

Houdingsaspecten MDFT-therapeut

Welke houdingsaspecten van de therapeut die Multidimensionele Familie Therapie geeft dragen bij aan het afnemen van probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting bij cliënten.

Naam	Sigrid Loonstra
Studentnummer	S5035457
Masteropleiding	PAMA5166 Master Orthopedagogiek, Faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.
Eerste begeleider:	A.G. van Assen
Tweede beoordelaar	S. van der Steen
Datum	21 juli 2022
Aantal woorden	8587

Abstract

There is a large group of young people with multiple problem behavior. In the case of multiple problem behavior, a family-based treatment appears to show the best results. Multidimensional Family Therapy (MDFT) is a systems-oriented treatment that shows good results. Within the MDFT, motivation is crucial for a positive treatment outcome, namely a decrease in the multiple problem behavior of the young person, and a decrease in the perceived parenting burden by the parents. The therapeutic alliance has a positive influence on this motivation. In order to arrive at a therapeutic alliance, the attitude aspect of the (MDFT) therapist is of great importance. However, it is not yet sufficiently clear which attitude aspects these are. This research examines which aspects of the therapist's attitude influence the reduction of the problem behavior and the perceived parenting burden.

Ten families who followed an MDFT trajectory within Jeugdhulp Friesland took part in the study. Screening instruments (CBCL and OBVL) were used to investigate whether problem behavior and the perceived parenting burden decreased. The ten families were interviewed, in which the young people were also present in one situation in order to map out the attitude aspects of the MDFT therapist. Five central elements were identified regarding the therapeutic alliance, which were: 'the therapist is a good listener', 'the click with the therapist', 'it was appreciated that the therapist is reachable', 'the therapist is non-judgmental' and 'the therapist has therapeutic knowledge'.

The data was analyzed by means of descriptive statistics, reliable change indices and thematic analyses. From the research there seem to be first indications that the therapeutic relationship is important in reducing problem behavior. Two of the recommendations that emerged from the survey, are the representativeness of the sample and the inclusion of the perspective of the young person.

Keywords: MDFT, multiple problem behavior, therapeutic alliance, therapist attitude.

Samenvatting

Er is een grote groep jongeren met meervoudig probleemgedrag. Bij meervoudig probleemgedrag blijkt een systeemgerichte behandeling de beste resultaten te laten zien. Multidimensionale Familie Therapie (MDFT) is een systeemgerichte behandeling die goede resultaten boekt. Binnen de MDFT is motivatie cruciaal voor een positieve behandeluitkomst, namelijk een afname van het meervoudig probleemgedrag van de jongere en een afname van de ervaren opvoedbelasting door de ouders. De therapeutische alliantie heeft een positieve invloed op deze motivatie. Om tot een therapeutische alliantie te komen, zijn de houdingsaspecten van de (MDFT) therapeut van groot belang. Echter is nog onvoldoende duidelijk welke houdingsaspecten dit zijn. In dit onderzoek wordt gekeken welke houdingsaspecten van de therapeut van invloed zijn op een afname van probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting.

Aan het onderzoek hebben tien gezinnen deelgenomen die een MDFT-traject binnen Jeugdhulp Friesland hebben gevolgd. Middels screeningsinstrumenten (CBCL en OBVL) is onderzocht of het probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting is afgenomen. Daarbij zijn de tien gezinnen geïnterviewd, waarin in één situatie ook de jongere aanwezig was, om de houdingsaspecten van de MDFT-therapeut in kaart te brengen. Uit de interviews zijn vijf centrale houdingsaspecten naar voren gekomen, te weten: ‘het goed luisteren van de therapeut’, ‘de klik met de therapeut’, ‘het werd gewaardeerd dat de therapeut bereikbaar is’, ‘de therapeut oordeelvrij is’ en ‘de therapeut beschikt over therapeutische kennis’.

Middels beschrijvende statistiek, reliable change index en thematische analyse zijn de gegevens geanalyseerd. Uit het onderzoek komen er aanwijzingen naar voren dat de therapeutische relatie van belang is bij het doen afnemen van probleemgedrag. Twee van de aanbevelingen die naar aanleiding van het onderzoek naar voren zijn gekomen zijn een verbetering van de representativiteit van de steekproef en het meenemen van het perspectief van de jongere.

Sleutelwoorden: MDFT, meervoudig probleemgedrag, therapeutische alliantie, houdingsaspecten.

Inhoud	
Abstract	2
Samenvatting	3
Inleiding	5
Onderzoeksmethode	9
Design	9
Populatie en steekproeftrekking	9
Instrument	9
Procedure	10
Analyseplan	11
Resultaten	13
Verandering in probleemgedrag	13
Opvoedingsbelasting van ouders	15
Interviews	18
Discussie.....	23
Conclusie	23
Methodologische discussie	25
Aanbevelingen	26
Literatuurlijst	28
Bijlagen	31
Interviewvragen	31
Toestemmingsverklaring	32

Inleiding

Uit cijfers van het Openbaar Ministerie blijkt dat er de laatste jaren een stijging is in het aantal minderjarige verdachten van ernstige geweldsdelicten (Openbaar Ministerie, 2021). Een groot aantal van deze jongeren komt terecht in de jeugdzorg. Bij jongeren met meervoudig probleemgedrag gaat het om jongens en meisjes waarbij diverse problemen op elkaar in werken; te denken aan agressie, moeilijkheden thuis, middelenmisbruik, contact met justitie of problemen op gebied van school, werk, vrienden of vrije tijd (Vullings, 2014). Daarnaast wordt er gezien dat er een gebrek is aan intrinsieke motivatie van de jongeren om te veranderen (Liddle, 2010).

In het ecologisch model van Bronfenbrenner (1977) wordt benadrukt dat naast individuele factoren ook omgevingsfactoren van invloed zijn op de ontwikkeling van jongeren. Met de omgevingsfactoren wordt het gezin bedoeld, maar ook school, sport, vrienden en de buurt waarin de jongere leeft. De ontwikkeling van jongeren is een continue wisselwerking tussen henzelf en hun omgeving. In de jeugd- en gezinshulpverlening heeft het model van Bronfenbrenner (1977) grote invloed gehad op het actiever betrekken van de omgeving bij de behandeling van meervoudig probleemgedrag, zo ook het gezin van herkomst.

Het gezin van herkomst van deze jongeren is volgens Liddle (2010) vaak wanhopig en gestrest en er is sprake van problemen in het gezinsfunctioneren. Verder schetst hij dat er vaak meerdere sociale instanties betrokken zijn, en er andere problematische sociale contexten in de ontwikkeling zijn (zoals waar het gezin woont en de kringen waarin het gezin zich begeeft). Ouders van jongeren met meervoudig probleemgedrag ervaren vaak een hoge opvoedbelasting, waarbij opvoedbelasting gaat over het ervaren van moeilijkheden en spanningen die voortkomen uit de verantwoordelijkheid die het ouderschap met zich meebrengt (Vermulst, 2015). Verschillende aspecten spelen een rol bij het ervaren van opvoedbelasting, zoals kenmerken van de ouder, individuele kenmerken van het kind, ouder-kindrelaties, partnerrelaties en omgevingskenmerken (Vermulst, 2015). Bij het ervaren van een hogere opvoedbelasting zijn ouders minder goed in staat om adequaat op het gedrag van hun zoon of dochter te reageren, wat weer zorgt voor een toename van het probleemgedrag, en daarmee weer voor een hogere ervaren opvoedbelasting. Het gezin komt hiermee al gauw in een negatieve spiraal die moeilijk te doorbreken is (Liddle, 2010).

Wanneer jongeren gemotiveerd kunnen worden voor behandeling, of hiertoe verplicht worden (bijvoorbeeld middels reclassering) vindt behandeling veelal individueel of in groepen plaats. Individuele behandeling in de vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor

jongeren met meervoudige problemen heeft vaak een gunstig effect, echter blijkt dat systeemtherapie een nog gunstiger effect heeft op de afname van probleemgedrag (Vullings, 2014). Een meta-analyse (Von Sydow et al., 2013) onderschrijft de conclusie van Vullings (2014) dat er bij systeemtherapie een grotere afname in probleemgedrag waarneembaar is wanneer deze vergeleken wordt met individuele behandeling (steunende gesprekken en/of CGT). Hoewel er nog geen onderscheid is gemaakt tussen de verschillende vormen van systeemtherapie, zijn er volgens het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid verschillende werkzame behandelprogramma's, waaronder Multidimensionele Familie Therapie (MDFT) (Vullings, 2014).

MDFT is een vorm van systeemtherapie waarbij de omgeving van de jongere onderdeel is van de behandeling. De doelgroep van MDFT bestaat uit jongeren waarbij sprake is van meervoudige problematiek, zoals middelenmisbruik, contact met justitie en gedragsproblemen (Jeugdhulp Friesland, 2021). Bij meervoudige problematiek is het regelmatig de samenhang tussen de verschillende probleemgebieden die de behandeling uitdagend maakt (Liddle, 2010). De verschillende probleemgebieden worden binnen MDFT onderverdeeld in de volgende vier domeinen, namelijk: de jongere, de ouders of verzorgers, het gezin en het buitendomein (waarbij gedacht kan worden aan school, vrijetijdsbesteding en omgang met vrienden).

Zoals eerder gesteld betreft het hier jongeren met weinig intrinsieke motivatie tot verandering. Driesen en Besselink (2016) onderzochten hoe de motivatie voor hulp vergroot kan worden aan gezinnen waarbij sprake is van meervoudig probleemgedrag. Het onderzoek heeft geresulteerd in de volgende inzichten: 1. Cruciaal is het zorgdragen voor een goede werkrelatie, door middel van een betrokken en transparante basishouding; 2. Nadrukkelijke aandacht voor het bevorderen van de motivatie; 3. Een integrale aanpak met een eclectische werkwijze om effectieve hulp te kunnen bieden; 4. De hulpverlening dient duidelijk gestructureerd te worden. Liddle (2010) stelt dat, aangezien jongeren bij MDFT doorgaans niet gemotiveerd zijn voor behandeling, het van belang is dat de therapeut eerst inzet op motivatie bij de jongere en diens systeem. Motiveren kan met name bij deze doelgroep uitdagend zijn; wat veelal te wijten is aan een lange teleurstellende weg langs meerdere jeugdhulpverleningsinstanties (Pijnenburg et al., 2019). Binnen de MDFT probeert de therapeut de motivatie van de jongere en zijn ouders/verzorgers te vergroten door op de vier domeinen (de jongere, ouders/verzorgers, gezin en het buitendomein) in te zetten. Dit doet de therapeut door individuele en gezamenlijke gesprekken met jongeren en met ouders/verzorgers. Daarnaast kan de therapeut ervoor kiezen om mensen buiten het gezin te betrekken bij de gesprekken. Om tot motivatie te komen zijn drie elementen van belang: een persoonlijke band,

overeenstemming over samenwerkingsdoelen en overeenstemming over de aanpak die nodig is om de doelen te bereiken (Pijnenburg et al., 2019). Dit wordt ook wel een therapeutische alliantie genoemd.

Onderzoek binnen de volwassenenzorg laat zien dat de therapeutische alliantie een belangrijke voorspeller is voor de uitkomst van de behandeling. Vergelijkbaar onderzoek voor jongeren is minder omvangrijk (Pijnenburg et al., 2019). Uit de literatuur is er weinig bekend over de alliantie van therapeuten ten opzichte van jongeren met probleemgedrag. Er is wel onderzoek gedaan door Karver en collega's (2018) middels een meta-analyse naar de therapeutische alliantie, waarbij onderscheid is gemaakt tussen externaliserende problemen en internaliserende problemen. De therapeutische alliantie laat bij internaliserende problemen in relatie tot een positieve behandeluitkomst een klein tot matig effect zien. Bij jongeren met externaliserende problemen is een matig tot groot effect gevonden. Het effect is ook groter wanneer er door de jongeren zelf hulp is gezocht (Karver et al., 2018). Ook binnen een andere systeemgerichte behandeling: 'gezinsbehandeling', wordt in een meta-analyse een significante relatie gevonden tussen de therapeutische alliantie en een positieve behandeluitkomst (Welmens van der Poll et. al., 2018).

Om een therapeutische alliantie op te kunnen bouwen is het dan ook van belang om als therapeut over bepaalde houdingsaspecten te beschikken. In de literatuur worden diverse houdingsaspecten gevonden: een persoonlijke, betrokken en respectvolle bejegening naar het gezin toe (van Hattum & Van Hal, 2015), vertrouwen en eerlijkheid als basis evenals het zich opstellen als bondgenoot (Diamond e.a. 1999; Ackerman & Hilsenroth, 2003), een positief rolmodel zijn en de jongeren zelf niet afkeuren maar wel het gedrag (de Jong, 2016). Met het laatstgenoemde aspect gaat het met name gaat over de persoon die de behandeling geeft en niet uitsluitend de methode. Het gaat om de houding van de therapeut naar de jongeren en de overige gezinsleden, waarmee de therapeut weet aan te sluiten bij het gezin. Van belang is dat de therapeut gezag krijgt, niet vanuit de functie maar als mens. Het gaat om het fair behandelen van de jongeren en eisen dat ze de regels naleven en betrokkenheid tonen (de Jong, 2016). Verder is het van belang dat de therapeut niet met een specifiek gezinslid een sterkere relatie ontwikkelt. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI, 2021) noemt dat het gedrag van de therapeut fundamenteel is voor succes, zoals een neutrale niet veroordelende houding, het geven van complimenten en betrokkenheid. Daar komt bij dat een therapeut over bepaalde competenties moet beschikken. Te denken valt aan goed kunnen communiceren, openstaan voor nieuwe ontwikkelingen, buiten kantoor tijd willen werken en verantwoordelijkheid durven nemen (NJI, 2021).

Binnen de MDFT is motivatie cruciaal voor een positieve behandeluitkomst, namelijk een afname van het meervoudig probleemgedrag van de jongere, en een afname van de ervaren opvoedbelasting door de ouders. De therapeutische alliantie heeft een positieve invloed op deze motivatie. Om tot een therapeutische alliantie te komen, zijn de houdingsaspecten van de (MDFT) therapeut van groot belang. Echter is nog onvoldoende duidelijk welke houdingsaspecten dit zijn. Om zicht te krijgen op de houdingsaspecten binnen MDFT is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Welke houdingsaspecten van de multidimensionale familie therapie (MDFT) therapeut dragen bij aan het afnemen van probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting bij cliënten?”

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag zijn de volgende drie deelvragen opgesteld:

1. In hoeverre is er sprake van afname in meervoudig probleemgedrag bij jongeren die deelnemen aan MDFT?
2. In hoeverre is er sprake van afname in ervaren opvoedbelasting bij ouders die deelnemen aan MDFT?
3. Welke houdingsaspecten zijn volgens cliënten helpend geweest in het afnemen van meervoudig probleemgedrag?

Onderzoeksmethode

Design

Het onderzoek is zowel kwalitatief als kwantitatief van aard. Gebruikmakend van drie meetmomenten is in kaart gebracht in welke mate er sprake was van afname van probleemgedrag bij tien jongeren en de ervaren opvoedbelasting van hun ouders. De metingen vonden plaats bij aanvang, afsluiting en follow-up. Vervolgens is aan de hand van interviews, bij dezelfde tien cliënten, in kaart gebracht welke houdingsaspecten van de therapeut van invloed zijn op het wel of niet doen afnemen van het probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting.

Populatie en steekproeftrekking

De respondenten binnen het onderzoek zijn gezinnen die een MDFT-traject binnen Jeugdhulp Friesland hebben gevolgd. De gehanteerde inclusiecriteria zijn dat participanten ten minste een half jaar ervoor een MDFT-behandeling binnen Jeugdhulp Friesland hebben afgerond en er beschikbare data aanwezig was bij de start- en de eindmeting een door de ouders ingevulde Child Behavior Checklist (CBCL) en de Opvoeding Belasting Vragenlijst (OBVL). Aan het onderzoek hebben tien gezinnen deelgenomen die middels een gemakssteekproef zijn geworven. In drie van de tien gezinnen ging het om de dochter en in de overige zeven om de zoon binnen het gezin. De leeftijd van de jongeren varieerde ten tijde van het onderzoek tussen de veertien en de achttien jaar oud. Het probleemgedrag van de jongeren bestond onder andere uit: agressie, respectloos naar ouders en de omgeving, schoolweigering en middelenmisbruik. Ouders ervoeren zoal dat ze geen grip meer hadden over hun kind, communicatieproblemen, vanuit boosheid reageren en frustratie.

Er hebben tien cliëntsystemen deelgenomen aan het onderzoek. In vijf gevallen hebben beide ouders de vragenlijsten ingevuld, waardoor er in totaal vijftien uitkomsten zijn verkregen. De steekproef van het kwalitatieve gedeelte bestaat uit de tien zelfde respondenten als bij de kwalitatieve steekproef. De gezinnen zijn geïnterviewd. Bij het merendeel van de interviews was één van de ouders aanwezig, bij één waren beide opvoeders aanwezig en in één situatie ook de jongere.

Instrument

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van het bestaande meetinstrumenten waarover

Jeugdhulp Friesland beschikt; de Child Behavior Checklist (CBCL) (Verhulst, 1996) en de Opvoeding Belasting Vragenlijst (OBVL) (Vermulst, 2015).

De CBCL is een screeningsinstrument waarbij de ouders het probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jongeren in de leeftijd van zes tot achttien jaar kwantificeren. De vragenlijst bestaat uit 120 vragen die gericht zijn op gedrag en die gescoord worden op de volgende dimensies: angst/depressie, teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, regelovertrekend gedrag/delinquentie en agressief gedrag. Bij elk probleem geven ouders op een driepuntsschaal aan in hoeverre dit in de afgelopen maanden bij hun kind aanwezig is. De COTAN heeft de betrouwbaarheid (alpha tussen .65 en .86) en validiteit van de CBCL als voldoende tot goed beoordeeld (NJI, 2013).

De OBVL is een screeningsinstrument waarbij de opvoedingsbelasting van de ouders wordt gemeten voor kinderen in de leeftijd van nul tot achttien jaar. De vragenlijst wordt door ouders ingevuld en bestaat uit 34 items. In de vragenlijst staan uitspraken over hoe ouders zichzelf voelen, hoe ze hun kind ervaren en hoe ze met hen omgaan. Ouders of opvoeders geven aan in hoeverre uitspraken voor hen gelden op een vier-puntsschaal, waarbij één staat voor geldt niet en vier staat voor geldt helemaal. De dimensies zijn: problemen opvoeder-kindrelatie (OKR), opvoedingscompetentie, rolbeperking en gezondheidsklachten. De OBVL is nog niet beoordeeld door de COTAN. Wel heeft onderzoek een hoge betrouwbaarheid (alpha tussen .74 en .87) aangetoond (BergOp, 2020).

Daarnaast is er gebruik gemaakt van interviews waarmee de houdingsaspecten van de therapeut in kaart zijn gebracht (bijlage 1). Er is gevraagd naar de houdingsaspecten van de therapeut die een positieve bijdrage geleverd hebben aan de afname van het probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting. Het doel van het interview is om te achterhalen hoe de respondenten de therapeut hebben ervaren, wat hun visie op de houdingsaspecten van de therapeut zijn en welke betekenis ze geven aan de ervaring (Heldens & Reysoo, 2015). De interviews zijn opgebouwd uit algemene vragen, zoals “hoe heeft u het MDFT-traject ervaren”, en uit specifieke vragen als “welke eigenschap van de therapeut heeft u als prettig ervaren in het contact”. Tijdens het interview is er doorgevraagd om zicht te krijgen op de zowel positieve als kritische punten met betrekking tot de houdingsaspecten van de therapeut.

Procedure

MDFT-therapeuten van Jeugdhulp Friesland hebben gezinnen die voldeden aan de inclusiecriteria telefonisch benaderd met de vraag of ze mee willen werken aan een follow-up onderzoek. Aan hen is uitgelegd dat het gaat om een onderzoek naar de effectiviteit van MDFT;

wat het effect is minstens een half jaar na afronding. Hierbij specifiek naar welke houdingsaspecten van de therapeut hebben bijgedragen aan de afname van het probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting. De onderzoekers hebben telefonisch contact gezocht met de respondenten voor het inplannen van het interview. De vraag is gesteld of alle betrokkenen uit het cliëntsysteem hierbij aanwezig wilden zijn. In één situatie is dit gelukt en waren zowel de ouders als de jongere bij het interview aanwezig. In één andere situatie waren beide ouders aanwezig, in de overige acht nam één ouder deel. Op verzoek van de respondenten hebben de interviews bij de respondenten thuis plaatsgevonden of middels beeldbellen. De CBCL en OBVL zijn opgenomen uit BergOp (digitaal programma voor verwerking van instrumenten).

De privacy van de gezinnen is gewaarborgd door de gegevens te pseudonimiseren. De medewerking is middels een toestemmingsformulier vastgelegd. De bijdrage van de respondenten bestond uit het invullen van de CBCL en de OBVL en een interview. De interviews zijn volledig getranscribeerd en zijn alleen voor het onderzoek gebruikt. De geanonimiseerde data zal gedurende tien jaar bewaard worden in de opslag van de Universiteit Groningen. Het onderzoek is in december 2021 goedgekeurd door de Ethische commissie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

Analyseplan

De kwantitatieve data zijn geanalyseerd middels beschrijvende statistiek. Om veranderingen op de CBCL en de OBVL inzichtelijk te maken zijn op groepsniveau het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend op drie meetmomenten: bij intake, afsluiting en follow-up. De individuele veranderingen zijn middels een reliable change index (RCI) gescoord op probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting. Daarbij is gekeken of een persoon vooruit is gegaan of juist achteruit. Bij een RCI groter dan 1,65 wordt er uitgegaan van een verandering en wanneer het groter of gelijk aan 1,96 wordt gesproken van een sterke verandering. De veranderingen op individuele basis tussen intake-afsluiting en afsluiting-follow-up zijn voor dit onderzoek met elkaar vergeleken.

Voor het analyseren van de interviews is een thematische analyse uitgevoerd. Om inzicht te krijgen in welke houdingsaspecten van invloed zijn geweest op de afname van probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting zijn de interviews geanalyseerd. De interviews zijn getranscribeerd waarna codering heeft plaats gevonden. Het codeerproces begon met open coderen: aan de door de respondenten genoemde houdingsaspecten die van invloed zijn op de therapeutische alliantie zijn codes verbonden. Middels axiaal coderen zijn de houdingsaspecten met elkaar vergeleken waaruit overkoepelende houdingsaspecten van de therapeut naar voren

zijn gekomen. Deze zijn: 'het goed luisteren van de therapeut', 'de klik met de therapeut', de bereikbaarheid van de therapeut', dat de therapeut oordeelvrij is' en 'de therapeut beschikt over therapeutische kennis'. Als laatste is de getranscribeerde tekst selectief gecodeerd waarin gekeken is of de houdingsaspecten die door de respondenten genoemd zijn als helpend of niet helpend zijn ervaren. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is in verband met praktische beperkingen niet berekend.

Tot slot zijn de uitkomsten op de CBCL vergeleken met de interviews. Er is verkend of bepaalde houdingsaspecten meer of minder naar voren komen bij de afname van externaliserend en of internaliserend probleemgedrag van de jongeren.

Resultaten

Verandering in probleemgedrag

De CBCL is door tien clientsystemen ingevuld waarvan in vijf gevallen beide ouders de vragenlijsten hebben ingevuld waardoor er vijftien uitkomsten zijn verkregen. In de resultaten op de CBCL wordt onderscheid gemaakt in internaliserend, externaliserend en totaal probleemgedrag. Uit tabel 1 blijkt dat er op de verschillende meetmomenten en op de verschillende probleemgebieden een afname is te zien. Bij de follow-up zijn er ontbrekende gegevens, waardoor er zeven respondenten overblijven. Om die reden kan de meting tussen afsluiting en follow-up een vertekend beeld geven. Uit de gegevens kan wel opgemaakt worden dat er sprake is van een afname. Ten eerste is er gekeken naar de totale afname van jongeren die deelname aan MDFT en daarin zien we dat een deel een sterke of een kleine afname liet zien.

Tabel 1

Probleemgedrag van jongeren bij intake, afsluiting en follow-up

	Intake M(sd)	Afsluiting M(sd)	Follow-up M(sd)
CBCL internaliserend	19.3 (9.5)	22.8(12.5)	12.2 (10.3)
CBCL externaliserend	49.7 (38.8)	43.5 (27.6)	21.7 (19.6)
CBCL totaal	73.2 (15.5)	75.5 (33.3)	40.7 (25.1)

Noot. M=gemiddelde. Sd=standaarddeviatie

Aan de hand van de Reliable Change Index (RCI) zijn de uitkomsten op individueel niveau vergeleken van de intake en bij afsluiting op de CBCL. In Tabel 2 zijn de scores op totale internaliserende- en externaliserende problemen te zien. Een deel van de respondenten liet een sterke (n=4) of kleine (n=1) afname in totale gedrags- en emotionele problematiek zien. Het grootste deel (n=7) liet geen verandering in gedrag zien. Bij één jongere gaven beide ouders een toename van totale gedrags- en emotionele problematiek weer. Een groot deel van de respondenten (n=9) gaf aan geen verandering in internaliserende problemen te zien, een aantal respondenten liet een sterke (n=3) of kleine (n=3) afname zien. Een groot aantal respondenten (n=11) gaf aan sterke verbetering op externaliserend problemen te zien, een sterke verbetering merkte drie (n=3) op en een respondent (n=1) een sterke verslechtering.

Tabel 2*RCI probleemgedrag van jongeren bij intake en afsluiting*

	Totaal	Internaliserend	Externaliserend
Respondent A	+ -	--	++
Respondent B ^M	++	+ -	++
Respondent B ^V	++	+ -	++
Respondent C ^M	+	+ -	++
Respondent C ^V	++	+ -	++
Respondent D ^M	+ -	+ -	++
Respondent D ^V	+ -	+ -	+ -
Respondent E	++	+ -	++
Respondent F ^M	--	--	--
Respondent F ^V	-	--	+ -
Respondent G	+ -	+ -	+ -
Respondent H	+ -	++	++
Respondent I	x	++	++
Respondent J ^M	+ -	+ -	++
Respondent J ^V	+ -	++	++

Noot. De scores worden gekwalificeerd als ++ = sterke verbetering + = enige verbetering

+ - = stabilisatie - = enige verslechtering -- = sterke verslechtering. M=moeder. V=vader. X=onbekend.

In de RCI (tabel 3) zijn de uitkomsten op de CBCL bij afsluiting en follow-up met elkaar vergeleken. De individuele verschillen zijn bekeken op totale internaliserende- en externaliserende problemen. In totaal hebben zeven respondenten bij afsluiting en na follow-up het screeningsinstrument ingevuld. Een deel van de respondenten liet een sterke (n=5) of geen verandering in gedrag zien (n=2). Een groot deel van de respondenten liet een sterke (n=5) of geen verandering (n=2) op internaliserend gedrag te zien. Het overgrote deel van de respondenten liet een sterke verbetering (n=6) en een respondent (n=1) sterke verslechtering op externaliserend gedrag te zien

Tabel 3*RCI probleemgedrag van jongeren bij afsluiting- en follow-up*

	Totaal	Internaliserend	Externaliserend
Respondent A	++	++	++
Respondent B	++	++	++

Respondent C	+ -	+ -	++
Respondent D	++	++	++
Respondent E	++	+ -	++
Respondent F	++	++	++
Respondent J	+ -	++	--

Noot. De scores worden gekwalificeerd als ++ = sterke verbetering + = enige verbetering

+ - = stabilisatie - = enige verslechtering -- = sterke verslechtering.

In de uitkomsten van de data komen een aantal opvallendheden naar voren. Een respondent (n=1) geeft aan dat de situatie in de beginmeting ten opzichte van de eindmeting in zijn geheel sterk is verslechterd. In de eindmeting ten opzichte van de follow-up meting, ruim een jaar later, is er in zijn geheel een sterke verbetering gemeten.

Opvoedingsbelasting van ouders

De OBVL is door de tien zelfde clientsystemen als bij de CBCL ingevuld waarvan in vijf gevallen beide ouders de vragenlijsten hebben ingevuld waardoor er vijftien uitkomsten zijn verkregen. In totaal gaat het om tien jongeren. In de resultaten op de OBVL wordt onderscheid gemaakt tussen problemen opvoeder-kind relatie, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking, gezondheidsklachten en totale opvoedbelasting. Uit tabel 4 blijkt dat er op verschillende meetmomenten en op verschillende probleemgebieden een gemiddelde afname is te zien tussen intake en follow-up. Net als bij de CBCL missen er bij de follow-up meting gegevens van acht respondenten, de meting tussen afsluiting en follow-up geeft om die reden een vertekend beeld. Vanuit de beschikbare data kan opgemaakt worden dat er een afname in probleemgedrag en ervaren opvoedbelasting is.

Tabel 4

Opvoedingsbelasting van ouders bij intake, afsluiting en follow-up

	Intake M(sd)	Afsluiting M(sd)	Follow-up M(sd)
OBVL OKR	15.2 (4.2)	16.2 (3.3)	13.0 (3.3)
OBVL com	20.8(3.1)	20.4 (2.7)	15.2 (2.8)
OBVL dep	12.0 (2.1)	13.8(2.3)	9.6 (2.1)
OBVL rol	10.4 (3.3)	12.8(6.4)	9.0 (1.2)
OBVL GZK	14.8(5.4)	13.4 (3.4)	9.8(4.5)
OBVL totaal	73.8(14.7)	76.6 (15.8)	56.6 (7.9)

Noot. M=gemiddelde. Sd=standaard deviatie

OKR= ouder-kindrelatie; com= communicatie; dep= depressieve stemming; rol= rolbeperking; GZK= gezondheidsklachten.

Aan de hand van de RCI zijn de uitkomsten op de OBVL bij intake en afsluiting met elkaar vergeleken (tabel 5). Met de OBVL zijn verschillende opvoedingsdomeinen in kaart gebracht. Een eerste aspect betreft de opvoeder-kind relatie. Een deel van de respondenten liet een sterke (n=6) afname in zien, bij een aantal respondenten (n=7) bleef het gelijk en bij een aantal was er sprake van sterke verslechtering (n=2). Het tweede aspect dat in kaart gebracht is zijn problemen met opvoeden. Bij een deel van de respondenten is een sterke (n=5) of kleine (n=2) afname zien, bij een deel van de respondenten (n=7) bleef het gelijk en bij één respondent (n=1) was er sprake van sterke verslechtering. Het derde aspect dat in kaart is gebracht betreft depressieve stemming. Een deel van de respondenten gaf aan een sterke (n=2) of een kleine (n=2) verbetering zien, bij een deel bleef het gelijk (n=9), één respondent gaf een verslechtering (n=1) en één sterke verslechtering (n=1) te aan. Het vierde aspect heeft betrekking op de rolbeperking die opvoeders ervaren. Een deel van de respondenten (n=2) gaf aan enige verbetering te zien, bij het merendeel bleef het (n=12) gelijk en bij één respondent (n=1) was er sprake van sterke verslechtering. Het vijfde aspect gezondheidsklachten bleef bij een groot deel van de respondenten gelijk (n=12), bij één was er enige verbetering (n=1) en bij één respondent een sterke verslechtering (n=1). Tot slot is in kaart gebracht of er sprake is van een totale afname in de opvoedbelasting. Een deel van de respondenten geeft aan een sterke verbetering (n=6) en bij een deel (n=7) bleef het gelijk en bij een aantal (n=2) was er sprake van sterke verslechtering.

Tabel 5

RCI opvoedbelasting van ouders bij intake en afsluiting

	OKR	COM	DEP	ROL	GZK	Totaal
Respondent A	++	++	++	++	+-	+-
Respondent B ^M	+-	+-	+	-	+-	+-
Respondent B ^V	+-	+-	+-	+-	+	+-
Respondent C ^M	++	++	++	+-	+-	++
Respondent C ^V	++	++	+-	+-	+-	+-
Respondent D ^M	--	+-	--	+-	+-	+-
Respondent D ^V	+-	+-	+-	+-	+-	+-
Respondent E	+-	+-	+	+-	+-	+-

Respondent F ^M	+ -	- -	+ -	+ -	+ -	+ -
Respondent F ^V	+ -	- -	++	+ -	+ -	+ -
Respondent G	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
Respondent H	++	++	++	+	+ -	++
Respondent I	++	++	++	++	+ -	++
Respondent J ^M	- -	+ -	+ -	- -	- -	++
Respondent J ^V	++	++	+ -	+	+	+ -

Noot. De scores worden gekwalificeerd als ++ = sterke verbetering + = enige verbetering +- = stabilisatie - = enige verslechtering -- = sterke verslechtering. M=moeder. V=vader. OKR= ouder-kindrelatie; com= communicatie; dep= depressieve stemming; rol= rolbeperking; GZK= gezondheidsklachten.

Aan de hand van de RCI zijn de uitkomsten vergeleken bij afsluiting en na follow-up op de OBVL. In Tabel 6 zijn de scores te zien: problemen opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking, gezondheidsklachten en totale opvoedbelasting. In totaal hebben 6 respondenten de follow-upmeting ingevuld. Een deel van de respondenten liet een sterke verbetering (n=5) of geen verandering (n=1) zien op de problemen opvoeder kind relatie. Op problemen met opvoeden liet een deel van de respondenten sterke (n=5) of enige (n=1) verbetering zien en gelijk gebleven (n=1).

Een deel van de respondenten liet een sterke (n=4) of kleine (n=1) afname in depressieve stemmingen te zien en gelijk gebleven (n=1). Op rolbeperking liet een kleine deel (n=2) sterke verbetering zien, bij de overige bleef het gelijk (n=4). Een kleine deel van de respondenten liet een sterke verbetering (n=2) zien en gelijk (n=4) op gezondheidsklachten. Op de totale opvoedbelasting gaf een groot deel van de respondenten (n=5) aan een sterke verbetering te zien en voor een respondent (n=1) bleef het gelijk.

Tabel 6

RCI opvoedbelasting van ouders bij afsluiting en follow-up

	OKR	COM	DEP	ROL	GZK	Totaal
Respondent B	++	++	++	+ -	+ -	++
Respondent C	++	++	+	+ -	+ -	++
Respondent D	++	++	++	+ -	+ -	++
Respondent E	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
Respondent F	++	++	++	++	++	++
Respondent J	+ -	++	++	++	++	++

Noot. De scores worden gekwalificeerd als ++ = sterke verbetering + = enige verbetering +- = stabilisatie - = enige verslechtering -- = sterke verslechtering. OKR= ouder-kindrelatie; com= communicatie; dep= depressieve stemming; rol= rolbeperking; GZK= gezondheidsklachten.

Interviews

In de interviews zijn houdingsaspecten van de therapeut naar voren gekomen die volgens de geïnterviewde gezinnen van invloed zijn op het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Uit de interviews zijn vijf centrale houdingsaspecten naar voren gekomen, dit zijn: ‘het goed luisteren van de therapeut’, ‘de klik met de therapeut’, ‘het werd gewaardeerd dat de therapeut bereikbaar is’, ‘de therapeut oordeelvrij is’ en ‘dat de therapeut beschikt over therapeutische kennis’.

Luisteren

Alle participanten benoemden dat de therapeut goed luisterde wat positief werd ervaren. In diverse interviews is letterlijk genoemd (A,B,C,E) dat er geluisterd werd als positief is ervaren. Daarbij werd genoemd (A,C) dat er ruimte was om je verhaal te doen en te kunnen ventileren. Er was tijd, ruimte en aandacht om als ouders (B) je eigen verleden te vertellen waarnaar werd geluisterd. Er werd echt geluisterd (E) met liefde en aandacht. In de overige interviews is het luisteren indirect genoemd (D,F,G,H,I,J). Het gevoel werd ervaren dat de therapeut er voor je was (D). Zo vertelden (F,H) dat er werd doorgevraagd waardoor ze zich gehoord voelden. De therapeut was belangstellend (I) wat als helpend en prettig is ervaren. In crisissituaties werd er tijd gemaakt (J) en er werd gezien dat het heftig was, we voelden ons gezien en gehoord.

Klik met de therapeut

In diverse interviews kwam naar voren dat de ouders een klik hadden met de therapeut (A,B,C,H,I). Bij het hebben van een klik met iemand gaat het erom dat je je op je gemak voelt en er een vertrouwensband kan ontstaan. Aspecten die genoemd werden en daaraan hebben bijgedragen zijn: betrokkenheid, meeleven, ‘echt’ zijn (A), dezelfde humor delen, dezelfde taal spreken (B), erkenning geven voor de ingewikkelde situatie, een open houding, spontaniteit, joviaal, een fijn persoon (C), betrouwbaar, leuk, spontaan en niet zakelijk (H). Zo gaven ouders aan: “*het valt of staat met een goede therapeut*’ (B) en “*we hebben veel gelachen wat de spanning wegnam*’ (C). In diverse interviews (D,E,F,J) kwamen houdingsaspecten naar voren die niet als klik werden genoemd, maar die er wel mee te maken hebben. Zo benoemde diverse ouders dat ze zich op hun gemak voelde bij de therapeut en een vertrouwensband op konden bouwen, dit lukte doordat de therapeut betrokken, aardig en empathisch was (D). Het gezin ervoer dat de therapeut echt begaan was met ze (E). In één interview gaf een respondent (F) aan

dat de therapeut voor ze klaar stond in een crisissituatie. Er werd doorgepakte toen het nodig was wat heel prettig en goed was. Daarbij stemde ze goed af op de cliënt. Ook werd genoemd (J) dat de therapeut iemand was waar je je thuis bij voelde, de oprechtheid die daarbij werd ervaren was prettig en helpend. De therapeut smolt als het ware met het gezin mee, door naast het gezin te staan en ook wel eens iets uit eigen het eigen privéleven te delen (D,H,J). In één traject (E) zaten een ouder en de therapeut niet op een lijn, maar de partner en het kind wel. Doordat het niet op één lijn zitten bespreekbaar was gaf het geen problemen in het contact tussen de therapeut en de gezinsleden. Dat had ermee te maken dat de ouder die niet altijd op één lijn zat met de therapeut zag dat de hulp effect had. Aan het eind van het interview gaf de respondent als tip mee om een therapeut goed te matchen aan een gezin. De mogelijkheid om vooraf met een therapeut te kunnen praten en de ruimte te krijgen om naar je onderbuik te luisteren kan helpend zijn bij het tot stand brengen van een goede match.

Bereikbaarheid

In diverse (A,C,H,J) interviews benoemden ouders dat het zeer waardevol was dat de therapeut bereikbaar was. Ook buiten werktijd was er de mogelijkheid om en berichtje te sturen of in te spreken en werd er terug gebeld wanneer de therapeut weer aan het werk was. Het gevoel dat iemand er altijd voor je is en bereikbaar is maakte dat het vaak niet eens nodig was om te bellen. Een aantal respondenten gaf aan dat zij de mogelijkheid om na afronding contact te hebben positief hebben ervaren (H,J).

Oordeelvrije houding

In meerdere interviews (A,C,E,I,J) is genoemd dat het waardevol was dat de therapeut geen oordeel gaf. Ouders gaven aan dat er geen oordeel werd gegeven wat de ruimte gaf om je verhaal te kunnen doen (C), de therapeut stelde zich neutraal op (E), de therapeut stond naast ons niet erboven (I) en *“hoe heftig het er soms ook aan toe ging er werden geen oordelen en tips gegeven maar er werd gezien hoe heftig en zwaar het voor ons als ouders en voor ons kind was”* (J). Een respondent (G) gaf aan dat de therapeut onpartijdig was, iedereen kreeg de mogelijkheid om zijn of haar standpunt te verwoorden.

In een interview kwam naar voren dat de therapeut boos was geworden op de ouder (F). De ouder gaf hierover aan dat het op het moment niet leuk was maar dat ze het ook wel snapte dat de therapeut vanuit onmacht boos was geworden. De ouder werd aangesproken op het opvoedgedrag wat aan de ene kant slikken was en aan de andere kant wel opgepakt kon worden als positieve feedback. De partner van deze persoon had na het voorval moeite om nog met de

therapeut in gesprek te gaan.

Therapeutische kennis

In diverse interviews is de therapeutische kennis van de therapeut naar voren gekomen (D,G,H,I,J). Onder therapeutische kennis werd verstaan dat de therapeut merkbaar verstand van zaken (D), theoretische kennis en inzicht gaf (G), precies de juiste punten te pakken had in gesprekken (H), goede tips gaf (D) en een bak aan ervaring had (J).

In een interview werd op basis van kennis het onderscheid gemaakt tussen een gesprek met een therapeut of met een vriendin: *“de tips die je kreeg daarvan wist je dat ze ergens op gebaseerd waren. Dat is toch anders dan wanneer een vriendin een tip geeft en de kennis die je merkte bij de therapeut dat je dacht ‘dit is iemand die verstand van zaken heeft’”* (D). Een aantal ouders gaven aan dat de tips van de hulpverlener helpend waren. Respondent (I) gaf daarentegen aan geen nieuwe dingen geleerd te hebben waardoor de tips niet als helpend zijn ervaren.

In een aantal situaties (C,D,F,H) is de therapeut mee geweest naar gesprekken op school. Ouders ervaarden dit als prettig omdat er naar de therapeut op een andere manier wordt geluisterd dan naar de ouders. Ouders benoemde daarbij een situatie waarin de therapeut voor haar kind ging staan tijdens het gesprek (H).

Naast de vijf elementen die hierboven staan beschreven zijn er in de interviews enkele uitspraken gedaan die niet direct onder de elementen vallen maar wel waardevol zijn voor het onderzoek. Tijdens het traject had de therapeut zo af en toe een gesprekje met de andere kinderen (A), er werd geen druk gelegd maar tijd gegeven aan het kind om de hulp te accepteren (D), en diende de therapeut als sleutelfiguur tussen ouders en kind (E). Een respondent vertelde dat de therapeut een taartje had meegenomen nadat een doel was behaald. Ze vertelde erbij *“successen moet je vieren, hoe klein ze ook zijn, ze helpen om het perspectief zinniger te zien”*(D). Een ander voorbeeld is waarin een ouders aangaf dat de therapeut goed aansloot bij het kind doordat de therapeut heel positief naar het kind was (I).

Kritische punten

In twee interviews zijn punten naar voren gekomen die niet als helpend zijn ervaren. Zo was er een respondent die niet op één lijn zat met de therapeut (E). De respondent had wel een idee hoe het op één lijn komen verbeterd zou kunnen worden; door open te staan voor elkaars mening en opvattingen. Het delen van informatie over eerdere ervaringen bij andere gezinnen werd enerzijds als helpen ervaren (*‘je bent niet de enige’*) en anderzijds gaf het een ongemakkelijk

gevoel ('andere gezinnen hebben het veel zwaarder, hebben die niet meer recht op de hulp'). Hierdoor ontstond het gevoel dat het bij hen wel meeviel (E) en dat een ander gezin de hulp harder nodig zou hebben. Een laatste punt dat genoemd werd was dat de therapeut boos werd tijdens een gesprek (F). De therapeut vertelde vanuit boosheid wat de ouder wel en niet moest doen. De respondent vond het eerlijk maar te direct.

Verband RCI internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek en houdingsaspecten

Tot slot is er verkennend gekeken welke houdingsaspecten naar voren zijn gekomen vergeleken met de afname van internaliserend en externaliserend probleemgedrag. In tabel 7 zijn per participant het internaliserend en externaliserend probleemgedrag en de vijf houdingsaspecten met elkaar vergeleken.

Wat betreft internaliserend probleemgedrag tussen afsluiting en follow-up zie je bij twee respondenten (A,F) een grote verschuiving, van sterke verslechtering naar sterke verbetering na follow-up, in beide gevallen is er een klik met de therapeut en luisterde de therapeut. Bij één respondent (A) komen de elementen bereikbaarheid en oordeelvrije houding ook naar voren. In andere situaties (B,D) is het van stabilisatie naar sterke verbetering gegaan. De elementen die hierin genoemd worden zijn: het luisteren van de therapeut en de klik die werd ervaren met de therapeut. Verschillend is het oordeelvrij zijn van de therapeut (B) en de therapeutische kennis (D). In één situatie (C) is het stabiel gebleven, elementen die daarin naar voren komen zijn: luisteren, ervaren klik, bereikbaarheid en oordeelvrij zijn. Wat betreft externaliserend probleemgedrag tussen afsluiting en follow-up zie je weinig veranderingen, bij het merendeel (A,B,C,D,E) is er een sterke verbetering te zien. De overeenkomstige elementen zijn luisteren en de klik met de therapeut. In één situatie (F) is het van sterkt verslechterd naar sterkt verbeterd gegaan. Ook in deze worden de elementen luisteren en klik genoemd. De follow-up is niet door alle deelnemende respondenten ingevuld, om die reden is er maar een beperkt aantal resultaten beschreven. In de beperkte uitkomst heeft er bij externaliserend probleemgedrag bij het merendeel een sterke verbetering plaatsgevonden en op internaliserend probleemgedrag is het stabiel gebleven. De therapeutische klik en dat de therapeut luister zijn de twee houdingsaspecten die het meeste naar voren komen.

Tabel 7

Vergelijking RCI internaliserend en externaliserend probleemgedrag en de therapeutische relatie.

Intake	Afsluiting	Afsluiting	Follow-	Therapeutische relatie
--------	------------	------------	---------	------------------------

Resp.	up				
	Int.	Ext.	Int.	Ext.	
A ^M	--	++	++	++	Luisteren, klik, bereikbaar, oordeelvrij
B ^M	+-	++	++	++	Luisteren, klik, oordeelvrij
B ^V	+-	++	x	x	
C ^M	+-	++	+-	++	Luisteren, klik, bereikbaar, oordeelvrij
C ^V	+-	++	x	x	
D ^M	+-	++	++	++	Luisteren, klik, therapeutische kennis
D ^V	+-	+-	x	x	
E ^M	+-	++	+-	++	Luisteren, klik, oordeelvrij
F ^M	--	--	++	++	Klik, luisteren
F ^V	--	+-	x	x	
G ^V	+-	+-	x	x	Luisteren, therapeutische kennis
H ^M	++	++	x	x	Luisteren, klik, bereikbaar
I ^M	++	++	x	x	Luisteren, klik, oordeelvrij, therapeutische kennis
J ^M	+-	++	x	x	Klik, luisteren, bereikbaar, oordeelvrij
J ^V	++	++	x	x	

Noot. Resp= Respondent. Int= internaliserend. Ext= externaliserend. De scores worden gekwalificeerd als ++ = sterke verbetering + = enige verbetering +- = stabilisatie - = enige verslechtering -- = sterke verslechtering. X= geen scores.

Discussie

Conclusie

In dit verkennende onderzoek is onderzocht of er een verband is tussen houdingsaspecten van een MDFT-therapeut en de afname van probleemgedrag en ervaren opvoedbelasting bij cliënten. De centrale vraag binnen het onderzoek was: “Welke houdingsaspecten van de multidimensionele familie therapie (MDFT) therapeut dragen bij aan het afnemen van probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting bij cliënten?” Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn drie deelvragen opgesteld die hieronder besproken zullen worden.

Uit de resultaten op de screeningslijsten van de respondenten is op de drie meetmomenten af te lijden dat er een afname van probleemgedrag is. Op de CBCL is bij externaliserende problematiek en totale problematiek na afsluiting een afname te zien. Bij internaliserend probleemgedrag is het na afsluiting grotendeels stabiel gebleven. Bij follow-up is zowel bij externaliserende als internaliserend probleemgedrag een sterke verbetering te zien. In antwoord op deelvraag 1: “In hoeverre is er sprake van afname in gedragsproblematiek bij jongeren die deelnamen aan MDFT” kan op basis van de uitkomsten op de CBCL gezegd worden dat dit het geval is.

Op de OBVL is tussen intake en afsluiting een grote verscheidenheid aan uitkomsten te zien waarbij het overwegend gelijk is, geen verslechtering en geen verbetering. Na afsluiting en follow-up zie je dat er een sterke verbetering is te zien. Met uitzondering van rolbeperking en gezondheid, deze aspecten in de ervaren opvoedbelasting zijn over het algemeen gelijk gebleven. Daarmee lijkt de ervaren opvoedbelasting van ouders af te nemen na follow-up. Deelvraag 2: “in hoeverre is er sprake van afname in opvoedbelasting bij ouders die deelnemen aan MDFT” kan daarmee ook positief beantwoord worden.

In de interviews zijn houdingsaspecten naar voren gekomen waarvan ouders hebben aangegeven dat die van invloed zijn geweest op het therapeutische proces. Zo kwam naar voren dat ouders zich gehoord voelen, dat er ruimte is om hun verhaal te doen en dat daarnaar geluisterd wordt. Verschillende onderzoekers, waaronder Friedlander et al., (2011), noemen dat een alliantie zich pas kan ontwikkelen wanneer gezinnen zich veilig en op hun gemak voelen. De oordeelvrije houding die in veel gesprekken naar voren komt draagt volgens ouders bij aan gevoel van veiligheid. De bereikbaarheid van de therapeut geeft het gevoel van houvast en iemand om op terug te vallen. Het ervaren van een klik is in meerdere gesprekken naar voren gekomen en wordt als helpend ervaren. Het gaat daarbij om een professionele

samenwerkingsrelatie waarbij een persoonlijke band, overeenstemming over de doelen en de wijze waarop je dat gaat doen helder is (Pijnenburg et al., 2019). Het samen kunnen lachen helpt ook in de vaak spannend en moeilijke situaties waarin het gezin zit. De kennis die therapeuten hebben draagt bij aan de motivatie en het vertrouwen dat de behandeling zal helpen. Het gaat niet altijd over de tips die worden gegeven; de aandacht die er is voor de ingewikkelde situatie waar het gezin in zit of hoe goed het kind en de ouders het doen vergroot de motivatie voor de hulp. In antwoord op deelvraag 3: “Welke houdingsaspecten zijn volgens cliënten helpend geweest in het afnemen van meervoudig probleemgedrag?” zijn er uit de interviews vijf houdingsaspecten naar voren gekomen die als helpend zijn ervaren. Het probleemgedrag is de meeste gevallen sterk verbeterd. Over de causaliteit kan op basis van dit onderzoek geen uitspraak gedaan worden.

Naast de positieve uitkomsten zijn er ook een aantal kritische punten naar voren gekomen tijdens de interviews, zoals het niet op één lijn zitten met de therapeut. Het is van belang om overeenstemming te hebben over de samenwerkingsdoelen: op een lijn zitten is van invloed op de therapeutische relatie en dat hangt weer samen met de afname van het probleemgedrag (Pijnenburg et al., 2019). Zoals ook een gelijkwaardige relatie met alle gezinsleden. Voor een therapeutische relatie is het van belang om niet met een specifiek gezinslid en sterke alliantie ontwikkeld (Friedland et al., 2011).

Er is verkennend onderzocht of er een verband is tussen houdingsaspecten van de therapeut en afname in internaliserend en externaliserend probleemgedrag. Uit onderzoek van Karver (2018) blijkt dat er met name bij externaliserend probleemgedrag een matig tot groot effect is op afname van het probleemgedrag bij een therapeutische alliantie. Uit onderzoek van Welmers van der Poll et al., (2018) komt naar voren dat bij een systeemgerichte behandeling de therapeutische alliantie een groter effect heeft op internaliserend probleemgedrag. In dit onderzoek is bij externaliserend probleemgedrag na afsluiting al een sterke verbetering te zien, bij internaliserend probleemgedrag is een sterkte verbetering te zien na follow-up. De houdingsaspecten bij zowel externaliserend als internaliserend probleemgedrag komen overeen. Op basis van de geringe uitkomst van dit onderzoek is het lastig te zeggen of er overeenkomst te zien zijn met de onderzoeksresultaten van Karver (2018). Uitgebreider onderzoek is daarvoor nodig.

MDFT is een systeemgerichte behandeling die zich richt op alle bij de jongere betrokken personen (Liddle, 2010). In een aantal gevallen waren de jongeren niet bij de gesprekken aanwezig. Tijdens de behandeling is bij deze jongere weinig tot geen afname in probleemgedrag terug te zien maar uit de follow-up metingen is te zien dat het probleemgedrag en de ervaren

opvoedbelasting wel is verbeterd. Wanneer de therapeut geen contact heeft met de jongere wil het niet zeggen dat het probleemgedrag van de jongere niet afneemt. Het vraagt alleen een andere aanpak van de therapeut doordat de behandeling via de ouders verloopt. Om de motivatie bij jongeren te vergroten is het van belang om zich te richten op de vier domeinen (Liddle, 2018). In een aantal situaties heeft de inzet van de therapeut ertoe geleid dat de motivatie voor de behandeling groeide. Vooral door geen druk op het contact te zetten en geduldig te zijn. Bij systeemgerichte behandeling kan op verschillende domeinen ingezet worden (Vullings, 2014). Uit de interviews blijkt dat er weinig is ingezet op de verschillende buitendomeinen. Met uitzondering van het buitendomein school; uit verschillende interviews kwam naar voren dat de therapeut bij gesprekken op school aanwezig is geweest.

Methodologische discussie

De screeningsinstrumenten CBCL en OBVL die voor het onderzoek zijn gebruikt hebben enkele beperkingen. De CBCL en de OBVL brengen algemene veranderingen in kaart. Daarbij zijn de beperkte scoringsopties (niet, soms waar, altijd waar) op de vragen wel beperkt om veranderingen te meten. Daarbij is het goed om te noemen dat vragenlijsten momentopnamen zijn waarbij de condities op de verschillende meetmomenten afwijkend kunnen zijn wat de betrouwbaarheid beïnvloed (Drenth & Sijtsma, 2006).

De tweede beperking is dat de vragenlijsten in de follow-up meting niet door alle respondenten zijn ingevuld. De CBCL is door zeven respondenten ingevuld en de OBVL door zes respondenten. De representativiteit van de follow-up meting wordt hiermee verkleint.

De derde beperking van het onderzoek heeft betrekking op de omvang van de steekproef. De steekproef bestaat uit tien cliëntsystemen. Een belemmering van het onderzoek is dat de steekproef te gering is om de gegevens te generaliseren. Op basis van het onderzoek kan niet gezegd worden dat het van toepassing is op cliënten die een MDFT-traject volgen. Om die reden zal er met enige voorzichtigheid conclusies worden verbonden aan het onderzoek. Daarbij is de steekproef niet representatief voor gehele groep cliënten die een MDFT-traject hebben gevolgd; ze zijn middels een gemakssteekproef geworven voor het onderzoek. Er hebben bijvoorbeeld geen respondenten aan het onderzoek deelgenomen die niet tevreden waren of die het MDFT-traject niet hebben kunnen afronden.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is in verband met praktische beperkingen niet berekend.

Aanbevelingen

Een eerste aanbeveling heeft betrekking op de representativiteit van de steekproef. Aan het onderzoek hebben geen respondenten meegedaan die niet tevreden waren of het traject vanuit onvrede zijn gestopt. Een aanbeveling zou zijn om juist onder deze groep cliënten een onderzoek te verrichten om te achterhalen of er en welke houdingsaspecten van de therapeut zijn gemist.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de therapeutische alliantie voor de behandeluitkomst belangrijk is voor ouders. Zo gaf een van de ouders als tip om een folder te maken. Een folder waarin gezinnen een indruk kunnen krijgen wat MDFT is, waarin ook de afspraken genoteerd en genoemd worden welke therapeut het gezin zal begeleiden. Enige informatie over de therapeut zou er ook in kunnen komen te staan om al een beeld te krijgen van de persoon die je gezin gaat begeleiden.

Een praktijkaanbeveling gaat over hoe met een conflictsituatie omgegaan kan worden. In gezinnen waarbij sprake is van meervoudig probleemgedrag is het belangrijk om met alle betrokken een alliantie op te bouwen en te behouden (Pijnenburg, 2018). In één van de interviews kwam naar voren dat de therapeutische relatie niet hersteld was met alle betrokken en hoe ingewikkeld dit was. De aanbeveling is om bij een conflictsituatie het contact ook te herstellen met degene(n) die niet direct bij het conflict betrokken waren. Een advies is om therapeuten te trainen in het omgaan met conflictsituaties en op welke wijze het contact met alle betrokkenen kan worden hersteld. De houdingsaspecten die tijdens de interviews zijn benoemd kunnen hierbij helpend zijn, zoals luisteren en het oordeelvrij reageren op hoe de conflictsituatie is ervaren. Tijdens het trainen zijn rollenspellen een effectieve manier om te oefenen in het leren hanteren van conflictsituaties (Hafkenscheid, 2015). In een MDFT-team is er regelmatig overleg en intervisie. Tijdens de intervisies kan er middels rollenspellen geoefend worden in het herstellen van een therapeutische relatie na een conflict. Tijdens het oefenen door rollenspellen beoordelen je elkaar op het effect van je interventies, wat bijdraagt aan het vergroten van je therapeutische kwaliteiten (Van der Veer, 2015).

Bij aanvang van het onderzoek was de opzet dat de jongeren meegenomen zouden worden in het onderzoek. Dat bleek in de praktijk lastig en waren het nagenoeg alleen de ouders die naast de vragenlijsten ook bereid waren deel te nemen aan een interview. Een aanbeveling is om ook het perspectief van jongeren te betrekken in toekomstig onderzoek. Een mogelijkheid hierbij is het afnemen van de vragenlijst System for observing Family Therapy Alliance (SOFTA). In deze vragenlijst wordt de veiligheid in relatie tot de alliantievorming gemeten (Friedlander et al., 20011). De motivatie voor behandeling is bij jongeren doorgaans niet

aanwezig, door in te zetten op de therapeutische alliantie wordt de motivatie voor behandeling vergroot (Liddle, 2010). Wanneer er meer zicht is op de therapeutische alliantie, waar de SOFTA als middel bij ingezet kan worden, kan de motivatie voor behandeling vergroot worden wat een positieve invloed heeft op de afname van probleemgedrag.

Uit onderzoek van Karver (2018) is gebleken dat de therapeutische relatie van invloed is op specifiek probleemgedrag. Er is in dit onderzoek verkend welke houdingsaspecten van invloed zijn op internaliserend en externaliserend gedrag. Deze uitkomsten zijn te beperkt om van een causaal verband te kunnen spreken. Een aanbeveling zou kunnen zijn om gericht onderzoek te doen naar de invloed van de therapeutische alliantie op de afname van internaliserend en externaliserend probleemgedrag en de ervaren opvoedbelasting van ouders.

Hoewel er nog meer onderzoek nodig is om de invloed van de houdingsaspecten van de therapeut op behandeluitkomsten bij MDFT te onderzoeken blijkt uit dit onderzoek dat houdingsaspecten van de therapeut door ouders als belangrijk aspect van de hulpverlening wordt ervaren.

Literatuurlijst

- Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *ClinPsychol Rev* 2003; 23: 1-33
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen [BPSW, NIP, & NVO] (2015). *Richtlijn multiprobleemgezinnen*. Download via: http://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/upload/2022/04/Complete_richtlijn_multiprobleemgezinnen.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 7, 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513
- Couwenbergh, C., van den Brink, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15 (6), 319-328. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0535-6>
- Diamond G, Liddle HA, Hogue A, Dakof GA. Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 1999; 36: 355
- Drenth, P.J.D. & Sijtsma, K. (2009). Testtheorie. *Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. (pp 191). Houten. Bohn Stafleu van Loghum.
- Driesen, I. and Besselink, P. (2016). De werkzame bestanddelen van de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige problematiek. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 25(3), pp .39–57. DOI: <http://doi.org/10.18352/jsi.494>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L. and Diamond, G. M. (2011) Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy* 48: 25–33. doi: 10.1037/a0022060
- Heldens, J. & Reysoo, F. (2015). De kunst van het interviewen: *reflecties op het interview met een guide*. KWALON 30(10) 3
- Jeugdhulp Friesland (2021). Beschrijving van de module Multi Dimensionele Familie Therapie (MDFT) Regulier, LVB en Residentieel.
- Karver, M.S., De Nadai, A.S., Monahan, M., & Shirk, S.R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 55, 341-355. doi: 10.1037/pst0000176
- Liddle, H.A. (2010). Treating adolescent substance abuse using multidimensional family therapy. In J. Weisz & A. Kazdin (Eds.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (Second Edition)*. New York, New York: Guilford Press.

- NJI (2021). *Interventie Multidimensionele Familietherapie (MDFT)*. Geraadpleegd op December 4, 2021, van <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-MDFT.pdf>.
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2021, 12 maart). Jonge geweldplegers zorgelijke trend in jaarbeeld OM over 2020. Nieuwsbericht | Openbaar Ministerie. Geraadpleegd op 27 november 2021, van <https://www.om.nl/actueel/nieuws/2021/03/10/jonge-geweldplegers-zorgelijke-trend-in-jaarbeeld-om-over-2020>
- Mulder, E., Brandt, E., Bullens, R., & van Marle, H. (2010). A classification of risk factors in serious juvenile offenders and the relation between patterns of risk factor and recidivism. *Criminal behaviour and mental health*, 20, 23-38. <http://doi.org/10.1002/cbm.754>
- Pijnenburg, H.M., De Greef, M., Scholte, R.H.J. & Van Hattum, M.J.C. (2019). Werken met multiële allianties in gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Knot-Dickscheit, J. & Knorth, E.J. (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (pp. 154-168). Rotterdam, Nederland: Lemniscaat.
- Rigter, H. (2007). Problematisch gebruik van cannabis en alcohol. In F. Verheij, F. C. Verhulst & R. F. Ferdinand (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie — Behandeling en begeleiding* (pp. 406-432). Assen: Van Gorcum.
- Van Hattum, M.J.C., & Van Hal, L. (2015). Samenwerking tussen jeugdhulpverleners in gezinnen met meervoudige problemen. *Maatwerk*, 12(6), 31-33.
- Van der Veer, G. Anton Hafkenscheid: 'Niet bij elke klacht is de therapeutische relatie even belangrijk'. *PSYCHOPRAKTIJK* 7, 28–32 (2015). <http://doi.org/10.1007/s13170-015-0039-5>
- Veerman, Vermulst, Kroes, De Meyer & Nguyen, 2012. *Vragenlijst Gezinsfunctioneren voor Ouders*. Nijmegen, Nederland: Praktikon 2011, Praktikon bv, Nijmegen.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch ziekenhuis Rotterdam/Erasmus universiteit Rotterdam.
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, Nguyen, L., & Veerman, J.W. (2015). Handleiding OBVL (p 16, 25). Nijmegen: Praktikon.
- Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for externalizing disorders of childhood and adolescence — A meta-content analysis of 46 randomized trials. *Family Process*. doi:10.1111/famp.12047.

- Van Vreeswijk, M.F., Spinhoven, V., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Broersen, J. (2012). Changes in Symptom Severity, Schemas and Modes in Heterogeneous Psychiatric Patient Groups Following Short-term Cognitive-Behavioural Group Therapy. A Naturalistic Pre-treatment and Post-treatment Design in an Outpatient Clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 29-38. doi:10.1002/cpp.1813
- Vullings, H. (2014). Multidimensionele familietherapie Een systeemtherapie voor probleemgedrag van adolescenten. *Systeemtherapie Jaargang 26 Nummer 2 Juni 2014* Pagina 65–78
- Welmers-van de Poll, M.J., Roest, J.J., van der Stouwe, T., van den Akker, A. L., Stams, G.J.J.M., Escudero, V., de Swart, J.J.W. (2018). Alliance and treatment outcome in family-involved treatment for youth problems: A three-level meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 146-170. doi: 10.1007/s10567-017-0249-y

Bijlagen

Interviewvragen

1. Zou u uit kunnen leggen wat de reden is geweest dat jullie een MDFT-traject zijn gestart? (School, middelen, vrijetijdsbesteding en ouder-kind relatie)
2. Hoe heeft u het MDFT-traject in het algemeen ervaren? Of: Hoe hebben jullie het MDFT-traject ervaren?
3. Hoe zou u het contact met de therapeut omschrijven? Kunt u iets vertellen over hoe het contact met de therapeut was?
4. Wat deed de therapeut dat helpend is geweest of juist niet? Doorvragen om zowel positieve als kritische punten terug te krijgen: wat hielp om het MDFT-traject aan te gaan, welke taalgebruik gebruikte de therapeut, welke eigenschap was prettig in het contact of miste u juist in het contact met de therapeut?
6. Wat hebben jullie gedaan waar jullie wat aan hebben gehad? (Psycho-educatie bij zowel de jongere als ouders, jongeren trainen in zelfcontrole, terugvalmanagement, contingency management, methode van enactment, motiverende gespreksvoering, urine- en ademtests en huiswerkopdrachten) Doorvragen: wat maakte dat dat hielp, waarom hielp dat nu juist niet, hebben jullie nu na ... maanden daar nog wat aan?
7. Wat had gedurende het MDFT-traject beter gekund? Hebben jullie bepaalde dingen gemist? Of hadden jullie het nu anders gedaan erop terugkijkende? Zo ja, wat?
8. Wat zou u mee willen geven aan de therapeuten of in het MDFT-traject algemeen?

Doorvragen bij algemene antwoorden:

-kunt u daar iets meer over vertellen

-heeft u een voorbeeld

-het is mij nog niet helemaal duidelijk kunt u mij uitleggen wat u bedoelt

Toestemmingsverklaring



TOESTEMMINGSVERKLARING DEELNAME AAN ONDERZOEK

Sigrid Loonstra en Marissa Schregardus doen binnen Jeugdhulp Friesland onderzoek in het kader van de master Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderzoek betreft het behandeltraject MDFT en gaat over de langdurige effectiviteit van MDFT. De focus ligt in het onderzoek op twee onderdelen: de ingezette interventies en de therapeutische relatie. Om de effectiviteit te kunnen meten, wordt u gevraagd om de vragenlijsten CBCL (over probleemgedrag en vaardigheden) en OBVL (over opvoedingsbelasting) in te vullen. Daarnaast wordt er een interview afgenomen. De hoeveelheid tijd die dit totaal kost zal ongeveer 60 tot 90 minuten bedragen. Uw deelname levert een bijdrage om inzicht te krijgen in de effectiviteit van MDFT. Daarnaast wordt inzichtelijk gemaakt wat de deelnemers van het onderzoek als helpend hebben ervaren in het traject en wat zij als minder helpend hebben ervaren. Wij, de onderzoekers, gaan zorgvuldig en vertrouwelijk om met de gegevens die wij verzamelen:

- De informatie wordt alleen voor het doel gebruikt waarvoor het is verzameld.
- Alle verzamelde informatie zal na de wettelijke bewaartermijn vernietigd worden.
- Bij vastlegging van de informatie zal geen informatie worden gebruikt waardoor U aan het onderzoek voor andere herkenbaar bent (bijvoorbeeld namen, woonplaats, leeftijd of een combinatie van deze informatie).

Wanneer er vragen zijn over het onderzoek kunnen deze gesteld worden aan de onderzoekers:

Sigrid Loonstra  s.loonstra@student.rug.nl

Marissa Schregardus  m.schregardus@student.rug.nl

Ondergetekende verklaart akkoord te gaan met deelname aan het onderzoek waarbij hij/zij de vragenlijsten CBCL en OBVL invult en mee zal werken aan een interview.

Ondergetekende verklaart daarnaast:

- Ik ben over het onderzoek geïnformeerd en begrijp het doel van het onderzoek en wat mijn rol binnen dit onderzoek inhoudt.
- Ik vind het goed dat mijn geanonimiseerd gegevens voor het onderzoek worden gebruikt.
- Ik geef toestemming voor het maken van audio opnames tijdens het onderzoek. Deze opnames zullen alleen voor het onderzoek gebruikt worden en daarna vernietigd worden.

Handtekening ouder(s)

Handtekening jeugdige (indien van toepassing)

..... Datum

..... Datum

..... Plaats

..... Plaats