijn kunt verwachten, onder andere hierdoor verklaard kunnen worden.

De respons zou verhoogd kunnen worden door de vragenlijsten te verkorten. Aangezien ouders bepaalde vragenlijsten meerdere malen moeten invullen werken lange vragenlijsten demotiverend. Door de vragenlijsten te verkorten worden de ouders minder belast. Een alternatief is om alle vragenlijsten telefonisch of zelfs bij de mensen thuis af te nemen. Dit heeft niet alleen een betere controle op de volledigheid van de ingevulde vragenlijsten tot gevolg, maar ouders kunnen ook geholpen worden wanneer zij bepaalde vragen niet begrijpen.

Gerapporteerde scores

Aangezien er alleen vragenlijsten zijn ingezet tijdens het onderzoek zijn alle variabelen op een subjectief niveau gemeten. Om het ervaren gezinsklimaat te operationaliseren is er zelfs gebruik gemaakt van retrospectieve metingen. Dit heeft tot gevolg dat de gevonden scores mogelijk niet een betrouwbare afspiegeling zijn van de werkelijkheid. Daarnaast zijn alle metingen door één van de ouders gedaan, waardoor de gevonden scores tevens eenzijdig zouden kunnen zijn. Tenslotte levert ook het gebruik van de Goal Attainment Scale problemen op. Ouders stellen hiermee doelen op die niet

alleen qua inhoud maar ook qua zwaarte onderling verschillen van de doelen van anderen gezinnen. Daarnaast hebben sommige gezinnen twee doelen opgesteld en andere vijf. Aangezien het in dit onderzoek draait om een verschilscore en niet specifiek om de inhoud van de doelen is er toch voor gekozen om de Goal Attainment Scores mee te nemen. Toch moeten ook deze verschilcores met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, aangezien de onbetrouwbaarheden van beide scores waaruit ze zijn opgebouwd erin verwerkt zijn.

De betrouwbaarheid van de gerapporteerde scores zou vergroot kunnen worden door gebruik te maken van objectieve metingen, waaronder bijvoorbeeld video-observaties. Deze observaties maken tevens situatiespecifiek gedrag van de kinderen en gedrag waar de ouder zich niet altijd van bewust zijn meetbaar (Bornstein, Cote & Venuti, 2001). Ook metingen verricht door meerdere personen (leerkracht, behandelaars) zouden een completer beeld kunnen geven van de problematiek, en hierdoor de betrouwbaarheid vergroten.

Conclusies en verdere aanbevelingen

Bovenstaande verwachte en onverwachte resultaten leiden tot enkele conclusies en aanbevelingen. Er is deels bewijs gevonden dat de oplossingsgerichte therapie toegepast bij multi-probleem gezinnen niet alleen op korte (Koopman en Van der Lugt, 2007), maar ook op langere termijn effectief is (hypothese 1). De verwachtingen van de overige drie hypothesen, a) hoe groter het tijdsbestek tussen deelname aan de behandeling en dit onderzoek, hoe kleiner het behandel-effect, b) parental self-efficacy is van invloed op het gerapporteerde probleemgedrag bij de kinderen en c) het ervaren gezinsklimaat speelt een rol in de relatie tussen het behandel-effect en het probleemgedrag, zijn niet, dan wel deels uitgekomen. Het is echter voorbarig en tevens onterecht om al te veel waarde te hechten aan de bevindingen van het onderzoek vanwege de eerder genoemde tekortkomingen. In een volgend onderzoek, met een aan dit onderzoek verwante doel- en vraagstelling, is het van belang om de volgende punten van advies in ogenschouw te nemen, naast de al eerder genoemde aanmerkingen.

In de eerste plaats is er tijdens dit onderzoek geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Dit kwam mede doordat de gezinnen die op de wachtlijst stonden niet als zodanig gebruikt konden worden. Enerzijds stonden zij geen vastomlijnde periode op de wachtlijst omdat het vraag/hulpaanbod de ene periode beter op elkaar aansluit dan de andere periode. Anderzijds is het bovendien ethisch niet verantwoord gezinnen die dringend hulp nodig hebben langer te laten wachten dan noodzakelijk.

Het gevolg hiervan is dat strikt genomen niet aangetoond kan worden of de behandeling wel of geen effect heeft gehad. Het zou kunnen zijn dat de gevonden afname van de problematiek bij gezinnen die deelnamen aan de behandeling even groot is aan een

(spontane) afname (door rijping van het kind, verandering leefklimaat, etc.) van de problematiek bij de gezinnen in de controlegroep. Veerman, Jansen en Delicat (2005) geven echter aan dat het niet aannemelijk is dat chronische, complexe problematiek binnen gezinnen op grond van rijping of toevallige factoren substantieel zal veranderen. Dit zou bij een individueel gezin wel mogelijk zijn, bij een systematische verandering bij een grote groep behandelde gezinnen is dit echter bijna uitgesloten. Toch is het noodzakelijk om in een eventueel volgend onderzoek een controlegroep mee te nemen, wil er een uitspraak gedaan kunnen worden over de werkelijke effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie op de langere termijn.

Een tweede punt is de aanwezigheid van factoren (co-variabelen die niet meegenomen konden worden in de analyses of andere factoren die niet zijn uitgevraagd) die mogelijk een aandeel gehad kunnen hebben op het gevonden effect van de behandeling. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat de leeftijd van het kind van invloed is op de manier waarop ouders de gedragsproblemen ervaren. Uithuisplaatsing van een kind zou invloed kunnen hebben op het ervaren gezinsklimaat en de SES of omvang van het netwerk zouden weer de ruimte die problemen innemen en de invloed die ouders ervaren op het leven en de kind(eren) kunnen bepalen. Anderzijds zouden deze factoren ook de eerder gevonden modererende invloed van parental self-efficacy en het mediërende effect van het ervaren gezinsklimaat kunnen dempen, waardoor deze ten tijde van dit onderzoek niet significant aangetoond konden worden. Mogelijk zijn er nog meer andere factoren waarmee in dit onderzoek geen rekening gehouden is, maar die wel relevant zijn voor de uitkomst. Voor toekomstig onderzoek is het van belang om daar bij stil te staan.

Aangezien tenslotte het opzetten van gestructureerd en betrouwbaar onderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg van onschatbare waarde is, is het van belang om het reeds bestaande onderzoeksklimaat binnen het RMPI (verder) te professionaliseren. Dit door adequate procedures in te stellen en meerdere personen binnen de instelling verantwoordelijk te maken voor de uitvoering van deze procedures. Door de dataverzameling te standaardiseren kunnen gegevens systematischer en met minder uitval en fouten geregistreerd worden, wat de betrouwbaarheid van de resultaten weer ten goede komt. Tevens zal cumulatie van systematisch verzamelde gegevens over een nog langere periode dan nu gebruikelijk is (5 jaar) een toename van de power van de statistische toetsen tot gevolg hebben.

Wanneer bovengenoemde aanbevelingen in acht worden genomen, heeft een nieuwe uitvoering van onderzoek naar de effectiviteit van de oplossingsgerichte therapie op de langere termijn zeker bestaansrecht. Al is nieuw onderzoek wenselijk, ook de bevindingen van het huidige onderzoek en bovenstaande bespreking daarvan leveren een bescheiden bijdrage aan de kennis over de behandeling van multi-probleem gezinnen met behulp van de oplossingsgerichte methodiek.

Literatuurlijst

ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), gevonden op www.aseba.nl (15 april 2008).

Baartman, H., & Dijkstra, J.S. (1987). Multi-problem gezinnen II; de opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1: 2-20.

Bannink, F.P. (2007). Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 37: 87-94.

Berger, M., & Jonkman, H. (2005). Intensieve behandeling in het gezin. In Boendermaker, L. (Red.) De juiste hulp. *Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor ouders in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW.

Besharat, M. (2003). What Are the Main Differences Between Behavioral and Systems Therapy With Couples? A Critical Account *Journal of Contemporary Psychotherapy*: 33, 2.

CBS, Bevolking naar huishoudens positie 1995-2007, gevonden op www.cbs.nl (15 april 2008).

Bornstein, M.H., Cote, L.R., & Venuti, P. (2001). Parenting beliefs and behaviours in northern and southern groups of Italian mothers of young infants. *Journal of Family Psychology*, 15: 663-675.

Brown, E.A., & Dillenburger, K. (2004). An evaluation of the effectiveness of intervention in families with children with behavioural problems within the context of a Sure Start programme. *Child Care in Practice*, 10: 63-67.

Carpenter, J. (1997) Editorial: investigating brief solution-focused therapy. *Journal of Family Therapy*, 19: 117-120.

Cruz, J., & Littrell, J.M. (1998). Brief counseling with Hispanic American college students. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 26: 227-238.

De Jong, P., & Berg, K. (2001). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

De Shazer, S., & Isebaert, L. (2005). The Bruges Model: a solution-focused approach to problem drinking. *Journal of Family Psychotherapy*, 14: 43-52.

Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, J.C. (2000). Documentatie van test en testresearch in Nederland. Amsterdam: van Gorcum.

George, C., Henman, K.C., & Ostrader, R. (2006). The Family Environment and Developmental Psychopathology: The Unique and Interactive Effects of Depression, Attention, and Conduct Problems. *Child Psychiatry Human Development*, 37:163-177.

Glaser, B., Sayger, T., & Horne, A. (1993). Three Types of Family Environment Scale Profiles: Functional, Distressed, and Abusive Families. *Journal of Family Violence*, 8, 4.

Gostautas, A., Cepukiene, V., Pakrošnis, R., & Fleming, J.S. (2003). The outcome of solution-focused brief therapy for adolescents in foster care and health institutions. *Baltic Journal of Psychology, 6*: 5-14.

Grieterens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyene, A., van Assche, V., Ghesquire, M., & Hellinck, W. (2004). Comparison of Mothers', Fathers' and Teachers' Reports on Problem Behavior in 5- to 6 Year Old Children. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 26*, 2.

Halpern, L.F. (2004). The relations of coping and family environment to preschoolers' problem behavior. *Applied Developmental Psychology, 25*: 399-421.

Kemper, A. (2004). Intensieve vormen van thuisbehandeling: doelgroep, werkwijze en resultaten. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Kiresuk, J., & Sherman, R.E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*: 443-453.

Kiresuk, J., Smith, A., & Cardillo, J.E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurements*. New Jersey: Hove and London.

Koopman, F., & Van der Lugt, L. (2007). Effectonderzoek naar de Oplossingsgerichte Therapie van de Gezinsdagbehandeling van het RMPI.

McKeel, A.J. (2003). 'A clinician's guide to research on solution-focused therapy'. In Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (Eds.) *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Nichols, W.C. (2001). Integrative Family Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 11*, 3.

O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions. A new direction in psychotherapy*. Ontario: Penguin Books Canada Ltd.

Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual*. New York: Open University Press.

Prins, P., & Bosch, J. (1998). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Riehl-Emde, A., & Reich, G. (2001). Family therapy. Recent trends and discussions. *Psychotherapeut, 46*: 355-367.

Sanders, M.R., & McFarland, M. (2000). Treatment of Depressed Mothers With Disruptive Children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy, 89*-112.

Van de Berg-Paling, M. (2007). Cursusmateriaal RMPI: Oplossingsgericht Werken met Gezinnen.

Van Lokven, H.M. (2002). Multiprobleem gezinnen in Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 21*: 56-62.

Veenstra, M., & Reusens, M. (1999). Dagbehandeling: een semi- residentiële of een semi-ambulante cultuur? In Verheij, F., Monasso, M.P.M., Eussen, M.L., & Van Nuland, J.P. (Red.) *Zorgbreedte van de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.

Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M., & Delicat, J.W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of...? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen: Praktikon.

Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18. Afdeling kinder-en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H.M. (1997). Handleiding voor de Youth Self Report. Afdeling kinder-en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lundblad, A., & Hansson, K. (2006). Couples therapy: effectiveness of treatment and long-term follow-up, *Journal of Family Therapy* 28: 136–152.

Bijlagen

1. Social Readjustent Rating Scale (SRRS)

Hebben een of meerdere van de volgende gebeurtenissen plaatsgevonden na uw deelname aan de Gezinsdagbehandeling? Zet bij elke vraag een kruisje in het vak dat van toepassing is.

Gebeurtenis na deelname aan de Gezinsdagbehandeling:	Ja	Nee	Niet van toepassing
1. Bent u gaan trouwen met uw partner?			
2. Heeft u in de gevangenis gezeten of bent u opgenomen geweest in een andere instelling?			
3. Is er een gezinslid van u overleden?			
4. Zijn er grote verandering gekomen in uw slaapgewoontes (veel meer of minder slapen, verandering in tijden waarop er geslapen wordt)?			
5. Is er een naast familielid van u overleden?			
6. Zijn er grote veranderingen gekomen in uw eetgewoontes (veel meer of minder eten, veranderingen in tijden waarop er gegeten wordt)?			
7. Is er een vriend/in overleden?			
8. Heeft u kleine wetsovertredingen begaan (bijv. openbare dronkenschap, snelheidsbekeuring, parkeerbonnen etc.)?			
9. Heeft u een bijzondere persoonlijke prestatie behaald?			
10. Bent u zwanger geraakt?			
11. Zijn er grote verandering in de gezondheid of het gedrag van leden van uw gezin ontstaan?			
12. Zijn er seksuele problemen ontstaan?			
13. Zijn u en uw partner gescheiden gaan wonen?			
14. Bent u ontslagen?			
15. Bent u voor de wet gescheiden van uw partner?			
16. Zijn er grote persoonlijke gezondheidsproblemen ontstaan?			
17. Bent u verhuisd?			
18. Zijn er grote veranderingen gekomen in het aantal uren dat u werkt?			

2. Invloedschalen

Ervaren invloed leven

follow-up

Hoeveel invloed ervaart u op dit moment op uw eigen leven? Scoor op een schaal van 1 t/m 11 cirkels, een cirkel betekent: ik heb geen enkele invloed op mijn leven en 11 cirkels betekenen: ik heb heel veel invloed op mijn leven. Kruis het aantal cirkels aan dat van toepassing is. Denk niet te lang na, kruis het aantal aan dat als eerste in u opkomt.

Geen enkele invloed

Volledige invloed

Ervaren invloed kind

follow-up

Hoeveel invloed ervaart u op dit moment op uw kinderen? Scoor op een schaal van 1 t/m 11 cirkels, waarbij 1 cirkel betekent: ik heb geen enkele invloed op mijn kinderen en 11 cirkels betekenen: ik heb heel veel invloed op mijn kinderen. Kruis het aantal cirkels aan dat van toepassing is. Denk niet te lang na, kruis het aantal aan dat als eerste in u opkomt.

Geen enkele invloed

Volledige invloed

3. Ruimte van problemen

follow-up

Hoeveel ruimte nemen problemen op dit moment in uw leven in beslag? Scoor op een schaal van 1 t/m 11 cirkels, waarbij een cirkel betekent: de problemen nemen geen enkele ruimte in mijn leven in beslag en 11 cirkels betekenen: de problemen nemen alle ruimte in mijn leven in beslag. Kruis het aantal cirkels aan dat van toepassing is. Denk niet te lang na, kruis het aantal aan dat als eerste in u opkomt.

Geen enkele ruimte

Alle ruimte

4. Goal Attainment Scale

Doelen 1- 5

Een van de doelen die u tijdens de behandeling heeft opgeschreven was:

Welke score zou u uzelf op dit moment geven voor de mate waarin u dit doel heeft behaald?

5. GKS-schaalscores

Follow-up

1. *betrokkenheid*

1. Welke score, van 0 tot 10 zou u uw gezin geven voor de mate waarin gezinsleden zich op dit moment verbonden voelen met elkaar? Dus weten jullie bijv. van elkaar wat iedereen bezighoudt, steunen jullie elkaar vaak, of juist niet? Daarbij betekend 0 wij voelen ons helemaal niet verbonden met elkaar en 10 wij voelen ons ontzettend verbonden.

2. En welke score zou u uw gezin geven direct na deelname aan de Gezinsdagbehandeling?

3. En als u nog even terug denkt aan de tijd voor de Gezinsdagbehandeling, welke score zou u dan uw gezin geven voor de mate waarin gezinsleden betrokken zijn op elkaar?

	Score										
Op dit moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Direct na deelname aan de Gdb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Voor deelname aan de Gdb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. *Expressiviteit*

1. Welke score zou u uw gezin op dit moment geven voor de mate waarin gezinsleden hun gevoelens en meningen openlijk en direct uitten? Dus laten gezinsleden hun emoties en meningen vaak zien, of is dit lastig? Daarbij is 0 wij laten onze gevoelens en meningen nooit zien en 10 wij laten onze gevoelens en meningen altijd zien.

2. En welke score zou u uw gezin geven direct na deelname aan de Gezinsdagbehandeling?

3. En als u nog even terug denkt aan de tijd voor de Gezinsdagbehandeling, welke score zou u dan uw gezin geven voor de mate waarin gezinsleden gevoelens en meningen openlijk en direct laten zien?

	Score										
Op dit moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Direct na deelname aan de Gdb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Voor deelname aan de Gdb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Conflict

1. Welke score zou u uw gezin op dit moment gegeven voor de mate waarin er ruzies en/of conflicten voorkomen binnen het gezin? Zijn er bijv. vaak conflicten of ruzies, of valt dit juist wel mee? Daarbij is 0 er zijn geen enkele conflicten in ons gezin 10 er zijn altijd conflicten in ons gezin.
2. Welke score zou u uw gezin geven direct na deelname aan de Gezinsdagbehandeling?
3. En als u weer even terug gaat naar de tijd voor de Gezinsdagbehandeling, welke score zou u dan uw gezin geven voor hoe vaak er ruzies/conflicten voorkomen binnen het gezin?

	Score										
Op dit moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Direct na deelname aan de Gdb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Voor deelname aan de Gdb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Organisatie

1. Welke score zou u uw gezin op dit moment gegeven voor de mate waarin regels, taken en plichten binnen het gezin gehanteerd worden? Hoe vaak worden bijv. regels over het tijdstip van bedtijd, regels over wie er wat doet binnen het huishouden, regels over het opruimen van de kamers gebruikt? Daarbij is 0 wij hanteren nooit regels, taken en plichten in dit gezin, en 10 wij hanteren altijd regels, taken en plichten in dit gezin.
2. Welke score zou u uw gezin geven direct na deelname aan de Gezinsdagbehandeling?
3. En welke score zou u uw gezin behalen in de tijd voor de Gezinsdagbehandeling?

	Score										
Op dit moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Direct na deelname aan de Gdb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Voor deelname aan de Gdb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10