



De invloed van aanzetten, raakmomenten en niet-geaccepteerde aanzetten op de therapeutische werkrelatie in oplossingsgerichte gezinsbehandeling: een microanalytisch onderzoek

Sascha Smeding (0413941)

*Masterthesis Kinder- en Jeugdpsychologie
Faculteit Sociale Wetenschappen
Universiteit Utrecht*

*Begeleider: Prof. Dr. B. Orobio de Castro
Tweede beoordelaar: Dr. H. van Boxtel*

Juli 2009

Samenvatting

In het huidige onderzoek is een poging gedaan tot het identificeren van belangrijke momenten in gesprekken tussen therapeut en cliënt, die bijdragen aan de werkrelatie in oplossingsgerichte gezinsbehandeling. Het onderzoek is uitgevoerd op de gezinsdagbehandeling van het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI). Twaalf zogenaamde 'multi-problem gezinnen' hebben hun medewerking verleend aan registratie van 3 gesprekken, wat leidde tot een totaal van 28 opnames van gesprekken tussen cliënten en hun behandelaren. De opnames zijn gescoord op het voorkomen van sleutelmomenten in de behandeling: aanzetten, raakmomenten en niet-geaccepteerde aanzetten. De werkrelatie is gemeten op drie verschillende werkwijzen: met behulp van de SRS van Miller en Duncan (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown, & Johnson, 2004), welke de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt meet, met behulp van een vragenlijst voor de behandelaren, ontwikkeld op het RMPI, en via een rapportcijfer waarmee de behandelaren de werkrelatie na elke opname hebben beoordeeld.

Uit de resultaten blijkt dat er geen verband is tussen het aantal aanzetten in een gesprek en de kwaliteit van de werkrelatie. Het aantal raakmomenten hangt positief samen met het rapportcijfer dat de behandelaren gegeven hebben, maar niet met de werkrelatie zoals beoordeeld via de twee vragenlijsten. Het onderdeel 'tegenspreken' van de niet-geaccepteerde raakmomenten hangt positief samen met de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten. Zoals verwacht blijkt dat de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren niet significant samenhangen. In vervolgonderzoek zal gekeken moeten worden in hoeverre de gebruikte vragenlijst voor de behandelaren betrouwbaar is, om de huidige resultaten op waarde te kunnen schatten.

Inhoud

• <u>Samenvatting</u>	2
• <u>Inleiding</u>	4
○ <i>Multi-problem gezinnen</i>	4
○ <i>Gezinstherapie</i>	5
○ <i>Oplossingsgericht werken</i>	7
○ <i>Effectiviteit van het oplossingsgericht werken</i>	9
○ <i>Gezinsdagbehandeling van het RMPI</i>	11
○ <i>Werkrelatie</i>	13
○ <i>Huidig onderzoek</i>	14
• <u>Methoden</u>	17
○ <i>Onderzoeksgroep</i>	17
○ <i>Meetinstrumenten</i>	17
○ <i>Operationalisaties</i>	18
○ <i>Procedures</i>	20
○ <i>Statistische analyse</i>	21
• <u>Resultaten</u>	22
○ <i>Wat is de invloed van aanzetten op de werkrelatie?</i>	22
○ <i>Wat is de invloed van raakmomenten op de werkrelatie?</i>	22
○ <i>Wat is de invloed van niet-geaccepteerde aanzetten op de werkrelatie?</i>	23
○ <i>Zijn er verbanden tussen de verschillende meetwijzen van de werkrelatie (door cliënt, behandelaren en via rapportcijfer)?</i>	23
• <u>Discussie</u>	25
• <u>Literatuurlijst</u>	28
• <u>Bijlage 1: Vragenlijst Werkrelatie Cliënt</u>	31
• <u>Bijlage 2: Vragenlijst Werkrelatie Behandelaren & rapportcijfer</u>	32
• <u>Bijlage 3: Handleiding</u>	33

Inleiding

Op de gezinsdagbehandeling van het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI) worden jaarlijks gemiddeld 50 multi-problem gezinnen geholpen om hun leven wat beter op de rails te krijgen. Voor sommigen is dit de eerste stap in een grote puzzel, voor anderen is het toewerken naar een voorlopig eindpunt. Zij hebben al een lange weg van hulpverlening achter de rug en dit is een laatste puzzelstukje om hun gezin voorlopig op de rails te kunnen houden. Maar voor elk gezin geldt dat de problemen dermate complex zijn dat de gezinsleden er zelf niet meer uitkomen. Tijdens de zes weken durende gezinsdagbehandeling gaan de gezinnen via de oplossingsgerichte methode aan de slag met hun problemen, daarbij geholpen door een drietal ervaren therapeuten. Uit onderzoek (o.a. Gingerich en Eisengart, 2000; Stam, Dekovic, Buist en de Vries, 2006) is gebleken dat deze methode effectief is bij gezinnen met eenvoudiger problemen in het buitenland. Vooral de werkrelatie lijkt van groot belang voor het resultaat van de behandeling. Maar wat is nu precies datgene dat voor een goede werkrelatie zorgt? In dit onderzoek wordt één stukje van deze puzzel, de communicatie tussen therapeut en cliënt, onder de loep gelegd. Doel van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre verbale communicatie en de nonverbale reacties hierop de kwaliteit van de werkrelatie bepalen.

Allereerst volgt daartoe een uitleg over de doelgroep en de betreffende methode volgens welke de doelgroep wordt behandeld. Vervolgens wordt het huidige onderzoek besproken.

Multi-problem gezinnen

Naar schatting kampt 15% van de gezinnen in Nederland met ernstige problemen in de verzorging en opvoeding van kinderen. Deze gezinnen behoren veelal tot de onderste sociaal economische laag van de Nederlandse samenleving en kennen een veelvoud aan complexe, chronische en met elkaar samenhangende problemen waardoor ze er niet in slagen om hun gezin goed te laten functioneren (Van Lokven, 2002). Deze gezinnen worden multi-problem gezinnen genoemd, een vaag begrip dat tegenwoordig veelvuldig gebruikt wordt door verschillende instanties. De term stamt uit het einde van de jaren '50 en beschrijft een diverse groep van gezinnen met verschillende problemen die vaak al langere tijd in de hulpverlening rondlopen. Zij zijn in het verleden met verschillende termen aangeduid, als "onmaatschappelijke gezinnen" en "kansarme gezinnen".

Het is moeilijk om een eenduidige definitie te geven van multi-problem gezinnen, mede vanwege de complexiteit van het verschijnsel (Zinko, Meijer, & Oppenoorth, 1991). Baartman en Dijkstra (1987) wijzen op een viertal kenmerken die multi-problem gezinnen vaak met elkaar gemeen hebben:

1. Het bindingscomplex; de gezinsleden zijn sterk en negatief aan elkaar gebonden, hetgeen wil zeggen dat ze niet met en niet zonder elkaar kunnen leven.
2. De generatiecyclus; leefpatronen uit de gezinnen van herkomst zetten zich voort in de volgende generatie.
3. De crisiscyclus; de gezinnen leven jarenlang in een cyclus van oplopende spanningen- ontladingen- verzoeningen- etc.
4. De veelheid aan problemen; er is sprake van een grote hoeveelheid aan problemen die onderling met elkaar verweven zijn.

Deze problemen waar multi-problem gezinnen vaak mee worstelen zijn onder te verdelen in vijf verschillende dimensies:

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

Vaak kent het multi-problem gezin problemen op al deze dimensies, al kan de ernst van de problemen per dimensie verschillen. Een veel voorkomend verschijnsel bij multi-problem gezinnen is parentificatie: een interactiepatroon binnen het gezin waarbij de generatiegrenzen worden overschreden. De rollen worden omgekeerd, de kinderen nemen oudertaken over en andersom (Van Montfoort en Oudendijk, 1984).

Samenvattend kunnen de problemen die bij de zogenaamde multi-problem gezinnen spelen worden getypeerd als: (1) veelvuldig, (2) onderling verweven, (3) langdurig, (4) transgenerationeel en (5) weerbarstig voor hulp van buitenaf (Baartman & Dijkstra, 1987).

Bij hulpverleners staan de multi-problemgezinnen bekend als moeilijke en lastige cliënten. Het is lastig afspraken met hen te plannen, ze komen te laat of niet op dagen. Ook zien ze vaak het nut van de hulpverlening niet in, haken gedurende een behandeling af of willen geheel uit het hulpverleningscircuit stappen. Gezien de ernst van de problematiek en het 'moeilijke' karakter van veel multi-problem gezinnen is het dan ook van belang een interventiemethode te kiezen die aansluit bij de complexiteit van de problemen en aangetoond effectief is bij deze doelgroep, een interventie waarbij het gehele gezin behandeld wordt. Gezinstherapie is dan ook de meest voor de handliggende interventiemethode voor deze gezinnen.

Gezinstherapie

Gezinstherapie is de overkoepelende term voor een verscheidenheid aan methodieken en strategieën die worden gebruikt in de begeleiding en behandeling van gezinnen met psychosociale problemen. Het belangrijkste kenmerk van de gezinstherapie is dat het zich

niet, zoals in de 'gewone' psychotherapie, richt op de problemen of stoornissen van één persoon, maar op de problemen die binnen het gezin als geheel een rol spelen. Het gezin wordt gezien als een systeem van interacties en communicatiepatronen. Door psychische stoornissen of andere individuele problemen worden de interacties en patronen binnen het gezin als geheel ontwricht (Abma, 2005).

De gezinstherapie kent niet één algemene grondlegger. In het middel van de jaren '50 werden vrijwel tegelijkertijd op verschillende plekken in de Verenigde Staten en Groot Brittannië varianten ontwikkeld. De basis werd gelegd door psychiaters en maatschappelijk werkers. Psychiaters merkten dat de behandeling van een patiënt van invloed was op de gezinsverhoudingen en andersom. Deze invloeden konden zowel positief als negatief werken. Maatschappelijk werkers merkten tegelijkertijd dat de behandeling van één kind niet voldoende was, het gehele gezin moest worden aangepakt om de problemen op te kunnen lossen.

De benadering van het gezin als systeem waaide in de jaren '60 over naar Nederland en werd positief ontvangen. Toch duurde het nog tot in de loop van de jaren '70 voordat er meer gezinstherapeuten en instellingen voor gezinsbehandeling kwamen. De gezinstherapie heeft in de decennia die volgden zijn positie weten te behouden en zijn invloed vergroot (Abma, 2005).

Op dit moment zijn er binnen de Nederlandse gezondheidszorg tal van ondersteunings-, behandel-, preventie- en sanctieprogramma's actief die het gezin geheel behandelen. Voorbeelden hier van zijn *Families First*, *Triple P* en *Incredible Years*. *Families First* richt zich op gezinnen in een crisissituatie, en waarbij één of meer kinderen uit huis geplaatst dreigen te worden. Het doel van deze behandeling is om het gezin bij elkaar te houden door te zorgen dat de veiligheid van de kinderen in het gezin gewaarborgd is (Kemper, 2004). *Triple P* is de Nederlandse variant van het Australische Positive Parenting Program, dat bedoeld is voor ouders met kinderen tot 16 jaar. Het algemene doel is de preventie van emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen, door het bevorderen van competent ouderschap en het zelfvertrouwen van ouders (Sanders & McFarland, 2000). *Incredible Years* is programma dat preventief ingezet kan worden bij kinderen van 2 tot 8 jaar, die het risico lopen op het ontwikkelen van disruptieve gedragsstoornissen. De behandeling vindt plaats via de ouders, door middel van 12 ouderbijeenkomsten. In deze bijeenkomsten leren de ouders opvoedingsvaardigheden die een gunstige invloed hebben op zowel het gedrag als de ontwikkeling van het kind (op sociaal, emotioneel en cognitief gebied). *Incredible Years* is de enige van de drie genoemde programma's waarbij de effectiviteit is onderzocht. Raaijmakers (2008) onderzocht in haar case control studie 144 vierjarigen die een vergroot risico liepen op disruptieve gedragsstoornissen. De ouders van 72 van deze vierjarigen namen deel aan het programma *Incredible Years* en vormden de onderzoeksgroep. Daarnaast was er een

gematchte controlegroep van de overige 72 vierjarigen, wiens ouders de gebruikelijke zorg aangeboden kregen. Uit Raaijmakers resultaten bleek dat Incredible Years significant effectief is in de preventie van disruptieve gedragsstoornissen. Meer onderzoek is nodig naar de lange termijn effecten van het programma en naar modererende en mediërende factoren die van invloed zijn.

De hierboven beschreven vormen van gezinstherapie leggen veelal de nadruk op de vele problemen die binnen de gezinnen spelen. Gesuggereerd wordt echter dat wanneer de nadruk gelegd wordt op de krachten en mogelijkheden die deze gezinnen wél bezitten, de effectiviteit van de behandeling zal toenemen (Van de Berg-Paling, 2007). Een interventiemethode die volgens dit principe werkt is de methode van oplossingsgericht werken.

Oplossingsgericht werken

De basis van het oplossingsgericht werken (OGW) werd gelegd in de jaren '80. In de Verenigde Staten ontwikkelden Steve de Shazer, Insoo Kim Berg en hun team van het Brief Family Therapy Center in Milwaukee de "Solution Focused Brief Therapy", een kortdurende therapie die zich voornamelijk richtte op de oplossingen in plaats van op de problemen. Binnen deze therapievorm werd de cliënt gezien als de expert, bekwaam over alle aspecten van zijn leven. Reeds aanwezige hulpbronnen werden georganiseerd om tot de gewenste veranderingen te komen. Gemiddeld duurde deze therapie maar vijf sessies, waarna er significante en blijvende verbeteringen waren behaald (Voncken, 2006).

De oplossingsgerichte manier van werken onderscheidt zich qua werkwijze sterk van andere vormen van psychotherapie. Veel therapievormen richten zich allereerst op de problemen die binnen het gezin aanwezig zijn en de oorzaken voor deze problemen. De oplossingsgerichte methode slaat deze eerste stap over. De ervaring leert dat 'vooruitkijken' goed aansluit bij de gezinnen. Achteruitkijken, naar het verleden, heeft in hun beleving veelal niets opgeleverd, waardoor ze zich onmachtiger zijn gaan voelen (Van de Berg-Paling, 2007). In plaats van zich te verdiepen in de problemen die er zijn, verdiept de oplossingsgerichte methode zich dan ook in de mogelijke oplossingen. Er wordt vanuit gegaan dat de cliënt de oplossing onbewust al in zich heeft, in de vorm van uitzonderingen. Geen enkel probleem is constant aanwezig, dit betekent dat er uitzonderingen zijn op het probleem. Deze uitzonderingen worden uitgevraagd, zodat de handelingen die gezorgd hebben voor deze uitzondering ook toegepast kunnen worden in de probleemsituatie en zo tot de oplossing kunnen leiden. Het eigenlijke idee hier achter is dat de cliënt niet in staat is tot een helicopterview: boven het probleem gaan hangen om zo objectief te kunnen kijken naar mogelijke oplossingen. Door middel van het uitvragen van de uitzonderingen wordt een

bruggetje geslagen en wordt de cliënt aangemoedigd verder te kijken dan het probleem an sich.

De cliënt wordt constant aangemoedigd om zich een denkbeeldige situatie in te beelden waarin het probleem verdwenen is, wat is er dan anders? Op welke momenten komt dit al (gedeeltelijk) voor? De stemming van de cliënt is hierbij ook van belang. Wanneer de cliënt een negatieve, probleemgerichte stemming heeft, zal het zoeken naar oplossingen niet slagen. Daarom wordt de cliënt door middel van vragen steeds in een positieve stemming gebracht en getracht te houden. De cliënt bepaalt vooraf zelf het doel van de therapie en is daardoor extra gemotiveerd om aan de slag te gaan. Zoals eerder gezegd wordt er vanuit gegaan dat de oplossingen voor de problemen zich al in de (nog onbewuste) cliënt bevinden. De therapeut stelt zich dan ook niet op als expert, maar ziet de cliënt als de enige echte deskundige in zijn eigen problematiek. De therapeut neemt een sturende rol in, waarbij hij er voor zorgt dat de conversaties oplossingsgericht blijven. Ook helpt hij de cliënt bij het opstellen van haalbare doelen. Binnen het OGW worden drie soorten cliënten onderscheiden:

- de Klant:

Deze cliënt ziet zichzelf als onderdeel van het probleem en staat daardoor open voor oplossingsgerichte suggesties. Dit type cliënt krijgt doe-opdrachten mee en gaat echt aan de slag met de door hem opgestelde doelen. Het is van belang dat deze klant ook echt klant blijft. De therapeut zal zichzelf dan ook constant moeten blijven afvragen waar deze cliënt klant voor is, wat wil hij bereiken? Wanneer dit niet meer duidelijk is, moet de cliënt weer als klant worden gewonnen door middel van opdrachten.

- de Bezoeker:

Een cliënt die door iemand anders is gestuurd en zelf aangeeft eigenlijk weinig klachten te hebben. Deze cliënt krijgt begrip voor zijn situatie, maar hoeft geen opdrachten van de therapeut te verwachten. Wel pogen de therapeuten hem, door middel van het stellen van vragen en het uitdiepen van zijn doelen tot 'klant' te maken.

- de Klager:

Een cliënt die zichzelf als slachtoffer van de omstandigheden ziet. Dit type cliënt zoekt de oplossing voor hun probleem constant buiten zichzelf. Een dergelijke cliënt krijgt alleen zelfobservatie opdrachten mee. Deze zelfobservatie opdrachten zouden er uiteindelijk toe moeten leiden dat de klager 'klant' wordt.

De oplossingsgerichte therapie werkt grotendeels met vragen en opdrachten voor de cliënt. De therapeut vraagt allereerst wat de cliënt wil veranderen aan het probleem. Uit de wensen van de cliënt wordt een centraal thema gekozen waaraan gewerkt zal worden tijdens de behandeling. De therapeut stuurt de cliënt door middel van specifieke vragen waarmee een zo duidelijk mogelijk beeld wordt verkregen van het doel (Mol, 2008). Een belangrijke

techniek van het OGW is de *taal van oplossingen*, welke verschilt van de taal van problemen. De laatste is over het algemeen negatief en gefocust op de verleden tijd om zo een beeld te scheppen van het ontstaan van het probleem. Deze taal suggereert ook permanentie van het probleem. Daarentegen is de taal van de oplossingen positiever, hoopvol, gericht op de toekomst en suggereert dat de problemen van korte duur zijn. Binnen het OGW is taal het belangrijkste middel voor interventie. Er moet dan ook voorzichtig omgegaan worden met taal. Zo worden vragen zo gesteld dat deze geassocieerd wordt met iets positiefs in plaats van met iets negatiefs.

Soms hebben cliënten moeite met het formuleren van heldere doelen. Wanneer dit het geval is, kan de *wondervraag* helpen. De cliënt wordt gevraagd zich voor te stellen dat er terwijl hij slaapt een wonder is gebeurd en dat op magische wijze alle problemen zijn opgelost. Vervolgens vraagt de therapeut wat er allemaal anders zou zijn, als de cliënt wakker wordt. Wat voelt, denkt en doet de cliënt anders dan normaal? En, ook belangrijk, hoe merkt de omgeving de verandering op, hoe reageren zij? De wondervraag is tevens een hulpmiddel om de cliënt in een positieve *mind-set* te krijgen en zo open te staan voor eigen oplossingen. De techniek van het *vragen naar uitzonderingen* sluit hier enigszins bij aan. Via deze weg kijken cliënt en therapeut samen of er al momenten zijn geweest die lijken op het 'wonder' zoals door de cliënt beschreven. De therapeut zal vragen wanneer het wél goed ging en wat de cliënt toen deed om dat te bereiken. Het is hierbij van belang dat de antwoorden van de cliënt zo concreet mogelijk worden, de behandelaar mag niets zelf invullen. De therapeut neemt de 'niet-weten houding' en laat de cliënt precies uitleggen wat hij bedoelt. De therapeut geeft met de uitzonderingsvragen aan dat hij vertrouwen heeft in het vermogen van de cliënt om zelf oplossingen te vinden voor zijn problemen. Daarnaast zal het de cliënt het gevoel geven dat de problemen beter controleerbaar worden.

Het *gebruik van schaalvragen* ('Op een schaal van 1 tot 10:') kan doelen meetbaar maken en inzicht geven in de vooruitgang. De therapeut vraagt de cliënt de situatie een cijfer te geven, waarbij een tien staat voor een probleemloze situatie en een één voor een situatie waarin de problemen het hevigste zijn.

Een laatste belangrijk hulpmiddel waar gebruik van gemaakt wordt binnen de gezinsdagbehandeling is de zogenaamde *flowchart*. Dit is een schematische weergave van de status van de cliënt als 'klant'. De cliënt loopt een viertal fases door, die uiteindelijk zullen leiden tot een gemotiveerde cliënt, die zich coöperatief opstelt en concrete, werkbare en haalbare doelen opgesteld heeft. De vier fases zijn als volgt: (1) Is er een hulpvraag? (2) Is de hulpvraag haalbaar? (3) Is de hulpvraag werkbaar? (4) Zijn de hulpbronnen bereikbaar?

Effectiviteit van het Oplossingsgericht Werken

De methode van oplossingsgericht werken is nog relatief jong, ontstaan in het begin van de jaren '80. In twintig jaar tijd heeft deze methode de therapeutische wereld veroverd en is tegenwoordig een geaccepteerde vorm van therapie in de Verenigde Staten, Europa en Azië. Het oplossingsgerichte werken wordt gebruikt in vele instellingen: ziekenhuizen, scholen, gevangenissen, residentiele opvang, sociale instellingen, kinderbescherming, gezinsklinieken en psychiatrische instellingen (Miller, Hubble, & Duncan, 1996). Therapeuten die oplossingsgericht werken zien positieve resultaten en een hoge cliënttevredenheid. Hoe effectief is deze methode nu daadwerkelijk?

Gingerich en Eisengart (2000) vergeleken in een metastudie 15 studies die de effectiviteit van het oplossingsgerichte werken onderzochten. Uit hun resultaten concludeerden zij dat OGW effectiever is dan geen behandeling of de standaard zorg. Verder zou IPT, een kortdurende psychotherapie die zich richt op de connectie tussen interacties en de ontwikkeling van de psychiatrische symptomen van een persoon, even effectief zijn als de oplossingsgerichte methode. Echter, van de in totaal 15 studies die gebruikt werden in de meta-analyse waren er slechts vijf studies van redelijke kwaliteit. De overige studies kenden een lagere kwaliteit. De vijf studies van redelijke kwaliteit kenden verschillende populaties en bestudeerden niet altijd alle onderdelen van OGW. Door deze nadelen kunnen de onderzoekers niet met zekerheid conclusies trekken betreffende de effectiviteit van OGW. Ze durven echter wel voorzichtig te suggereren dat OGW inderdaad zou kunnen werken voor verschillende doelgroepen.

In 2006 voerden Stam, Dekovic, Buist en de Vries een meta-analyse uit van 21 internationale studies, waarbij ze OGW vergeleken met probleemgerichte therapievormen. Ze concludeerden dat de resultaten van OGW even goed zijn als van probleemgerichte therapie. OGW bewerkstelligt echter sneller een positief effect en bevredigt de behoefte aan autonomie van de cliënt beter. Een andere belangrijke bevinding was dat er bij OGW minder sprake was van uitval dan bij de probleemgerichte therapievormen.

Corcoran (2006) vond soortgelijke resultaten. In haar studie vergeleek zij 239 families met kinderen met gedragsproblemen, die door de school verwezen waren. Het idee was om een vergelijking te maken tussen een OGW-groep en een wachtlijstgroep, maar het lukte Corcoran niet om dit organisatorisch rond te krijgen. Uiteindelijk is eerst groep 1 behandeld volgens de oplossingsgerichte methode, daarna is groep 2 behandeld met een gezinstherapie gebaseerd op cognitieve gedragsinterventies (CGT). Uit de resultaten bleek dat beide methoden even veel invloed hadden op de problemen. Ook hier viel echter op dat bij de OGW-groep significant minder mensen de behandeling voortijdig afbraken, dan bij de CGT-groep. Corcoran suggereert dat dit kan komen doordat de cliënt binnen het OGW zelf zijn doelen opstelt, waardoor de cliënten beter inzagen wat het nut van de behandeling was. Daarnaast zou de gerichtheid op de krachten van de cliënt en de complimenten die ze

kregen de cliënten meer hoop op vooruitgang geven en ze gemotiveerd houden om door te gaan met de behandeling.

Recentelijk deed Kim (2008) een meta-analytisch onderzoek naar het oplossingsgericht werken in de hulpverleningspraktijk. Ook zij vond dat OGW even goede resultaten boekt als andere vormen van psychotherapie. Opvallend was echter dat met name de internaliserende problemen significant verminderden naar aanleiding van OGW. De externaliserende-, familie- en relatieproblemen lijken minder beïnvloed te worden. Dit komt overeen met de resultaten van eerdere onderzoeken van Steve de Shazer en De Jong & Berg (Trimbos, 2006). Zij concludeerden dat OGW vooral effectief is wanneer er sprake is van depressieve klachten en psychosociale problemen. Onder deze laatste noemer vallen problemen als terugtrekkend gedrag, ouder-kindconflicten, gezinnen met fysiek of seksueel geweld en relatieproblemen. De oplossingsgerichte methode lijkt minder effectief bij gezinnen waarin paniekaanvallen een rol spelen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de oplossingsgerichte methode in principe even goed werkt als de probleemgerichte therapievormen bij voornamelijk internaliserende en psychosociale problemen. OGW kent echter interessante bijeffecten. Zo zou er meer motivatie zijn bij de cliënt om de therapie af te maken, sneller een positief resultaat en meer recht worden gedaan aan het gevoel van autonomie bij de cliënt.

Gezinsdagbehandeling van het RMPI

De oplossingsgerichte gezinstherapie kent niet binnen elke instelling dezelfde uitwerking. Om deze reden zal nu dieper ingegaan worden op de gezinsdagbehandeling die de setting vormt van huidig onderzoek. Dit is een pré voor het op waarde schatten van de therapie en eventuele generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten van het onderzoek.

Het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI), waar huidig onderzoek wordt uitgevoerd, is een derdelijns instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de regio Zuid-Holland. Het biedt zowel de mogelijkheid tot diagnostiek, behandeling en begeleiding als de mogelijkheid tot onderwijs aan verschillende doelgroepen in verschillende leeftijdscategorieën. Sinds september 1993 is de gezinsdagbehandeling voor multi-probleemgezinnen één van deze mogelijkheden. Om de twee maanden starten hier twee behandelgroepen met elk drie á vier gezinnen: ongeveer 42 gezinnen op jaarbasis. De reden voor de start van een gezinsdagbehandeling waren de lange wachttijden voor een klinische gezinsbehandeling. De wachttijden lagen vóór de start van de gezinsdagbehandeling tussen de 6 en 9 maanden, soms oplopend tot een jaar. Sinds het begin van de gezinsdagbehandeling is de wachttijd sterk gedaald, op dit moment is er van een wachtlijst geen sprake meer. De gezinnen die meedoen worden door onder andere Bureau Jeugdzorg of het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) doorverwezen naar het RMPI. Het betreft hier

gezinnen die vastgelopen zijn door bijvoorbeeld gezagsproblemen, psychiatrische problemen bij ouder en/of kind of maatschappelijke problemen. De centrale doelstelling van de gezinsdagbehandeling is dan ook *het opheffen van de stagnatie van de gezinsontwikkeling* (Voncken, 2006).

Op de gezinsdagbehandeling wordt gewerkt met een groep van maximaal vier gezinnen. Deze groep komt gedurende zes weken drie dagen per week naar de gezinsdagbehandeling. Voorafgaande aan de zes weken gaan de therapeuten op bezoek bij de cliënten. Zo krijgen zij een beeld van de thuissituatie. Hierna volgt er een zogenaamde contractbespreking op de gezinsdagbehandeling, waarin de cliënt samen met de therapeuten de doelen opstelt waar hij aan wil gaan werken. Vervolgens starten de zes weken van behandeling. Het behandelprogramma van de gezinsdagbehandeling kent een gefaseerde opbouw en sluit daardoor aan bij waar de therapeut en cliënt zich op dat moment bevinden in de eerder besproken flowchart. De behandeling is ingedeeld in vijf fasen, waarbij iedere fase wordt gekenmerkt door een stap in het proces.

Fase 1: De kennismaking. Gedurende deze fase leren de behandelaren het referentiekader van de cliënt kennen, om zo goed mogelijk mee te kunnen puzzelen naar krachten, oplossingen en mogelijkheden. De doelen van de cliënt worden opgesteld en de uitzonderingen worden uitgevraagd.

Fase 2: Haalbaarheid van de hulpvraag. In deze fase puzzelen de behandelaren samen met de cliënt over de vraag of de hulpvraag haalbaar is. Wanneer de hulpvraag veroorzaakt wordt door een 'probleem' dan is dit op te lossen, maar wanneer er sprake is van een 'beperking' wordt dit moeilijker en zal de cliënt moeten leren hier zo goed mogelijk mee om te gaan.

Fase 3: Tussenevaluatie. De balans wordt opgemaakt. Waar hebben de gezinnen aan gewerkt, wat hebben ze precies gedaan en wat is er nog nodig om de gestelde doelen te bereiken?

Fase 4: Crisis. Gedurende deze fase wordt er toegewerkt naar een zogenaamde 'crisis', door de druk op het proces te verhogen. De cliënt is nu goed op weg, maar kan dit ook behouden blijven tijdens moeilijke perioden? Door de druk te verhogen wordt zichtbaar waar nog aan gewerkt moet worden om terugval te voorkomen.

Fase 5: Verankering. In deze fase wordt datgene waar de gezinnen aan gewerkt hebben verankerd en eigen gemaakt. De gezinnen wordt gevraagd wat ze bereikt hebben en wat ze nog nodig zouden hebben. Wat is er nodig om het geleerde thuis vast te kunnen houden? Deze fase wordt afgesloten met een eindevaluatie, waarbij het eindverslag dat de behandelaren over het gezin hebben gemaakt wordt voorgelezen en er wordt besproken welk vervolgtraject er nodig is.

Deze periode van kennismaking, zes weken behandeling en eindevaluatie wordt een 'draai' genoemd.

Het behandelteam van de gezinsdagbehandeling bestaat uit een beleidspsychiater en twee gezinstherapeuten. De psychiater is eenmaal per week aanwezig voor vragen en het bespreken van de gemaakte vorderingen met zowel de cliënten als de gezinstherapeuten. De gezinstherapeuten zijn gedurende de gehele behandeling verantwoordelijk voor de uitvoering van het programma. Ze werken samen, als duo, wat een belangrijk ingrediënt is voor de behandeling. Dit duowerken fungeert als beveiliging tegen de invloed van machteloosheid, biedt de ruimte om zowel in de nabijheid als op afstand naar de gezinnen te kijken en geeft de mogelijkheid om altijd verschillende visies naast elkaar neer te zetten. De therapeuten zetten tevens een rolmodel neer. Ze stralen uit dat ze elkaar respecteren, het leuk hebben samen, echt en eerlijk zijn in hun communicatie en dat alles gezegd mag worden. Daarnaast laten ze zien dat zij normale mensen zijn, met eigen kwaliteiten en valkuilen (Van de Berg-Paling, 2007). Een tweede ingrediënt is het zogenaamde *reflecting team*. Voorafgaande aan de reflecting team bijeenkomst maken de therapeuten een video-opname waarop zij samen de week doorspreken. Alles wat zich afspeelt tussen gezinsleden, tussen gezinnen onderling en tussen gezinnen en therapeuten komt aan bod. Deze opname wordt in bijzijn van de beleidspsychiater getoond aan de gezinnen en onderling besproken. Het doel is de gezinnen bewust te maken van de processen en patronen die zich afspelen, waar later mee aan de slag gegaan kan worden om deze te veranderen/doorbreken. Deze ingrediënten dragen eraan bij dat na afloop van de zes weken ouders veelal met tevredenheid terugkijken op de behandeling (Koopman & Van der Lugt, 2007).

Werkrelatie

Uit de literatuur blijkt dus dat de oplossingsgerichte methode minstens even effectief is als andere therapievormen, maar dat er minder cliënten uitvallen. Uit het onderzoek van Koopman en Van der Lugt blijkt dat ouders van de gezinsdagbehandeling na afloop veelal tevreden terugkijken. Maar wat maakt het OGW nu precies effectief, wat zorgt voor die tevredenheid?

Meer dan 1000 onderzoeksresultaten geven bewijs dat de therapeutische werkrelatie een van de beste voorspellers voor het resultaat van een therapie is (Duncan, Miller, Reynolds, Sparks, Claud, Johnson & Brown, 2004). De term (therapeutische) werkrelatie is een samenvattende term die verwijst naar verschillende interactie- en relatiefactoren van therapeut en cliënt, die actief zijn tijdens de behandeling (Green, 2006). De werkrelatie kan van beide kanten, therapeut of cliënt, positief dan wel negatief worden ervaren. Wanneer er sprake is van een positieve werkrelatie, ervaren beide partijen een goede samenwerking. Er is sprake van vertrouwen en openheid. Horvath en Symonds (1991) deden onderzoek naar

de werkrelatie. Ze vonden een gemiddelde correlatie van .26 tussen werkrelatie en therapie-uitkomst. Krupnick en collega's (Duncan, Miller, & Sparks, 2004) vergeleken verschillende therapiesoorten voor depressie. Ook hun resultaten wezen de werkrelatie als sterkste voorspeller van de therapie-uitkomst aan. Het soort therapie bleek niet uit te maken: de therapievormen waren allemaal even effectief en dit was dan ook geen voorspeller voor de uitkomst. Uit een meta-analyse van Wampold (2001) naar de werkrelatie blijkt dat 54% van de variantie in het effect van de therapie toe te schrijven is aan de werkrelatie. Al deze bevindingen geven wel aan hoe belangrijk de werkrelatie is in de therapie.

Ackerman en Hilsenroth (2003) noemen twee clusters van aspecten die van belang zijn bij de werkrelatie: de therapeutfactoren en de techniekfactoren. Wat betreft de therapeut is het van belang dat deze een prettige persoonlijkheid heeft en een professionele houding. Voor de technieken in de behandeling is het belangrijk dat er technieken gebruikt worden zijn die gericht zijn op het creëren van een prettige en veilige sfeer, als mede probleemverkenningstechnieken. Deze laatste technieken geven de cliënt het gevoel dat hij serieus genomen wordt. Watson en McMullen (2005) vonden daarnaast dat ook de manier waarop de therapeut de cliënt betreft in het proces van belang is voor een goede werkrelatie. De therapeut moet openstaan voor discussie over de werkwijze, doelen en vooruitgang en deze discussie ook stimuleren, dit zou de kwaliteit van de werkrelatie ten goede komen.

Huidig onderzoek

In de oplossingsgerichte methode is de communicatie zeer belangrijk. De therapeuten gaan creatief met de communicatie om, om zo een zo positief mogelijke reactie bij de cliënt op te roepen. Mogelijk zit in deze communicatie dan ook een van de sleutels naar een goede werkrelatie. Een tweede mogelijk punt van belang is emotionele betrokkenheid. Uit onderzoek van Sexton, Hembre en Kvarme (1996) blijkt dat emotionele reacties van de cliënt van invloed zijn op de formatie van de werkrelatie. Ze onderzochten door middel van microanalyse een totaal van 128 therapie sessies. Sessies die een hoge werkrelatie tussen cliënt en therapeut kenden, werden gekarakteriseerd door meer negatieve emotionele reactie van de cliënt. Sexton, Hembre en Kvarme suggereren dat veel negatieve emotionele reactie van de cliënt een aanwijzing is dat de werkrelatie zich aan het ontwikkelen is.

Gek genoeg is er nooit gekeken naar wat nu de belangrijkste communicatiepatronen zijn die nodig zijn voor een goede werkrelatie. Het onderzoek van Sexton, Hembre en Kvarme (1996) is daarnaast tot op heden het enige onderzoek die het verband tussen emotionele reacties en de werkrelatie onderzoekt. Bij het ontbreken van literatuur zijn wij zelf gaan observeren en praten met therapeuten.

Wij denken dat er een belangrijke rol is weggelegd voor de, wat wij noemen, 'raakmomenten'. In de gesprekken tussen therapeut en cliënt zijn er momenten waarop de therapeut iets zegt, waardoor de cliënt emotioneel geraakt is: raakmomenten. Een gesprek kent een natuurlijk ritme. Beide deelnemers aan het gesprek, zowel de therapeut als cliënt, houden zich hier het grootste gedeelte van het gesprek aan. Echter, op sommige momenten doorbreekt de therapeut het ritme van de conversatie en zegt plotseling iets wat de cliënt raakt. Voorbeelden zijn het maken van een grapje, het geven van een compliment, het juist benoemen van gevoelens van de cliënt en het geven van de eigen visie op datgene wat de cliënt vertelt. De cliënt kan deze zogenaamde *aanzet* accepteren, wat leidt tot een *raakmoment*, of negeren dan wel niet accepteren, waardoor het leidt tot een *niet-geaccepteerde aanzet*. Wanneer er sprake is van een raakmoment verandert het gedragspatroon van de cliënt zichtbaar of hoorbaar. De gezichtsexpressie, houding en het oogcontact zal veranderen. De cliënt kan bijvoorbeeld gaan lachen, huilen, blozen, knikken of even stil vallen, het oogcontact met de therapeut zal intensiveren en haar houding zal ontspannen. De cliënt zal zich meer richten op de therapeut. Een raakmoment kan positief dan wel negatief zijn (bijvoorbeeld lachen of huilen). Het raakmoment kan kort dan wel langer duren.

Doel van het huidige onderzoek is om te kijken of deze specifieke momenten van invloed zijn op de werkrelatie. De onderzoeksvragen zijn dan ook als volgt:

- **Wat is de invloed van aanzetten op de werkrelatie tussen cliënt en therapeut en verschilt dit per soort aanzet?**
- **Wat is de invloed van raakmomenten op de werkrelatie tussen cliënt en therapeut?**
- **Wat is de invloed van niet-geaccepteerde aanzetten op de werkrelatie tussen cliënt en therapeut en verschilt dit per soort niet-geaccepteerde aanzet?**

Hierbij wordt gekeken naar de aantallen aanzetten, raakmomenten en niet-geaccepteerde aanzetten per minuut, per opname. De aanzetten zullen in zijn geheel worden bekeken, maar ook opgesplitst worden in complimenten geven, grapjes maken, mening geven en gevoelens benoemen. Zo kan gekeken worden of de ene vorm van de aanzet meer invloed heeft op de werkrelatie dan een andere vorm van de aanzet. Hetzelfde verhaal gaat op voor de niet-geaccepteerde aanzetten. Deze worden opgedeeld in negeren en tegenspreken.

De werkrelatie wordt verdeeld in de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt(en) en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaars. Deze laatste wordt op zijn beurt weer verdeeld in de beoordeling van de werkrelatie voortkomend uit de vragenlijst en in de

beoordeling van de werkrelatie voortkomend uit het rapportcijfer voor de werkrelatie dat de behandelaren elk gesprek hebben gegeven.

De reden om de werkrelatie op verschillende manieren te laten beoordelen is dat verschillende onderzoeken een verschil in de perceptie van de werkrelatie tussen cliënt en behandelaar vinden (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath, 2000; Duncan, Miller, & Sparks, 2004). De beoordeling van de werkrelatie door de cliënt lijkt een betere voorspeller van de therapie-uitkomst dan die zoals door de behandelaar. Behandelaren kunnen er dan ook niet vanuit gaan dat wanneer zij de werkrelatie als goed beoordelen, de cliënt deze ook als goed ervaart (Bachelor & Horvath, 1999). Dit duidt erop dat de cliënt en therapeut een verschillend idee van een goede werkrelatie hebben. In huidig onderzoek is er dan ook voor gekozen om de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt en de werkrelatie zoals beoordeeld door de therapeut beide te meten. Om te kijken hoe deze meetwijzen zich tot elkaar verhouden is een vierde onderzoeksvraag opgesteld:

- **Zijn er verbanden tussen de verschillende meetwijzen van de werkrelatie (zoals beoordeeld door de cliënt, de behandelaren en via het rapportcijfer)**

De verwachting is dat hoe hoger de frequentie van het aantal geaccepteerde aanzetten, dus de frequentie raakmomenten is, hoe positiever de cliënt en therapeut de werkrelatie zullen beoordelen. Om veel raakmomenten te laten plaatsvinden, moeten er ook veel aanzetten gedaan worden door de therapeut. Er wordt dan ook verwacht dat ook het aantal aanzetten samen zal hangen met de werkrelatie. Wat betreft het type aanzet, wordt verwacht dat complimenten en het geven van een mening het sterkste verband met de werkrelatie zullen hebben. Complimenten 'helen' en geven de cliënt erkenning voor wat hij gedaan heeft. Verder wordt verwacht dat hoe meer niet-geaccepteerde aanzetten er in een gesprek voorkomen, hoe slechter de werkrelatie is. Hierbij wordt verwacht dat het negeren van de aanzet een grotere negatieve invloed op de werkrelatie zal hebben dan het tegenspreken van de aanzet.

Wat betreft de vraag over de verschillende meetwijzen voor de werkrelatie is de verwachting dat er geen verband wordt gevonden tussen de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt en zoals beoordeeld door de behandelaren. Dit is gebaseerd op de conclusies van verschillende onderzoeken (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath, 2000; Duncan, Miller, & Sparks, 2004). Aangezien de rapportcijfers gegeven worden door de behandelaren wordt er wel een verband verwacht tussen dit rapportcijfer en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren. Vanwege de verwachting dat er geen verband is tussen de werkrelatie door cliënt en behandelaren, en het rapportcijfer gegeven wordt door de behandelaren, wordt er ook geen verband verwacht tussen het rapportcijfer en de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt.

Methoden

Onderzoeksgroep

Dit onderzoek is uitgevoerd op de gezinsdagbehandeling van het RMPI te Rotterdam. In totaal hebben 12 gezinnen toestemming gegeven voor het maken van filmopnames van een drietal contactmomenten: de contractbespreking, de tussenevaluatie en de maatwerkdag. Niet alle gezinnen waren bij alle drie de contactmomenten aanwezig. Dit heeft gezorgd voor een totaal van 28 opnames. Dertien van deze opnames zijn in 2008 gemaakt en gebruikt voor eerder onderzoek. De overige 15 opnames zijn in 2009 gemaakt.

De gezinnen zijn om diverse redenen aangemeld voor de gezindagbehandeling.

Kenmerkend voor alle gezinnen is echter dat er sprake is van dermate ernstige en complexe problematiek dat het gezinsfunctioneren belemmerd wordt. Het zijn multiprobleemgezinnen, zoals beschreven in de inleiding. De gezinssamenstellingen verschillen per gezin. Bij twee gezinnen is een moederfiguur afwezig. Bij 7 gezinnen is een vaderfiguur afwezig. De overige 3 gezinnen bestaan uit moeder en vader (biologisch dan wel stiefvader). De gezinnen hebben gemiddeld 2,2 kinderen.

Er zijn in totaal 7 behandelaren te zien op de opnames, optredend in afwisselende combinaties van twee behandelaren per opname.

Meetinstrumenten

Werkrelatie volgens ouders

Miller ontwikkelde samen met Duncan twee schalen om de werkrelatie te meten en te kunnen verbeteren: de Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating Scale (SRS). De Outcome Rating Scale geeft een beeld van het algemeen welbevinden van de participant. De Session Rating Scale meet hoe de ouders de werkrelatie beoordelen. Het zijn beide extreem korte vragenlijsten (elk vier items), waardoor ze goed te gebruiken zijn in de klinische praktijk, waar men altijd tijd te kort komt.

Voor dit onderzoek worden alleen de items van de SRS gebruikt. De participerende ouders hebben meteen na afloop van elk contactmoment, of op het moment dat de psychiater zich bij het gesprek voegt, deze vragenlijst ingevuld. Beide schalen bestaan uit vier items. Een item bestaat uit een lijn van 10 centimeter, waarop de ouder zijn oordeel aangeeft. Een voorbeeld van een item uit de SRS is:

Relatie/Contact

Ik voelde me niet
gehoord, begrepen
en gerespecteerd.

Ik voelde me
gehoord, begrepen
en gerespecteerd.

Duncan, Miller en collega's (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown, & Johnson, 2004) deden zelf onderzoek naar de door hen ontwikkelde SRS. Hun klinische onderzoeksgroep bestond uit 81 participanten. De interne consistentie van de SRS bleek goed, de test kent een Cronbach's Alpha van .88. De vier items correleren dus hoog met elkaar en lijken één begrip meten, de werkrelatie. Ook de test-hertest betrouwbaarheid is onderzocht, deze was .70. De SRS lijkt dan ook een prima alternatief voor langere vragenlijsten naar de werkrelatie.

Werkrelatie volgens behandelaren

De vragenlijst Beoordelingsschaal Werkrelatie – Behandelaar (BWB) is ontwikkeld bij eerder onderzoek naar de werkrelatie op de gezinsdagbehandeling van het RMPI. De lijst bestaat uit een viertal items waarop de behandelaren de werkrelatie kunnen beoordelen. De vragen hebben betrekking op de werkrelatie, het gevoel door ouders gerespecteerd te worden, de werkwijze passend bij de ouders en het begrip van wat ouders tijdens het contactmoment wilden. Ook in deze vragenlijst bestaat een item uit een lijn van 10 cm, waarop de behandelaar zijn oordeel aangeeft. Daarnaast zijn er voor de opnames die dit jaar (2009) gemaakt zijn twee vragen bijgekomen. De behandelaren worden gevraagd een rapportcijfer te geven aan de werkrelatie (op een schaal van 10). Daarnaast wordt er gevraagd om het aantal raakmomenten tijdens het gesprek in te schatten. Ook deze vragenlijsten worden meteen na afloop van het contactmoment ingevuld, of op het moment dat de psychiater zich bij het gesprek voegt. Een voorbeeld van een item van de BWB is:

Voelde je je vandaag gerespecteerd door de cliënten

Geen respect



Volkomen
gerespecteerd

De BWB is ontwikkeld bij eerder onderzoek op het RMPI. Tot voor kort waren er geen gegevens over de validiteit van deze vragenlijst. Met de gegevens uit het huidige onderzoek is de interne consistentie van de BWB berekend. De vragenlijst kent een Cronbach's Alpha van .90. De items correleren dus hoog met elkaar en lijken één begrip te meten: de werkrelatie zoals de behandelaren deze beoordelen. Voor de test-hertest betrouwbaarheid is verder onderzoek nodig.

Operationalisaties

Aanzet

Een aanzet is een handeling van de therapeut waarop een mogelijke reactie van de cliënt volgt (het raakmoment). De conversatie van de therapeut en cliënt loopt volgens een bepaald ritme. Bij een aanzet doorbreekt de therapeut het ritme van de conversatie, het

gedragspatroon wordt doorbroken. De therapeut verandert het onderwerp, bekijkt het onderwerp van een andere kant of praat door de cliënt heen. De aanzetten zijn in te delen in het maken van een grapje, het geven van een compliment, het benoemen van de gevoelens van de cliënt en het geven van haar mening. Een aanzet kan leiden tot een raakmoment, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn.

Voorbeeld aanzet (compliment)

Cliënt: *Als er dingen zijn waarvan jullie denken: dat kan anders, of dat moet anders, of dat doe je niet goed, zeg dat dan maar!*

Therapeut: *Wat dapper van jou om dat te zeggen. Dat vind ik echt dapper. Ik denk van 'ach jeetje hartstikke spannend' en jij zegt gewoon 'nee hoor, roep alles maar!'.*

Raakmoment

Wanneer de cliënt reageert op de aanzet die de therapeut geeft, waardoor het gedragspatroon van de cliënt zichtbaar verandert, spreken wij van een "raakmoment". De gezichtsexpressie, houding en/of het oogcontact zal veranderen. De cliënt kan bijvoorbeeld gaan lachen, huilen, blozen en knikken, het oogcontact met de therapeut kan intensiveren en/of haar houding kan veranderen, meer gespannen dan wel ontspannen. De cliënt zal zich meer richten op de therapeut. Een raakmoment kan positief dan wel negatief zijn (bijvoorbeeld lachen of huilen). Het raakmoment kan kort dan wel langer duren. Een raakmoment is het gevolg van een aanzet. Andersom hoeft een aanzet echter niet altijd tot een raakmoment te leiden. De cliënt accepteert de aanzet of accepteert het niet. Wanneer er sprake is van acceptatie volgt een raakmoment, wanneer de cliënt dit niet accepteert is er sprake van een 'niet-geaccepteerde aanzet'.

Voorbeeld raakmoment

Cliënt: (mompelend) *Egoïstisch....*

Therapeut: *Hoezo egoïstisch?*

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

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

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

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

Niet-geaccepteerde aanzet

Wanneer de cliënt de aanzet van de therapeut niet accepteert is er sprake van een niet-geaccepteerde aanzet. De cliënt zal datgene wat de therapeut zegt negeren of verwerpen.

Voorbeeld niet-geaccepteerde aanzet (negeren)

C: *En toen haalden ze dus mijn kind bij me weg. Ik mocht geen contact meer met hem hebben. Ik heb hem al die tijd niet gesproken. En het was ook*

I (onderbreekt, aanzet): *Ik zie dat u daar nog erg boos over bent.*

C: *... En het was ook nog precies op zijn verjaardag! Hoe kunnen ze een kind nou op zijn verjaardag bij zijn bloedeigen moeder weghalen?!*

Procedures

Het onderzoek is afgenomen op de gezinsdagbehandeling van het RMPI. Er zijn filmopnames gemaakt bij vier verschillende groepen: twee groepen die liepen in het voorjaar van 2008 en twee groepen die liepen in het voorjaar van 2009. De ouders van de gezinnen die deelnamen aan de desbetreffende groepen zijn vooraf door de behandelaars op de hoogte gesteld van het lopende onderzoek. Voorafgaand aan het eerste opnamemoment, de contractbespreking, is er toestemming gevraagd aan alle deelnemende ouders om te filmen en deze opnames te gebruiken voor huidig onderzoek. Van de 16 benaderde gezinnen hebben 12 gezinnen toestemming gegeven voor het maken van de filmopnames. De ouder(s) van het gezin tekenden hiertoe eenmalig een toestemmingsformulier. Vervolgens werden de camera's geplaatst en aangezet wanneer het gesprek tussen therapeuten en cliënten begon. De camera's stonden bij elk gezin op exact dezelfde plek, één camera was gericht op de behandelaars en één camera was gericht op de cliënten. Op het moment dat de psychiater de ruimte in kwam om deel te nemen aan het gesprek (bij de contractbesprekingen en de tussenevaluaties) of wanneer het gesprek ten einde liep (bij de maatwerkdag) werden de camera's uitgezet en werden zowel de ouders als de behandelaars gevraagd onmiddellijk de vragenlijst in te vullen. Dit zodat het oordeel van de ouders en behandelaars niet werd beïnvloed door de aanwezigheid van de psychiater of door dingen die na het gesprek gebeuren. Tijdens het invullen van de vragenlijsten bleven de onderzoekers in de ruimte, zodat de behandelaars en ouders eventuele vragen meteen konden stellen. De vragenlijsten werden niet anoniem ingevuld, wel werden de ouders ervan verzekerd dat de gegevens niet aan derden (bijvoorbeeld de behandelaars) werden doorgegeven. In het geval van missende items (wat betreft de rapportcijfers en schattig van de raakmomenten door de behandelaars), zijn deze open gelaten en dus niet meegenomen in het onderzoek.

Vervolgens zijn de opnames gemonteerd. De twee verschillende opnames (de opname van de cliënten en de opname van de behandelaars) zijn gecombineerd in één frame op een zodanige manier dat de twee partijen tegenover elkaar lijken te zitten en het geluid volledig synchroon loopt. Deze gemonteerde opnames zijn vervolgens in zijn geheel gescoord op de

aanwezigheid van aanzetten, raakmomenten en niet-geaccepteerde raakmomenten door twee onderzoekers. Deze twee onderzoekers hebben zich strikt aan de operationalisaties gehouden. Verder hebben zij maximaal 2 opnames per dag gescoord, met een minimale tussentijd van een uur. Dit om er voor te zorgen dat ze geconcentreerd konden scoren. Voor het scoren is gebruik gemaakt van het softwareprogramma ELAN. In dit programma kunnen verschillende momenten van de opname geselecteerd worden en onderverdeeld worden in zelfgekozen categorieën.

Statistische analyse

De data van de vragenlijsten en de data van de opnames zijn ingevoerd in SPSS 17.0.

De volgende hypothesen werden in dit onderzoek getoetst:

1. Er bestaat een relatie tussen het aantal aanzetten per minuut en de werkrelatie, onder te verdelen in de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren en het rapportcijfer gegeven door de behandelaren.
2. Er bestaat een relatie tussen het aantal raakmomenten per minuut en de werkrelatie, onder te verdelen in de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren en het rapportcijfer gegeven door de behandelaren.
3. Er bestaat een relatie tussen het aantal niet-geaccepteerde aanzetten per minuut en de werkrelatie, onder te verdelen in de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren en het rapportcijfer gegeven door de behandelaren.
4. Er bestaat geen relatie tussen de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren.

Deze hypothesen betreffen allen relaties tussen intervalvariabelen en zijn daarom getoetst met Pearson correlaties.

Resultaten

1. Wat is de invloed van aanzetten op de werkrelatie?

Er is geen significante relatie gevonden tussen het aantal aanzetten per minuut en de werkrelatie. Dit geldt zowel voor de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten, voor de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren en voor het werkcijfer gegeven aan de werkrelatie door de behandelaren. Wél is er een significant verband gevonden tussen het maken van grapjes en de werkrelatie zoals beoordeeld via het rapportcijfer. Er is een zogenaamde trend te zien tussen het geven van complimenten en de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt. De alpha is .07, net niet significant bij een niveau van .05. De precieze resultaten van de analyse zijn te vinden in tabel 1.

Tabel 1

Relaties tussen aanzetten en de werkrelatie.

		Aanzetten totaal	Aanzetten Compliment	Aanzetten Grapje	Aanzetten Mening	Aanzetten Gevoelens
Werkrelatie Cliënt	<i>r</i>	.15	.29	.00	.16	-.11
	Sig.	.23	.07	.49	.21	.29
Werkrelatie Behandelaren	<i>r</i>	.02	-.14	.10	-.01	.02
	Sig.	.45	.23	.31	.47	.46
Werkrelatie Rapportcijfer	<i>r</i>	.16	-.01	.55	.18	-.08
	Sig.	.28	.49	.02*	.27	.39

* *Correlatie is significant op .05 niveau (eenzijdig getoetst)*

2. Wat is de invloed van raakmomenten op de werkrelatie?

Er zijn geen significante relaties gevonden tussen het aantal raakmomenten per minuut en de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten en de behandelaren. Er blijkt wél een positieve samenhang te zijn tussen het aantal raakmomenten per minuut en het rapportcijfer gegeven aan de werkrelatie door de behandelaren. De sterkte van deze relatie is matig tot groot (Cohen, 1988). Zie tabel 2 voor de precieze resultaten.

Tabel 2

Relaties tussen raakmomenten en de werkrelatie.

		Werkrelatie Cliënt	Werkrelatie Behandelaren	Werkrelatie Rapportcijfer
Raakmomenten	<i>r</i>	-.12	.17	.45*
	Sig.	.27	.20	.05

* *Correlatie is significant op .05 niveau (eenzijdig getoetst)*

3. Wat is de invloed van niet-geaccepteerde aanzetten op de werkrelatie?

Voor het beantwoorden van deze vraag zijn correlaties berekend tussen de niet-geaccepteerde aanzetten, negeren en tegenspreken enerzijds en de werkrelatie anderzijds. Er is sprake van matig tot sterke positieve samenhangen (Cohen, 1988) tussen de niet-geaccepteerde aanzetten en de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten. Ook is er een matige samenhang gevonden (Cohen, 1988) tussen tegenspreken en de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten. Er zijn geen significante verbanden gevonden tussen niet-geaccepteerde aanzetten, negeren dan wel tegenspreken, en de werkrelatie door behandelaren en rapportcijfer. Zie tabel 3 voor de precieze resultaten.

Tabel 3

Relaties tussen niet-geaccepteerde aanzetten en de werkrelatie.

		NGA totaal	NGA Negeren	NGA Tegenspreken
Werkrelatie Cliënt	<i>r</i>	.37*	.15	.49*
	Sig.	.03	.22	.00
Werkrelatie Behandelaren	<i>r</i>	-.20	-.30	-.06
	Sig.	.16	.06	.39
Werkrelatie Rapportcijfer	<i>r</i>	-.36	-.41	-.24
	Sig.	.10	.07	.19

* *Correlatie is significant op .05 niveau (eenzijdig getoetst)*

4. Zijn er verbanden tussen de verschillende meetwijzen van de werkrelatie (door cliënt, behandelaren en via rapportcijfer)?

Er blijkt een zeer sterke samenhang (Cohen, 1988) te zijn tussen de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren en de werkrelatie zoals beoordeeld via het rapportcijfer, *r* is .91. Er is geen samenhang gevonden tussen de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren. Dit is eveneens het geval bij de werkrelatie door de cliënt en het rapportcijfer. In tabel 4 zijn de exacte correlaties en significantiewaarden te vinden.

Tabel 4

Relaties tussen de verschillende metingen van de werkrelatie.

		Werkrelatie Cliënt	Werkrelatie Behandelaren	Werkrelatie Rapportcijfer
Werkrelatie Cliënt	<i>r</i>	X	-.06	-.27
	Sig.	X	.77	.33
Werkrelatie Behandelaren	<i>r</i>	-.06	X	.91*
	Sig.	.77	X	.00
Werkrelatie	<i>r</i>	-.27	.91*	X

Rapportcijfer	Sig.	.33	.00	X
---------------	------	-----	-----	---

* *Correlatie is significant op .05 niveau (tweezijdig getoetst)*

Discussie

Verscheidende onderzoeken hebben aangetoond dat de werkrelatie van grote invloed is op het resultaat van behandelingen. Er is echter nog niet veel onderzoek dat concreet kijkt hoe deze werkrelatie zich ontwikkelt. In huidig onderzoek is op microniveau gekeken naar de communicatie tussen therapeut en cliënt en hoeverre dit van invloed is op de werkrelatie. Hiervoor is gekeken naar de verbale aanzetten die de therapeuten doen, en de reacties die de cliënten hierop geven.

Allereerst is er gekeken naar de aanzetten. Uit de resultaten is gebleken dat er geen verband is tussen deze aanzetten en de werkrelatie beoordeeld door zowel de cliënten als door de behandelaren. Wel blijkt er een verband te zijn tussen het maken van grapjes door de behandelaren en het rapportcijfer dat behandelaren geven aan de werkrelatie. Hoe meer grapjes er gemaakt worden in het gesprek, hoe hoger het rapportcijfer is.

Vervolgens is er gekeken naar de (non)verbale reacties van de cliënten op de aanzetten van de behandelaren. Wanneer er inderdaad sprake was van een reactie wordt er gesproken van een 'raakmoment', wanneer de cliënt de aanzet echter tegensprekt of negeert is er sprake van een 'niet-geaccepteerde aanzet'. Er is in dit onderzoek geen verband gevonden tussen de raakmomenten en de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt en de behandelaren. Er valt op basis van deze resultaten dus niet te concluderen dat hoe meer raakmomenten er voorkomen in een gesprek, hoe hoger de werkrelatie is. Opvallend is echter dat het aantal raakmomenten in een gesprek wel samenhangt met het rapportcijfer dat de behandelaren geven aan de werkrelatie. Dit duidt erop dat de behandelaren een ander beeld hebben van de werkrelatie dan er gemeten wordt met de vragenlijst die gebruikt is in dit onderzoek, wat vragen oproept over de geschiktheid van de gebruikte vragenlijst.

Belangrijk is ook dat we niet kunnen concluderen dat er GEEN relatie bestaat. De steekproef van het huidige onderzoek was te klein om zwakke verbanden aan te kunnen tonen. Het gemiddelde in eerder onderzoek gevonden verband (Horvath & Symonds, 1991) is zwak ($r = .26$), te zwak om in het huidige onderzoek te kunnen vaststellen.

De niet-geaccepteerde aanzetten blijken samen te hangen met de werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënten. Wanneer deze niet-geaccepteerde aanzetten echter worden uitgesplitst, blijkt dat enkel het onderdeel *tegenspreken* een positief verband kent met de werkrelatie, bij *negeren* is dit niet het geval. Dit geeft aan dat hoe meer ouders tegengesproken worden in een gesprek, hoe beter zij de werkrelatie beoordelen. Dit klinkt op het eerste moment vreemd in de oren, maar het is wellicht te verklaren. Tegenspreken zou samen kunnen gaan met een gevoel van kunnen zeggen wat je wilt bij de cliënt. Het vertrouwen dat hij zijn mening kan geven, de behandelaar kan tegenspreken, zonder dat dit het gesprek negatief beïnvloedt. Dit onderlinge vertrouwen zou weer te scharen kunnen zijn

onder de werkrelatie. Dit komt overeen met wat Watson en McMullen (2005) in hun eerder besproken onderzoek terugvonden. De therapeut moet openstaan voor discussie over de werkwijze, doelen en vooruitgang en deze discussie ook stimuleren. Dit zou de kwaliteit van de werkwijze ten goede komen. De resultaten van het huidige onderzoek ondersteunen deze conclusies.

Naast de aanzetten, raakmomenten en niet-geaccepteerde aanzetten is er ook specifiek gekeken naar de meetwijzen van de werkrelatie. In het huidige onderzoek is er gekozen om de werkrelatie op een drietal manieren te meten: door middel van een vragenlijst voor de cliënt, een vragenlijst voor de behandelaren en een rapportcijfer dat de behandelaren gegeven hebben aan de werkrelatie. Zoals verwacht hangen het rapportcijfer en de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren sterk samen. Beide geven de mening van de behandelaar weer. De werkrelatie zoals beoordeeld door de cliënt en die zoals beoordeeld door de behandelaren blijken niet samen te hangen. De resultaten uit ons onderzoek bevestigen hiermee het heersende beeld dat de visie van de cliënt en de therapeut betreffende de werkrelatie sterk verschillen. Wanneer de cliënt aangeeft de werkrelatie als goed te ervaren, hoeft dit dus niet te betekenen dat de behandelaar deze ook als goed ervaart.

Het huidige onderzoek kent een aantal nadelen. Het onderzoeken van het verband tussen de raakmomenten en de werkrelatie heeft de vraag doen rijzen of de vragenlijst die gebruikt is voor het meten van de werkrelatie zoals beoordeeld door de behandelaren wel voldoende valide is. Zoals in de methoden terug te lezen is de vragenlijst voor de cliënten een gerenommeerde vragenlijst, die als voldoende valide uit de bus is gekomen. De vragenlijst voor de behandelaren, die gebaseerd is op de vragenlijst zoals gebruikt voor de cliënten, is echter niet onderzocht op validiteit. Het is mogelijk dat de vragenlijst niet meet wat hij zegt te meten. Mocht dit het geval zijn, dan beïnvloedt het alle huidige resultaten en is dan ook een zeer groot minpunt van dit onderzoek, dat helaas te laat is ontdekt om er nog iets aan te kunnen veranderen.

Een ander nadeel is de kleine onderzoeksgroep. Het onderzoek is gebaseerd op een totaal van 28 opnames. Dit is een vrij klein aantal om duidelijke conclusies mee te kunnen trekken.

Het is dan ook belangrijk dat er verder onderzoek gedaan wordt, waarbij het vooral belangrijk is dat de vragenlijsten daadwerkelijk valide zijn en dus net zekerheid de werkrelatie meten. Dit onderzoek is een klein puzzelstukje geweest in de grote puzzel der werkrelatie. Het is belangrijk dat deze verder onder de loep wordt genomen. De werkrelatie is een onderwerp dat zeer belangrijk is voor de uitkomst van de therapie. Wanneer we weten wat precies leidt tot een goede werkrelatie, kan dit verwerkt worden in de verschillende therapievormen. Dit zal het rendement van de therapie sterk verhogen.

Voor huidig onderzoek zijn alleen opnames gebruikt van de contractbesprekingen, tussenevaluaties en maatwerkdagen. Voor volgend onderzoek zou het interessant zijn om een gehele draai van de gezinsdagbehandeling te filmen en te scoren. Wanneer dit gebeurt, kan het verloop van de ontwikkeling van de werkrelatie in kaart gebracht worden en gekoppeld aan de aanzetten, raakmomenten en niet-geaccepteerde aanzetten. Dit geeft antwoord op de vragen wanneer, tijdens welke momenten de werkrelatie zich voornamelijk ontwikkelt en wat er op deze momenten gebeurt. Klopt het inderdaad dat er op deze momenten meer raakmomenten en aanzetten voorkomen? Vervolgonderzoek zal hier wellicht antwoord op kunnen geven.

Literatuur

- Abma, R. (2005). *Meer dan de som der delen: Over het nut van een integratieve benadering*. Verkregen op: 18 juni 2009 van <http://www.uu.nl/uupublish/defaculteit/organisatieafdelingen/algemenesocialew/algemenesocialew/medewerkers/ruudabma/meerdandesomderd/39197main.html>.
- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Baartman, H. & Dijkstra, J.S. (1987). Multi-problem gezinnen II: de opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 26, 1, 2-20.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, B., Miller, S., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client directed, outcome informed therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Corcoran, J. (2006). A comparison group study of solution-focused therapy versus treatment-as-usual for behaviour problems in children. *Journal of Social Service Research*, 33, 69-82.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L.D. (2004). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance scale. *Journal of Brief Therapy*, 3,1, 64-85.
- Gingerich, W.J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 5, 425-435.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Psychotherapy in Practice*, 56, 2, 163-173.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 2, 139-149.
- Kemper, A.A.M. (2004). *Intensieve vormen van thuisbehandeling*. Nijmegen: Radboud Universiteit (dissertatie).
- Kim, J.S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 2, 107-116.

- Koopman, F., & Van der Lugt, L. (2007). *Effectonderzoek naar de Oplossingsgerichte Therapie van de Gezinsdagbehandeling van het RMPI*. Verkregen op: 18 juni 2009 van <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2008-1008-202016/Lugt%2c%20van%20der%200363820.pdf>.
- Lokven, H.M. van (2002). Multiproblem gezinnen in Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 21, 56-62.
- McMullen, E & Watson, J.C. (2005). An Examination of Therapist and Client Behaviour in High and Low Alliance Sessions in Cognitive-Behavioural Therapy and Process Experiential Therapy. *Psychotherapy: Theory, research and practice, training*, 42, 3, 297-310.
- Meijer, A.M., Oppenoorth, W.H., & Zinko, T. (1991). Een onderzoek bij multi-problem gezinnen. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 7, 353-364.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (1996). *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mol, R., (2008). *Masterthesis Kinder- en Jeugdpsychologie*, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht. Verkregen op: 18 juni 2009 van www.gezinspsychiatrie-rmpi.nl.
- Montfoort, A. van, & Oudendijk, N. (1984). De Triangel: Tien jaar residentiele gezinsbehandeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 38, 127-142.
- Raaijmakers, M. (2008). *Aggressive behavior in preschool children. Neuropsychological correlates, costs of service use and preventive efforts*. Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- 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.
- Sexton, H.C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 3, 471-480.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K. & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie, een meta-analyse. *Journal of Behavior Therapy*, 39, 2, 81-94.
- Trimbos, J.J. (2006). *Niet het probleem maar de oplossing*. Verkregen op: 18 juni 2009 van www.pmtherapie.nl/artikelen/Niet%20het%20probleem%20maar%20de%20oplossing.pdf
- Van de Berg-Paling, M. (2007). *Oplossingsgericht Werken met Gezinnen*. Cursusmateriaal RMPI.

Voncken, T.I.M.O. (2006). *Masterthesis Kinder- en Jeugdpsychologie*, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht. Verkregen op: 18 juni 2009 van www.gezinspsychiatrie-rmpi.nl.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

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

Naam: _____

Leeftijd: ___ jaar Geslacht: M / V

Datum: ___ (dg) _____ (mnd) 20___ (jr) Behandelcontact nr. _____

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

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

Relatie/Contact

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

|-----|

Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd.

Doelen en Onderwerpen

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

|-----|

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

Aanpak en/of Werkwijze

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

|-----|

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

Over het geheel

Er miste iets in het behandelcontact vandaag.

|-----|

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

Institute for the Study of Therapeutic Change
www.talkingcure.com

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

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

Bijlage 2: Vragenlijst Werkrelatie Behandelaren + vragen rapportcijfer

Beoordelingsschaal werkrelatie- behandelaar

Gezinsnr:

Behandelaarsnr:

Datum:

KB/ TE/ MW

Hoe goed was vandaag de werkrelatie met deze cliënten?

Geen werkrelatie

Goede werkrelatie

|-----|

Voelde je je vandaag gerespecteerd door de cliënten?

Geen respect

volkomen
gerespecteerd

|-----|

Paste je werkwijze vandaag bij de cliënten?

Absoluut niet

volkomen

|-----|

Begreep je vandaag wat de cliënten wilden?

Absoluut niet

volkomen

|-----|

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

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

Bijlage 3: Handleiding voor het scoren

Handleiding

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

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

Om de aanzetten en raakmomenten te kunnen scoren wordt gebruik gemaakt van speciaal gemonteerde opnames van therapeutische sessies tussen twee therapeuten en de cliënt(en). In deze montage zijn twee verschillende opnames geïntegreerd. Eén opname is een close-up van de therapeuten, de andere opname is een close-up van de cliënt(en). Deze twee close-ups zijn samengevoegd in één frame, op zo'n manier dat het gesprek zijn natuurlijke ritme behoudt. Per opname zal gekeken worden naar de frequentie aanzetten, raakmomenten en niet-geaccepteerde aanzetten die voorkomen in het gesprek. Omdat het gaat om de relatie tussen de therapeuten en de cliënt(en), zal niet gekeken worden naar de interactie tussen therapeuten of, in geval van meerdere cliënten, de interactie tussen cliënten.

Meetmomenten

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

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

Aanzet

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

Voorbeelden van een aanzet:

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

Let op:

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

Niet geaccepteerde aanzet

Wanneer de cliënt de aanzet van de therapeut niet accepteert is er sprake van een "niet-geaccepteerde aanzet". In dit geval zal de cliënt datgene wat de therapeut zegt negeren of verwerpen. De cliënt praat door, zonder te letten op wat de therapeut zegt, of gaat er juist tegen in. Wat betreft het non-verbale gedrag kan de cliënt verbaasd kijken, boos worden, de lichaamshouding kan verstarren. Ook is het mogelijk dat de cliënt even oogcontact maakt met de therapeut, om vervolgens weer gewoon verder te gaan in zijn verhaal, zonder verdere non-verbale veranderingen. Dit zal veel het geval zijn bij een genegeerde aanzet.

Voorbeeld van een niet geaccepteerde aanzet:

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

Let op:

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

Raakmoment

Wanneer de cliënt reageert op de aanzet die de therapeut geeft, waardoor het gedragspatroon van de cliënt zichtbaar verandert, spreken wij van een "raakmoment". De gezichtsexpressie, houding en/of het oogcontact zal veranderen. De cliënt kan bijvoorbeeld gaan lachen, huilen, blozen en knikken, het oogcontact met de therapeut kan intensiveren en/of haar houding kan veranderen, meer gespannen dan wel ontspannen. De cliënt zal zich meer richten op de therapeut. Een raakmoment kan positief dan wel negatief zijn (bijvoorbeeld lachen of huilen). Het raakmoment kan kort dan wel langer duren. Een raakmoment is het gevolg van een aanzet maar andersom hoeft een aanzet echter niet altijd tot een raakmoment te leiden. De cliënt accepteert de aanzet of accepteert het niet. Wanneer er sprake is van acceptatie volgt een raakmoment, wanneer de cliënt dit niet accepteert is er sprake van een 'niet-geaccepteerde aanzet'.

Voorbeeld van een raakmoment:

Cliënt: (mompelend) *Egoïstisch....*

Therapeut: *Hoezo egoïstisch?*

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

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

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

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

Let op:

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

Computerprogramma ELAN

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

- Selecteer aanzet/raakmoment/niet geaccepteerde aanzet in de tijdsbalk (shift + enter aan het begin en einde van het raakmoment/aanzet/niet geaccepteerde aanzet intoetsen, of slepen met de muis)

- Nieuwe annotatie hier (Alt + n)
- Noteer in geval van aanzet welke categorie: compliment geven, grapje, mening geven en gevoelens benoemen.
- Ctrl + Enter