pedologisch instituut
rotterdam

Dwerggras 30
Rotterdam
Postbus 8639
3009 AP Rotterdam
Telefoon 010-407 15 99
Telefax 010-420 22 27

EINDRAPPORT
project
GEZINS INTERACTIE TRAINING

Ontwikkeling, evaluatie en methodiek

Eindrapport ten behoeve van de
Stichting Kinderpostzegels Nederland
Rotterdam Pedologisch Instituut
Leiden Vakgroep Algemene Pedagogiek
juni 1995

Eindredactie:
drs. M.H.B. Jongbloed
dr. L.W.C. Tavecchio

Deelnemende Instellingen:
Pedologisch Instituut Rotterdam
Rijksuniversiteit Leiden:
Vakgroep Algemene Pedagogiek

Het project werd uitgevoerd door:

METHODIEKONTWIKKELING

Gezinsbegeleiding	Marian Boele Koosje Naudts Martine Veelbehr Charlotte Oele Ineke Legtenberg
Werkbegeleiding	Ineke Legtenberg Koosje Naudts
Methodiekontwikkeling	Ineke Legtenberg Marijke Jongbloed Sietske de Jong (eerste projectjaar) Marjan Pouw (pilot-study)
Formatieve evaluatie	Mieke Verhoeven (eerste project jaar) Klaas Toonen Louis Tavecchio
Supervisie gedrags-therapeutische interventies:	Henck van Bilsen

ONTWIKKELING DIAGNOSTICUM

	Rineke Oomen-van de Kerkhof Louis Tavecchio
Universitaire stages	Annemarie Kovacks Ellen Verbeem
Scripties :	Klaas Toonen Ellen Verbeem

BEGELEIDINGSCOMMISSIE:	**PROJECTLEIDING:**
dr. P.M. Schoorl (voorzitter)	Marijke Jongbloed
dr. J.M. Koot	Louis Tavecchio
Prof. dr. L.M.Stevens	
Prof. dr. F.C. Verhulst	
drs. H.P.J.G van Bilsen	
drs. A.J.C. Struiksma	

Het project GIT werd mogelijk gemaakt dankzij de subsidie van de Stichting Kinderpostzegels Nederland

Voorwoord

Dit Eindrapport van het project Gezins Interactie Training (GIT) vormt de neerslag van een proces van intensieve samenwerking tussen het Pedologisch Instituut Rotterdam en de Vakgroep Algemene Pedagogiek van de Leidse Universiteit.

Het Eindrapport bestaat uit drie Deelrapporten:

I Project GIT: Een methodiek ontwikkeld en geëvalueerd;
II Diagnostiek: Screening en selectieonderzoek;
III Gezins Interactie Training: De Methodiek.

Het eerste deelrapport gaat vooral in op het proces van ontwikkeling en de evaluatie van dit proces. Het deelrapport Diagnostiek is een verslag van de tweede doelstelling van het project, nl. middels een diagnostische procedure te komen tot screening en selectie van kinderen en gezinnen en toetsing en evaluatie van het instrumentarium. Het derde deelrapport beschrijft het eindresultaat van de methodiekontwikkeling: de behandeling GIT.

De driedeling van het Eindrapport weerspiegelt de taakverdeling tussen de beide deelnemende instellingen. Er is naar gestreefd de Deelrapporten zo samen te stellen dat elk rapport als een zelfstandig eindprodukt kan worden gelezen. Dit heeft er toe geleid dat bepaalde onderwerpen, soms letterlijk, in meer dan één rapport aan de orde komen.

Op de pagina links is weergegeven wie hebben meegewerkt aan het project GIT en bij welke onderdelen zij betrokken waren. Het project is administratief ondersteund door Marja Mastenbroek, Sasja Driever en Lies van Dooren.

Gedurende de gehele looptijd van het project heeft de begeleidingscommissie onder leiding van dr. P.M. Schoorl een belangrijke rol gespeeld. De betrokkenheid en deskundigheid van de commissieleden hebben het project sterk gestimuleerd.

Het spreekt voor zich dat wij hopen dat de resultaten van het project - de methodiek GIT, maar ook het gehanteerde model van ontwikkeling en evaluatie - niet terecht komen in een bureaula, maar hun weg zullen vinden naar die mensen die er praktisch gebruik van kunnen maken.

Ten slotte danken wij de Stichting Kinderpostzegels Nederland (SKN) voor de subsidiëring van het project en het in ons gestelde vertrouwen.

Rotterdam/Leiden, mei 1995

Drs. M.H.B. Jongbloed
Dr. L.W.C. Tavecchio

DEELRAPPORT I
project
GEZINS INTERACTIE TRAINING

Een methodiek ontwikkeld en geëvalueerd

Eindrapport ten behoeve van de
Stichting Kinderpostzegels Nederland
Rotterdam Pedologisch Instituut
Leiden Vakgroep Algemene Pedagogiek
mei 1995

Auteurs:
drs. M.H.B. Jongbloed
dr. L.W.C. Tavecchio

met bijdragen van:
drs. G.J.M. Legtenberg
drs. H.W.J.M. Oomen-van de Kerkhof
drs. K.D. Toonen



INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1. Het project GIT 1
1.1. De historie 1
1.2. De doelen van het project GIT zijn: 3
1.3. Organisatie 3
1.3.1. Samenwerking van de betrokken Instellingen 3
1.3.2. Verantwoordelijkheden 4
1.3.3. Verantwoordelijkheid RU Leiden 4
1.3.4. Verantwoordelijkheid Pedologisch Instituut 4
1.3.5. Verantwoordelijkheid sectie onderzoek en ontwikkeling 4
1.3.6. Verantwoordelijkheid sectie Jeugdzorg 4
1.3.7. Functies 4
1.3.8. Publikatie beleid 5

Hoofdstuk 2. Uitgangspunten, mogelijkheden en grenzen van de Gezins Interactie Training 7
2.1. De theoretische referentiekaders van de GIT 7
2.1.1. De gehechtheidstheorie als normatief referentiekader voor de GIT 7
2.1.2. De leertheorie als referentiekader voor de gedragsbeïnvloeding 9
2.2. Gezins Interactie Training; een vorm van home-training 10

Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet en methodiek 11
3.1. Onderzoeksopzet: typering, plaatsbepaling en globale doelstellingen 11
3.1.1. Theoretische uitgangspunten van de onderzoeksopzet (model) 11
3.1.2. Formatieve evaluatie: De verantwoording van methodiekontwikkeling 12
3.1.3. Kwaliteitseisen 13
3.1.4. Mogelijke conclusies van de formatieve evaluatie 14
3.2. Methodiekontwikkeling GIT als ontwikkelend onderzoek 14
3.2.1. Model van ontwikkeling 14
3.2.2. Verslaglegging als basis voor de methodiekontwikkeling 15
3.2.3. Praktische uitwerking en organisatie 16
3.2.4. Evaluatiecyclus binnen de methodiekontwikkeling 17
3.2.5. Resultaten van methodiekontwikkeling 17
3.3. Formatieve evaluatie: Procedures en werkwijze 17
3.3.1. Monitoring als instrument voor evaluatie 17
3.3.2. Stramien voor formatieve evaluatie: de werkwijze van de evaluator 18

Hoofdstuk 4. Belangrijkste ontwikkelingen in de methodiek 21
4.1. Uitgangspunten van de methodiek GIT 21
4.1.1. Doelstellingen van de methodiek zoals oorspronkelijk geformuleerd in de subsidie-aanvraag 21
4.1.2. Relatie methodiekontwikkeling en methodiek 22
4.1.3. Gebruik van gestandaardiseerde instrumenten 23
4.1.4. De ouder als mede evaluator 24
4.2. Ontwerp behandeling 26
4.2.1. Inleiding 26
4.2.2. Opbouw van de behandeling was: 26
4.3. Intake-fase 28
4.3.1. Geplande middelen 28
4.3.2. Motivatie fase als facultatieve uitbreiding van de intake 29
4.3.3. Introductie GIT 30
4.3.4. Probleem definiëring 30
4.4. Doelstellingen van behandeling en strategie 31
4.4.1. Operationalisatie van de behandelingsdoelen 31
4.4.2. Behandelblok 32
4.4.3. Behandelingsfrequentie 32
4.4.5. Interventie strategieën 33
4.4.5. Nieuwe ontwikkelingen naast de gedragstherapeutische interventies 33
4.4.6. Nieuwe aspecten van het handelen van de gezinsbegeleider 34
4.4.7. Afbouwfase 34

Hoofdstuk 5. Bruikbaarheid en overdraagbaarheid 37
5.1. Inleiding 37
5.2. Geloofwaardigheid en bruikbaarheid 37
5.3. Overdraagbaarheid 37
5.4. Toetsingscriteria met betrekking tot de overdraagbaarheid van de GIT 38
5.4.1. Duidelijkheid over doelgroepen 38
5.4.2. Helderheid met betrekking tot (nieuwe) taken die de hulpverleners krijgen opgedragen 38
5.4.3. Duidelijkheid over kennis en vaardigheden benodigd voor het uitvoeren van de GIT 39
5.4.4. Aanwezigheid van benodigde voorzieningen, middelen en materialen en andere organisatorische randvoorwaarden 39
5.4.5. De attitude/houding ten aanzien van de nieuwe methodiek bij de uitvoerenden 39
5.4.6. Ervaringen met de implementatie van de methodiek 39
5.5. Overdracht van de GIT 39
5.6. Conclusie 40

Hoofdstuk 6. Conclusies en aanbevelingen 41
6.1. Algemeen 41
6.2. Specifieke kenmerken van de GIT 41

Referenties 47

Bijlage 1 51
Bijlage 2 53

Voorwoord

Het Eindrapport Project GIT bestaat uit drie deelrapporten:

I Project GIT;Een methodiek ontwikkeld en geëvalueerd.
II Diagnostiek; Screenings en selectie onderzoek
III Gezins Interactie Training: De methodiek.

Het eerste deelrapport gaat vooral in op het proces van ontwikkeling en de evaluatie van dit proces. Het derde deelrapport beschrijft het resultaat van dit ontwikkelingsproces: de behandeling GIT. Het deelrapport diagnostiek is te beschouwen als het verslag van de tweede doelstelling van het project GIT, nl. middels een diagnostische procedure te komen tot screening en selectie van kinderen en gezinnen en de toetsing en evaluatie van het instrumentarium.

In dit eerste deelrapport beschrijven we de historische ontwikkeling van het project.
Vervolgens wordt de behandeling GIT beknopt weergegeven, waarbij de uitgangspunten, doelstellingen en de theoretische kaders die een belangrijke rol spelen binnen de GIT aan de orde komen. Ook wordt aangegeven wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van de methodiek.
In de beschrijving van de methodiek wordt de samenhang van screening, selectie en behandeling als één produkt gepresenteerd. De integratie van deze projectonderdelen (van te voren als twee afzonderlijke gehelen opgezet) is één van de resultaten die uit dit project zijn voortgekomen. Voor de screening- en selectieprocedure, voorafgaand aan de behandeling, is alleen de gehechtheidstheorie van belang, voor de behandeling speelt daarnaast ook de leertheorie een belangrijke rol.
De wijze waarop deze theoretische kennis het handelen beïnvloedt en omgekeerd - een cyclisch proces - staat centraal in het hoofdstuk over ontwikkelend onderzoek. Deze werkwijze wordt geïllustreerd aan de hand van ontwikkelingen ten aanzien van de behandelingsmethodiek gedurende de loop van het project. Gevonden oplossingen en de meerwaarde ervan voor huidige en toekomstige behandelingen worden gegeven. Aangegeven wordt hoe de werkwijze verankerd is binnen de organisatie van het project.
Tot slot wordt de ontwikkeling binnen de behandelingsmethodiek gerelateerd aan één van de belangrijkste doelstellingen van het project GIT, te weten de ontwikkeling van een overdraagbare methodiek. Uit het beschreven ontwikkelingsproces worden conclusies getrokken die wellicht van belang zijn voor vervolgonderzoek, overdracht van de methodiek aan derden en andere projecten, waarbij een goede afstemming gevonden dient te worden tussen een meer wetenschappelijke benadering en praktisch handelen.

HOOFDSTUK 1 HET PROJECT GIT

1.1. De historie

Het project Gezins Interactie Training (GIT) is als onderzoeks- en ontwikkelingsproject ontstaan uit een onderzoeks-initiatief in 1988 van Dr. L. Tavecchio van de Vakgroep Algemene Pedagogiek van de Rijks Universiteit Leiden.
De gehechtheidstheoretische verklaring voor (een deel van) de bij jongens in bepaalde sectoren van het S.O. gesignaleerde ontwikkelingsproblematiek (vgl. de beide versies van de subsidie-aanvraag 1988, 1989) zou oorspronkelijk in het kader van meer fundamenteel, empirisch onderzoek op zijn merites worden getoetst. Dat was althans de opzet van de eerste versie van een bij de Stichting Kinderpostzegels Nederland (SKN) ingediende subsidie-aanvraag (Tavecchio e.a., 1988). In eerste instantie diende immers empirische steun te worden verkregen voor:

- (1) De (differentiële) invloed van gezinsstructurele kenmerken (o.a. normrigiditeit, sexespecificiteit) op de opvoeding van jongens en meisjes.
- (2) De directe consequenties daarvan voor de vroege ouder-kind interacties, met name de wisselwerking tussen (een tekort aan) sensitieve responsiviteit en gehechtheidsontwikkeling.
- (3) De verschillen tussen jongens en meisjes bij de verwerking van sociaal-emotionele problemen ("externalisering" vs. "internalisering").

Niet alleen was er behoefte aan de empirische onderbouwing van deze veronderstellingen, maar ook de onderlinge samenhang diende eerst in kaart te worden gebracht. De subsidiegever bleek echter voldoende vertrouwen in de (gehechtheids-)theoretische verklaring voor gedrags- en leerproblemen bij jongens te hebben, zodat de voorkeur uitging naar subsidiëring van een praktijkgericht project, waarin sprake zou zijn van interventie bij "probleemgezinnen".
In de tweede versie van de subsidie-aanvraag (Tavecchio, Jongbloed, e.a., 1989) werd dan ook veel meer plaats ingeruimd voor de "methodiekontwikkeling", i.c. de ontwikkeling en toepassing van een interventiemethodiek die gebaseerd is op de algemene uitgangspunten van hometraining. De te ontwikkelen interventie methodiek " Gezins Interactie Training" (GIT) zou zich in de eerste plaats richten op de verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind interactie, vooral ook op een verhoging van de sensitieve responsiviteit van de ouders (theoretisch een zeer belangrijke determinant van een veilige gehechtheidsrelatie van het kind met de ouders).
In het daarna uitgevoerde vooronderzoek [zie Tavecchio c.s. (1990) voor een eindrapport over de diagnostische fase] is er steeds een duidelijk voelbare spanning blijven bestaan tussen enerzijds de (oorspronkelijke) meer fundamentele wetenschappelijke doelstellingen, nl. toetsing van theoretische inzichten en hypothesen, en anderzijds de directe toepassing van verkregen meetresultaten in de vorm van een "diagnosticum", dat geschikt zou zijn voor een verantwoorde screening en selectie van interventiegezinnen.
Bij het - in het kader van het hoofdonderzoek uitgevoerde - samenwerkingsproject tussen R.U. Leiden en P.I. Rotterdam, is er vanaf het

begin naar gestreefd om een wetenschappelijk verantwoord èn praktijkrelevant "tweesporenbeleid" te realiseren.
Er is een model opgezet voor de ontwikkeling van een behandelingsmethodiek die ondersteund en beoordeeld zou worden door formatieve evaluatie. Daarnaast moest het in het vooronderzoek ontwikkelde diagnosticum gevalideerd worden.
Na ongeveer anderhalf jaar werken in het kader van het GIT-project werd in een interimrapport verslag gedaan van de opgedane ervaringen en de noodzakelijk geachte bijstellingen van de oorspronkelijke opzet. Deze bijstellingen werden getoetst aan de in eerste instantie geformuleerde theoretische uitgangspunten. Het bleek dat de praktijkervaringen een grote rol in het proces van methodiekontwikkeling speelden. Op grond van deze praktijkervaringen moesten schattingen zoals geformuleerd in de subsidieaanvraag SKN worden bijgesteld. Zo bleek na korte tijd dat de in de subsidie-aanvraag aangekondigde onderzoeksgroep zowel qua omvang als qua samenstelling niet gerealiseerd kon worden. Voor een deel kon dit probleem worden opgelost door de selectiecriteria en de behandelingsdoelen onderling beter op elkaar af te stemmen. Daartoe zijn in de screenings- en selectieprocedure veranderingen aangebracht die tevens van invloed zijn geweest op de positie en de betekenis van het diagnosticum.

Daarnaast bleek dat de oorspronkelijk geformuleerde differentiatie van de GIT-methodiek in de vorm van een drietal onderscheiden behandelingsmodulen, gezien de aard van de problematiek van de aangemelde gezinnen en het relatief geringe aantal casussen, niet moest worden gehandhaafd. Tot welke aanpassingen dit heeft geleid voor de methodiek en de methodiekontwikkeling is nader uitgewerkt.
Van meet af aan is ervan uitgegaan dat het proces van methodiekontwikkeling op de voet gevolgd en verantwoord moest worden met behulp van formatieve evaluatie. Deze vorm van procesevaluatie is weliswaar in algemene termen in de literatuur beschreven, maar het kostte aanvankelijk veel tijd en energie om een voor het GIT-project adequate benadering te ontwikkelen. In het Voortgangsverslag'93 speelde de ontwikkeling van de vorm van de evaluatie daarom een belangrijke rol, waarbij in het bijzonder aandacht werd besteed aan de cyclische afstemming tussen het proces van methodiekontwikkeling en formatieve evaluatie.
Gedurende de loop van het project zijn 18 gezinnen behandeld.
Een onderlinge afstemming tussen de diagnostische fase en de behandelingsfase heeft plaatsgevonden en screening en selectie zijn onderdeel geworden van de methodiek. De methodiek is geëxpliciteerd en beschreven in deelrapport III.
Gebleken is dat het samenwerkingsverband tussen de Rijksuniversiteit Leiden en het Pedologisch Instituut Rotterdam - in de subsidieaanvraag nog aangeduid als een te realiseren wetenschappelijk verantwoord èn praktijkrelevant 'tweesporenbeleid' - zich steeds meer is gaan ontwikkelen in de richting van een door beide partijen onderkende en ondersteunde 'hoofdroute'.
De daarbij aanwezig gebleven accentverschillen bleken in de praktijk vooral stimulerend te werken.
In het hele verloop van het project heeft de begeleidingscommissie onder leiding van dr. P. Schoorl een belangrijke rol gespeeld. De commissie bleek bereid om - op basis van grote hoeveelheden informatie, vaak op (te) korte termijn aangeleverd - relevante feedback te geven aan de projectgroep. De beoordeling van de ontwikkelingen binnen het project was "streng doch rechtvaardig" De betrok-

kenheid van de begeleidingscommissie heeft het project sterk gestimuleerd.

1.2. De doelen van het project GIT zijn:

- Het ontwikkelen van een wetenschappelijk verantwoorde behande-lingsmethodiek voor gezinnen met een kleuter met problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling waarbij het optimaliseren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders op de voorgrond staat. (nader uitgewerkt in Deelrapport I en III)
- De ontwikkeling van een overdraagbare screening- en selectieprocedure voor gezinnen die voor een GIT behandeling in aanmerking komen. (nader uitgewerkt in Deelrapport II)

Hoe de ontwikkeling van de methodiek heeft plaatsgevonden en de wetenschappelijke verantwoording hiervan wordt uitgewerkt in de hoofdstukken 3,4, en 5.

Om te komen tot een verantwoorde werkwijze tussen de bij de ontwikkeling betrokken instellingen is een projectorganisatie opgezet.

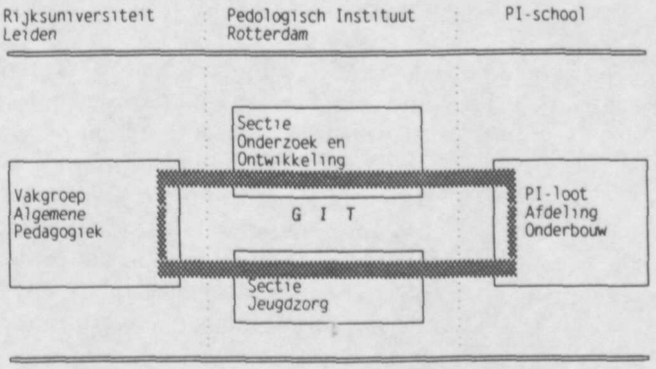
1.3. Organisatie

1.3.1. Samenwerking van de betrokken Instellingen

De Gezins Interactie Training is ontwikkeld en geëvalueerd in een samenwerkingsproject van de Rijks Universiteit Leiden, Vakgroep Algemene Pedagogiek en het Pedologisch Instituut Rotterdam, afdeling Wetenschappelijke Ontwikkeling.

De Vakgroep Algemene Pedagogiek van de RUL was verantwoordelijk voor de diagnostische beslissingsprocedure en de formatieve evaluatie; het Pedologisch Instituut was verantwoordelijk voor de methodiek ontwikkeling, de klinische behandeling en de dagelijkse projectleiding (Subsidie aanvraag SKN 1991).
De GIT maakte formeel onderdeel uit van het behandelingsaanbod van de sectie Jeugdzorg van het PI en is ook formeel verbonden met deze sectie van het PI. Materieel is dit tot uiting gekomen in de vorm van (behandelings)formatieplaatsen en faciliteiten als gebruik van studio's etc.
De klinische behandeling vond plaats bij gezinnen van kinderen op de PI-school; afdeling onderbouw. Dit vroeg overleg en samenwerking met het begeleidingsteam en unithoofd van de PI-school.

Figuur 1.1.: Samenwerkingsstructuur



Deze complexe structuur vereiste een nauwkeurige omschrijving van verantwoordelijkheden, functies, taakstellingen en overlegstructuren.

1.3.2. Verantwoordelijkheden

Vanuit de opbouw van het project zijn deelverantwoordelijkheden te onderscheiden, nl:
- verantwoordelijkheid voor screening en selectie van de kinderen waarvan de gezinnen in aanmerking komen voor de GIT;
- verantwoordelijkheid voor de wijze waarop de methodiek (d.w.z. de behandeling) wordt uitgevoerd;
- verantwoordelijkheid voor de wijze waarop de uitvoering is geëxpliciteerd en vastgelegd;
- verantwoordelijkheid voor de evaluatie van de GIT.

1.3.3. Verantwoordelijkheid RU Leiden

De vakgroep Algemene Pedagogiek was volgens de samenwerkingsovereenkomst verantwoordelijk voor de uitvoering en de inhoud van de screening, selectie en formatieve evaluatie. Het uitvoerend werk hiervoor vond plaats vanuit het Pedologisch instituut (middels detachering). Vanuit Leiden werd de kwaliteit van de uitvoering bewaakt. Hiervoor was de projectleider uit Leiden verantwoordelijk.

1.3.4. Verantwoordelijkheid Pedologisch Instituut

Formeel bestond door de aard van het GIT project bij het PI een verantwoordelijkheid voor de werkzaamheden vanuit twee afdelingen. Middels een project organisatie werd het project-GIT een organisatorisch geheel. Voor de duidelijkheid is aangegeven hoe de verantwoordelijkheden en werkzaamheden vanuit de beide afdelingen te omschrijven waren en hoe deze verantwoordelijkheid binnen het project plaats en vorm kregen in omschrijving van functies en taakstellingen.

1.3.5. Verantwoordelijkheid sectie onderzoek en ontwikkeling

De sectie onderzoek en ontwikkeling droeg verantwoordelijkheid voor de dagelijkse uitvoering van de werkzaamheden.
De verantwoordelijkheid van de sectie O&O betrof de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de ontwikkeling van de methodiek, waarbij de uitvoering (de gezinsbegeleiding) een essentieel onderdeel was van de ontwikkeling.
De kwaliteit van de uitvoering van de behandeling werd op een aantal momenten bewaak; in de behandelingsbespreking (gezinsbegeleider met de werkbegeleider/methodiek ontwikkelaar) werd per behandelingsstap (opname met nabespreking) geëvalueerd en de volgende behandelingsstap gepland, volgens vastgestelde procedures.
Dit proces werd zowel voor het behandelingsdossier als voor het methodiekontwikkelingsdossier vastgelegd.
Omdat de GIT ook voor de gezinsbegeleiders een nieuwe werkvorm was, heeft naast de behandelingsbespreking supervisie plaats gevonden. Deze supervisie valt buiten de verantwoordelijkheid van het project (Jongbloed 1991).

1.3.6. Verantwoordelijkheid sectie Jeugdzorg

De Sectie Jeugdzorg kende formeel binnen de GIT een verantwoordelijk heid ten aanzien van de kwaliteit van klinische behandeling van het cliëntsysteem. Gezien de verwevenheid van methodiekontwikkeling en werkbegeleiding werd deze verantwoordelijkheid in de situatie van het project GIT gedelegeerd aan het project. Voor de looptijd van het project is behandelingsformatie voor het uitvoeren van GIT behandelingen toegevoegd aan het project GIT. De uitvoerende taken van de gezinsbegeleiders betreffende GIT behandelingen vielen dan ook binnen de verantwoordelijkheid van het project.

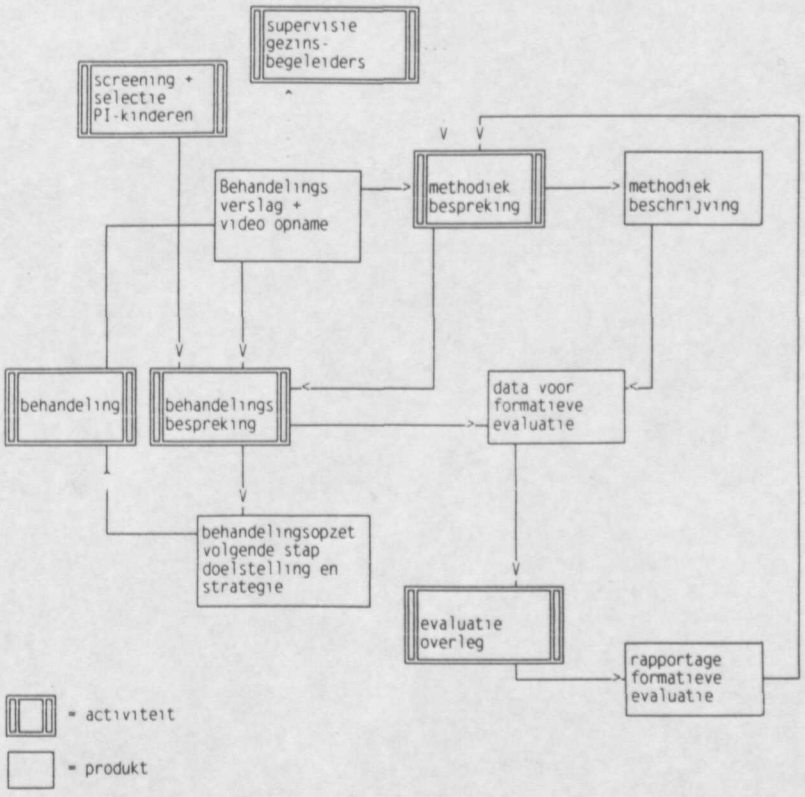
1.3.7. Functies

Op basis van de verschillende taken binnen de methodiek ontwikkeling zijn een aantal functies onderscheiden:
- diagnosticus
- gezinsbegeleider

- werkbegeleider/methodiekontwikkelaar
- evaluator
- supervisor
- inhoudelijk projectleider diagnostiek en evaluatie
- projectleider

De functies hier aangegeven werden specifiek omschreven voor het project GIT en uitgewerkt in taakstellingen.
De dagelijkse gang van zaken werd meer in detail geregeld middels werkafspraken.
Er waren overlegmomenten op verschillende niveaus enerzijds m.b.t. praktische en organisatorische zaken, anderzijds m.b.t. inhoudelijke aspecten van de hulpverlening en methodiekontwikkeling

Figuur 1.2.: Organisatiemodel



1.3.8. Publikatie beleid

Als onderdeel van de organisatiestructuur zijn ook afspraken gemaakt over het auteurschap van publikaties voorkomende uit het project GIT (Jongbloed, 1992). In essentie komen de afspraken neer op het volgende :
Publikaties op het gebied van formatieve evaluatie en diagnostiek vallen primair onder verantwoordelijkheid van de Leidse medewerkers aan het project. Voor publikaties op het gebied van hulpverlening en methodiek(ontwikkeling) ligt de primaire verantwoordelijkheid bij de PI-medewerkers. Bij alle publikaties die voortkomen uit het project zal vermeld worden dat het project mogelijk werd gemaakt door een subsidie van de Stichting Kinderpostzegels Nederland.

HOOFDSTUK 2 UITGANGSPUNTEN, MOGELIJKHEDEN EN GRENZEN VAN DE GEZINS INTERACTIE TRAINING

2.1. De theoretische referentiekaders van de GIT

Bij een GIT-behandeling gaat het erom het gedrag van de ouders te veranderen in de richting van sensitief-responsief gedrag (subsidieaanvraag 1991).
Voor de beïnvloeding van het gedrag van de ouders in de gewenste richting (aan te geven vanuit de gehechtheidstheorie) is gekozen voor het leertheoretisch kader. Anders gezegd: om het gedrag van de ouder te veranderen maakt de gezinsbegeleider gebruik van interventies zoals die binnen de gedragstherapie toegepast worden. Omdat het leertheoretisch kader zich strikt beperkt tot de gedragsbeïnvloeding biedt het ruimte voor de gehechtheidstheorie als normatief kader. Met andere woorden: (on)gewenst gedrag wordt geëxpliciteerd op grond van de gehechtheidstheorie en met behulp van de leertheorie worden interventies ontworpen die het gewenste gedrag aanleren of laten toenemen, respectievelijk het ongewenste gedrag laten afnemen.

2.1.1. De gehechtheidstheorie als normatief referentiekader voor de GIT

Concepten uit de gehechtheidstheorie zijn binnen het project GIT geoperationaliseerd en toepasbaar gemaakt voor de klinische situatie. Vanuit de gehechtheidstheorie kunnen uitspraken worden gedaan over de invloed die gehechtheidsrelaties hebben op de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind. Het belang van het ervaren van veiligheid en vertrouwen aan de kant van het kind en het goed kunnen afstemmen op wat een kind nodig heeft van de kant van de opvoeder zijn belangrijke aandachtspunten voor begeleiding en hulpverlening. Het kind heeft weliswaar een genetische predispositie voor gehechtheid, maar de kwaliteit van de gehechtheid wordt vooral bepaald door de wijze waarop de ouder omgaat met het kind (Van IJzendoorn, 1992). Centraal in het diagnostisch onderzoek en de behandeling staat de meting van de kwaliteit van de ouder-kind-interactie in gehechtheidstermen, de interpretatie van de gegevens en hoe de kwaliteit geoptimaliseerd kan worden. Vastgesteld wordt wat de gewenste veranderingen zijn in het gedrag van de ouders om tot een kwalitatief goede ouder-kind interactie te komen: bepaalde gedragingen van de ouders zullen moeten toenemen terwijl andere zullen moeten afnemen. De gehechtheidstheorie vormt hiermee het normatieve kader voor de GIT.
De beoordeling van het opvoedersgedrag is gebaseerd op het concept sensitieve responsiviteit. Onder sensitief-responsief gedrag wordt verstaan de mate waarin de opvoeder:
- signalen van het kind opmerkt,
- deze juist interpreteert,
- in staat en bereid is daarop effectief te reageren
- en zo een gevoel van vertrouwen, toegankelijkheid en bereikbaarheid weet op te roepen (Riksen-Walraven, 1989).

Responsiviteit heeft aldus betrekking op de reacties (responsen) van de opvoeder op het gedrag van het kind. Sensitiviteit verwijst naar het initiëren van gedrag dat aangepast is aan het ontwikkelingsniveau en de actuele toestand van het kind (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Sensitieve responsiviteit blijkt positief samen te hangen met een veilige gehechtheid, exploratief gedrag en een gezonde sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling (zie o.a. Koot, 1988). Als verklaring

voor deze samenhang kan gelden dat door de sensitiviteit van de opvoeder het kind een positief beeld vormt van de eigen effectiviteit èn van de beschikbaarheid van anderen, met andere woorden: het gaat om zelfvertrouwen en vertrouwen in de ander.
De belangrijkste aanname uit het theoretisch kader van de gehechtheidstheorie is dat sensitieve responsiviteit van de opvoeder een belangrijke, zo niet de belangrijkste determinant van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is. Deze assumptie vormt de basis voor het GIT project. In het project is daarom gekozen voor de ontwikkeling van een behandelingsmethodiek die zich richt op beïnvloeding van de opvoedingsstijl van de ouder(s), i.c. op verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind interactie, als aangrijpingspunt voor het verhogen van de sensitieve responsiviteit van de ouders. De keuze voor de optimalisering van de sensitieve responsiviteit is gebaseerd op de veronderstelde samenhang tussen dit opvoederskenmerk en de totstandkoming van een veilige gehechtheidsrelatie en/of een voorspoedige ontwikkeling van het kind in ruimere zin. Aan díe ouders die onvoldoende sensitief-responsief opvoedersgedrag vertonen wordt het aanbod gedaan een GIT te volgen.
Op basis van deze opvattingen over de wijze waarop de ouder-kind interactie de ontwikkeling van het kind beïnvloedt, wordt vooraf -in de diagnostische fase- en tijdens de Gezins Interactie Training gekeken naar de wijze waarop de ouders en het kind met elkaar omgaan. Dit betekent dat vooral gekeken wordt naar de behoeften van het kind. Het gedrag van het kind wordt ook geobserveerd om na te gaan in hoeverre het kind reageert op, of kan reageren op de ouder(s).
Binnen GIT is uit gaande van de observatiecategorieën van Erickson et al (1985) en Koot (1988) een Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS) ontwikkeld waarbij het gedrag van ouders wordt geobserveerd en beoordeeld aan de hand van de opvoedingscomponenten: emotionele ondersteuning, instructie, regulering en afstemming. Indeling van het gedrag van ouders in deze componenten biedt de mogelijkheid het opvoedersgedrag kwalitatief en kwantitatief te beschrijven. Dit laatste kan door aan te geven of de ouder te veel, te weinig of adequaat gedrag laten zien. De kwaliteit wordt bepaald door de mate waarop het gedrag van de ouders afgestemd is op de behoeften van het kind, geobserveerd en beoordeeld met de schaal "afstemming".
De gehechtheidstheorie speelt zo- door middel van de interactie-analyse met de GIOS- een belangrijke rol bij:

- de screening en selectie van de gezinnen in het toelatingsonderzoek (zie deelrapport II)
- het vaststellen van de behandelingsdoelen
- de observatie, analyse en beoordeling van de ouder-kind interactie voor het kiezen en plannen van interventies in de behandelingsfase
- de evaluatie van de behandeling
- de wijze waarop de gezinsbegeleider omgaat met het gezin, zich in de communicatie presenteert (model functie)

Vanuit de gehechtheidstheorie kan zo - op basis van de interactie analyse - worden aangegeven door welke veranderingen in het gedrag van de ouders er meer gewenst gedrag van het kind kan ontstaan. Vanuit de gehechtheidstheorie kan echter níet worden aangegeven hoe de gedragsveranderingen bereikt kunnen worden.

2.1.2. De leertheorie als referentiekader voor de gedragsbeïnvloeding

Zoals beschreven, vormt de gehechtheidstheorie het normatieve kader van de Gezins Interactie Training. Dat wil zeggen dat middels de uit deze theorie afgeleide operationalisaties van opvoeders gedrag (GIOS) aangegeven kan worden aan welke kenmerken/karakteristieken een optimale ouder-kind interactie moet voldoen. Gedragscomponenten als emotionele ondersteuning, instructie en regulering dienen optimaal aanwezig te zijn. Bovendien moet er sprake zijn van een goede afstemming van de ouder.

De gezinsbegeleider probeert het gedrag van de ouders zodanig te beïnvloeden dat dit in de gewenste richting verandert zodat een optimale ouder-kind interactie tot stand kan komen. Daartoe maakt zij gebruik van verschillende gedragsbeïnvloedende technieken die gebaseerd zijn op de leertheorie, technieken die ook binnen de gedragstherapie toegepast worden. De gezinsbegeleider zal daarbij onderstaande technieken echter zó toepassen en (gedeeltelijk) overdragen aan ouders dat er tussen gezinsbegeleider en ouder óók sprake is van een sensitief-responsieve relatie. Dit houdt concreet in dat de gezinsbegeleider ook model staat voor de gedragingen die de ouders moeten leren dan wel vaker tonen. Tegenover ouders die bijvoorbeeld te weinig emotioneel ondersteunen en te directief optreden zal de gezinsbegeleider juist wat meer ruimte bieden en veel motiveren, aanmoedigen en affectie delen. In deelrapport III worden verschillende technieken behandeld die de gezinsbegeleider in relatie tot de ouders hanteert om verandering van gedrag bij de ouders te bereiken.

Binnen de GIT gaan we op zoek naar de vaardigheden en tekorten die in het gedrag van de ouders zichtbaar zijn en worden op basis daarvan behandelingsdoelen opgesteld. Deze behandelingsdoelen zijn gericht op verandering van ouderlijk gedrag. Belangrijk is dat bij het bereiken van de doelen steeds gewerkt wordt aan het opdoen van succeservaringen door de ouders. De positieve aspecten in het gedrag van de ouder worden belicht. Met het toepassen van deze technieken wordt vaak ook informatie overgedragen over de werkwijze van deze technieken. Met de ouders wordt dan bijvoorbeeld besproken wat het effect is van belonen of wat het effect is van ongewenst gedrag negeren. Wanneer de ouders impliciete of expliciete kennis opdoen over deze effecten dan zullen zij ook beter in staat zijn de technieken te hanteren in hun relatie naar het kind. Want ook bij een verbeterde interactie - een verbeterde relatie tussen ouder en kind - kunnen er nog gedragingen blijven die ouders veranderd willen zien. Soms willen de kinderen dat zelf ook omdat ze er ook last van ondervinden. Ouders kunnen er voor kiezen die gedragingen van hun kind zo te beïnvloeden dat het gedrag van het kind zal veranderen. Belangrijk is dan eerst een goed overzicht te hebben om welk gedrag het gaat, wanneer het voorkomt en hoe er op gereageerd wordt.

Binnen de GIT wordt gebruik gemaakt van operante technieken zoals die ook binnen de gedragstherapie toegepast worden. Deze technieken baseren zich op het principe dat gedrag bepaald wordt door wat er op het gedrag volgt, de zogenoemde consequenten.

Deze kunnen verschillende vormen aannemen. Als het gevolg prettig is zal het gedrag versterken. Wanneer het echter om een negatieve, een vervelende consequentie gaat zal het gedrag juist minder vaak optreden. Ook wanneer er geen consequentie meer op het gedrag volgt zal het gedrag na een poos niet meer voorkomen. Met behulp van operante technieken kan bereikt worden dat gedrag wordt:

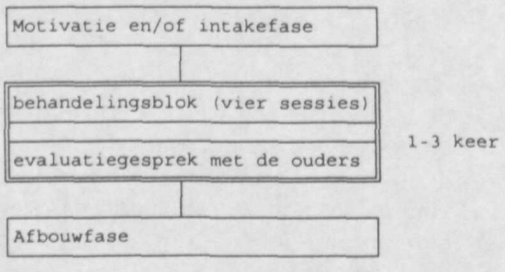
- versterkt: het neemt dan in frequentie toe;
- verzwakt: de frequentie neemt af;
- opgebouwd: nieuw gedrag wordt geleerd;

- gebracht onder controle van andere stimuluscondities.

2.2. Gezins Interactie Training; een vorm van home-training

De GIT wil ouders steunen bij de opvoeding van hun kind in alledaagse situaties. Daarom is een vorm van gezinsbehandeling ontwikkeld gebaseerd op de algemene uitgangspunten van home-training.(Van de Boogaart en Wintels, 1988). Dit betekent dat de hulp, zich afspeelt in het hier en nu, bij de ouders thuis en aan sluit bij dat wat de ouders dagelijks als moeilijk ervaren.
Basis veronderstelling van de GIT is dat ontwikkelings- en gedragsproblemen van kinderen mede te verklaren zijn vanuit de opvoedingssituatie. Door daarin gewenste veranderingen te bewerkstelligen zullen de problemen van de kinderen verminderen.
Deze uitgangspunten zijn ook terug te vinden in andere vormen van gezinsbegeiding of home training. (De Ruyter 1991)
De methodiek GIT richt zich in de eerste plaats op de verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind-interactie. Bij aanmelding van een kind voor de onderbouw van de Piloot, een S.O. school verbonden aan het Pedologisch Instituut Rotterdam vindt een selectie van gezinnen plaats die voor de GIT in aanmerking komen. Wanneer een gezin geselecteerd is, start de behandeling. Samen met de ouders wordt besproken waaraan in de behandeling gewerkt wordt (werkpunten). Daarna wordt thuis een video-opname gemaakt van een alledaagse situatie. Aan de hand van fragmenten uit de opname die gewenst opvoedersgedrag bevatten wordt de opname in een volgend gesprek met de ouders (zonder kinderen) nabesproken. Aansluitend daarop volgt weer een opname, enzovoort. Na vier opnamen en bijbehorende gesprekken vindt samen met de ouders een evaluatie plaats waarin besproken wordt of de behandeling aan de verwachtingen voldoet en hoe de situatie dan is. Op basis van deze evaluatie wordt samen met de ouders nagegaan welke werkpunten zijn bereikt er welke werkpunten in een eventueel volgend blok worden aangepakt. Als de werkpunten zijn bereikt volgt de afbouwfase en wordt de behandeling daarna afgesloten.

Figuur 2.1.: Opbouw behandeling



HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSOPZET EN METHODIEK

3.1. Onderzoeksopzet: typering, plaatsbepaling en globale doelstellingen

In het project GIT is gekozen voor een onderzoeksopzet waarbij een methodiek ontwikkeld is volgens de methode van ontwikkelend onderzoek, met een nauw daarmee verbonden formatieve evaluatie om dit proces van ontwikkelen nauwgezet te volgen en te kunnen verantwoorden.
Achtereenvolgens zullen we ingaan op de theoretische opvattingen die ten grondslag liggen aan ons onderzoeksmodel en aangeven hoe vanuit deze opvattingen de methodiekontwikkeling en de formatieve evaluatie gestalte hebben gekregen. Aangegeven zal worden hoe de nauwe samenhang tussen methodiekontwikkeling en formatieve evaluatie vertaald is naar de project-organisatie.

3.1.1. Theoretische uitgangspunten van de onderzoeksopzet (model)

Het binnen het project GIT uitgevoerde onderzoek is nader te karakteriseren als praktijkgericht onderzoek, dat primair gericht is op het opsporen van factoren die belangrijk zijn voor (veranderings)processen. De interesse gaat daarbij in het bijzonder uit naar manipuleerbare factoren, omdat deze kunnen worden gebruikt om gewenste veranderingen tot stand te brengen (vgl. Hox, 1989).
Swanborn (1989) merkt op dat de praktijkgerichte onderzoeker zich met name bezighoudt met het bestuderen van de situatie, respectievelijk het volgen van veranderingen die door de hulpverlener op (on)systematische wijze worden aangebracht. Volgens Swanborn corresponderen de soort vragen die aan de praktijkgerichte onderzoeker worden gesteld met de fasen van de empirische cyclus:

1. inventariseren, beschrijven, diagnostiseren van de feitelijke situatie;
2. reflectie over en reconstructie van de gangbare ingrepen (soms: ontwerpen van (beleids)ingrepen);
3. het beschrijvend en analyserend, "signalerend" volgen van een veranderingsproces tengevolge van een ingreep;
4. het evalueren van de nieuw ontstane situatie na (een complex van) (beleids)ingrepen.

In de visie van Van Strien (1986) verloopt het probleemoplossende denken en handelen, zowel in het alledaagse leven als in de praktijk van de hulpverlening, volgens een (min of meer vast) patroon: de zgn. 'regulatieve cyclus' van het sociaal-wetenschappelijk handelen waarin, aldus Swanborn, het grondpatroon van de empirische cyclus gemakkelijk is terug te vinden.
In de regulatieve cyclus worden de volgende stappen doorlopen:

1. probleemstelling
2. diagnose
3. plan
4. ingreep
5. evaluatie

Het schema van deze cyclus vormt het grondpatroon van ontwikkelend onderzoek en is kenmerkend voor de wijze waarop binnen het

project GIT de methodiekontwikkeling als geheel gestalte krijgt. De cyclus wordt bij elk deel van de behandeling doorlopen en is niet alleen van toepassing op het handelen van de hulpverlener (gezinsbegeleider), maar ook op het handelen (de taak) van de methodiekontwikkelaar en de formatieve evaluator. Dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 3.3.3.
In de opvatting van Van Strien krijgt het probleemoplossend denken van de hulpverlener een 'wetenschappelijk' karakter als in de regulatieve cyclus (regelmatig) momenten van systematische reflectie worden ingebouwd.
Swanborn's empirische cyclus is het meest complete model en het beste geschikt om de *werkwijze van methodiekontwikkeling èn formatieve evaluatie als geheel* te typeren. De samenhang tussen de verschillende niveaus is vanuit dit model ook het best te begrijpen. Van Strien's regulatieve cyclus past naadloos op de planmatige werkwijze binnen de behandeling. Al gaat het hierbij om accentverschillen, beide cycli zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.
De kernactiviteit in beide cycli wordt het best getypeerd in de beschrijving van fase 3 van de empirische cyclus:

"het beschrijvend en analyserend, 'signalerend' volgen van een veranderingsproces tengevolge van een ingreep".

Een andere typering van deze activiteiten luidt dan ook "procesvolgend onderzoek". De kernvraag hierbij luidt: "Wat gebeurt er als er een ingreep is gedaan, of nog liever: "Wat gebeurt er tijdens de ingreep"?
Een kenmerk van procesvolgend onderzoek is dat vooral wordt gekeken naar (het tot stand brengen van) verschillen binnen onderzoekseenheden, in dit geval gezinnen. Het is een vorm van zgn. intensief onderzoek, waarbij een (relatief) klein aantal personen (gezinnen) wordt onderzocht. Dergelijk onderzoek is bij uitstek geschikt voor het volgen van processen, meer in het bijzonder veranderingen binnen individuen (vgl. Hox, 1989).
Een ander kenmerk van procesvolgend onderzoek is dat de ingreep (c.q. de methodiek), soms ook de doelstellingen van de ingreep (c.q. de methodiek), tijdens de rit (kunnen) worden bijgesteld.

3.1.2. Formatieve evaluatie: De verantwoording van methodiekontwikkeling

De verantwoording van de tijdens het project noodzakelijk geachte bijstellingen van de methodiek - het proces van methodiekontwikkeling - heeft gestalte gekregen in een meer specifieke, 'aangescherpte' variant van procesvolgend onderzoek, de zgn. formatieve evaluatie (zie o.a. Harinck, 1992). Vanaf het begin van het project, september 1991, is ervan uitgegaan dat het proces van methodiekontwikkeling op de voet gevolgd en verantwoord moest worden met behulp van formatieve evaluatie.
De doelstelling van formatieve evaluatie van een methodiek is om die methodiek te verbeteren en bij te sturen middels gerichte feedback. Vanuit de formatieve evaluatie wordt het proces gewaardeerd waarin de methodiek ontwikkeld wordt. Nagegaan wordt in hoeverre de stappen ontwikkeld binnen de methodiek bijdragen aan het doel van de behandeling. Op grond hiervan kan aannemelijk worden gemaakt wat de methodiek, en daarmee indirect de behandeling, waard is (vgl. Constandse-van Dijk & Joosten, dissertatie in voorbereiding).
Deze vorm van proces-evaluatie is weliswaar in algemene termen in de literatuur beschreven, maar het kostte aanvankelijk veel tijd en energie om een voor het project GIT adequate vorm te ontwikkelen.

Dit leidde tot de ontwikkeling van een nauw bij de het model van methodiekontwikkeling aansluitend 'systeem van monitoring' (zie 3.3.1).
In het project GIT is de methodiek ontwikkeld volgens een vorm van praktijkgericht onderzoek, nl. ontwikkelend onderzoek (Struiksma, Joosten & Blakenburg, 1993). Primair doel van deze methode is het ontwikkelen van een produkt ten behoeve van het verbeteren van het handelen in de praktijk. Uitgangspunt hierbij is dat theoretische kennis en praktijkkennis voor dit doel van complementair belang zijn. Samenwerking tussen onderzoekers/ontwikkelaars en mensen uit de praktijk is dan ook een voorwaarde. Er is daarbij sprake van een cyclisch proces: theorie en praktijk beïnvloeden elkaar. Dit proces van ontwikkeling wordt beschreven en verantwoord en levert op die manier bouwstenen voor de implementatie. De methodiek en de implementatie ervan worden dus in samenhang ontwikkeld (Joosten & Joha, 1994).
Binnen ontwikkelend onderzoek gaat het erom dat de methodiek-ontwikkelaar ideeën uit verschillende bronnen tot een geheel, een methodiek, weet te integreren. De ontwikkelaar gebruikt daarbij selectief het materiaal dat van verschillende kanten wordt aangereikt en past dit aaneen tot de methodiek. Hierbij spelen verschillende overwegingen een rol. Gravemeijer (1992; 1994) zegt hierover: "... te vergelijken met het oplossen van een puzzel ... . Nu eens worden stukken gekozen op basis van hun kleur, dan weer op basis van de vorm, of omdat er een deel van de voorstelling herkenbaar wordt."
Anders dan bij de puzzel ligt bij de ontwikkeling van een methodiek het eindprodukt en daarmee het aantal keuzemogelijkheden niet vast. De ontwikkelaar laat zich bij het maken van keuzen leiden door theoretische uitgangspunten die, samen met kennis over en uit de praktijk, structuur en betekenis geven aan deze keuzen. Een dergelijk proces wordt ook wel genoemd "theorie geleide bricolage" (Claude Levi-Strauss).
In methodiekontwikkeling vinden we dan ook een combinatie van theoretische en 'empirische' - dat wil zeggen: aan de praktijk ontleende - verantwoording (Joosten, 1993).
Om tot een werkbare situatie te komen zijn in het onderzoeksmodel van het project GIT protocollen voor methodiekontwikkeling en formatieve evaluatie parallel ontwikkeld en op elkaar afgestemd (zie uitwerking in 3.2.2. en 3.3.). Daarnaast is een organisatiemodel opgezet dat deze werkwijze mogelijk maakte (zie 3.4).

3.1.3. Kwaliteitseisen

De klassieke eisen die aan wetenschappelijk onderzoek worden gesteld zijn interne en externe validiteit, betrouwbaarheid en objectiviteit. In het kader van het ontwikkelend onderzoek waarbinnen de GIT-methodiek gestalte heeft gekregen zijn deze eisen niet zonder meer (en in ieder geval niet zo absoluut) toepasbaar (vgl. Joosten & Heiner, 1993).
In plaats van interne validiteit wordt in deze context vaak de term *geloofwaardigheid* gebruikt. Externe validiteit krijgt in deze context de betekenis van *gebruikswaarde* en *overdraagbaarheid*.
Betrouwbaarheid in strikte zin, d.w.z. opgevat als de eis van herhaalbaarheid van het onderzoek, is gezien de betrokkenheid van de onderzoeker en de steeds veranderende werkelijkheid (het gaat immers om het proces van methodiek*ontwikkeling*) niet adequaat. Wel zinvol is het in plaats daarvan de *navolgbaarheid* van het proces van methodiekontwikkeling vast te stellen. Ook de *aannemelijkheid*

van het onderzoeksproduct (i.c. de 'eindversie' van de GIT) is een belangrijk kwaliteitscriterium (Van Doorn, 1991).
Bij ontwikkelend onderzoek (c.q. de formatieve evaluatie daarvan) gaat het dus in essentie om toetsing aan de volgende kwaliteitseisen: geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, navolgbaarheid (controleerbaarheid) en aannemelijkheid.

3.1.4. Mogelijke conclusies van de formatieve evaluatie

Het soort uitspraken dat op basis van de hierboven genoemde kwaliteitscriteria kan worden gedaan hebben de vorm van een keurmerk, een bepaalde garantiewaarde. Daarnaast kunnen voorstellen voor vervolgonderzoek worden geformuleerd en ideeën voor de verdere ontwikkeling van bepaalde onderdelen van de methodiek.
Tenslotte is het denkbaar dat de ruwe onderzoeksopzet wordt geformuleerd voor een, eventueel later volgende, summatieve evaluatie (d.w.z. vervolgonderzoek naar de effectiviteit van de methodiek), waarin de GIT zal worden vergeleken met andere methodieken met een vergelijkbare doelstelling, populatie en werkwijze.

3.2. Methodiekontwikkeling GIT als ontwikkelend onderzoek

Bij de start van het project waren er, op grond van theoretische kennis en praktijkervaring binnen de sectie jeugdzorg van het Pedologisch Instituut, noties over hoe de begeleiding van een gezin vanuit de algemene principes van Home-training (v.d.Boogaart & Wintels, 1988) zou kunnen plaatsvinden, met andere woorden: er bestond een eerste methodiekversie. Vanuit de inbreng van de twee deelnemende instellingen is gekozen voor de twee theoretische kaders, te weten de gehechtheidstheorie en de leertheorie.

3.2.1. Model van ontwikkeling

Analoog aan Gravemeijer (1992) kunnen we het ontwikkelen van de GIT beschrijven als het ontwerpen van een samenhangend geheel van behandelingsactiviteiten. Dit geheel van activiteiten heeft voor de ontwikkelaar het karakter van een hypothese. Een hypothetisch antwoord op de vraag: "Hoe kun je ouders leren om adequater met hun kind om te gaan?" Dit antwoord bestaat dan uit een geheel van behandelingsactiviteiten, waarmee de hulpverlener vorm en inhoud kan geven aan zijn hulp aan ouders. Bij het construeren van dit samenhangend geheel van behandelingsactiviteiten laat de ontwikkelaar zich leiden door theoretische en aan de behandelingspraktijk ontleende opvattingen. Dat wil zeggen dat de ervaring van de behandelaars en de daaruit voortkomende inzichten over hoe met ouders om te gaan, hoe ouders ander gedrag aan te leren, belangrijke bronnen van beschikbare kennis zijn.
In het kader van de GIT betekent dit dat de behandelaar, maar ook de werkbegeleider resp. methodiekontwikkelaar zich, wat betreft de theoretische uitgangspunten, laat leiden door noties over interactie tussen ouders en kind (gehechtheidstheorie) en noties over hoe gedrag van ouders beïnvloed kan worden (leertheorieën-gedragstherapie).
Deze beide theoretische referentiekaders sturen het ontwikkelwerk. Deze sturing richt zich op drie kern activiteiten:

1. Interventies gezinsbegeleider in het gezin
2. Overleg gezinsbegeleider met werkbegeleider in de "werkbespreking"
3. In de generalisaties van de methodiekontwikkelaar naar een volgende methodiekversie.

Op elk niveau wordt een koppeling gemaakt tussen praktijkervaring en theoretische uitgangspunten. De terugkoppeling van deze gegevens naar een volgende methodiekversie vormt een cyclische opeenvolging van ontwikkeling, toepassing en evaluatie. Methodiekontwikkeling kan zo gezien worden als een proces van doordenken en beproeven, en doorloopt zo de verschillende stadia zoals die door van Strien en Swanborn worden onderscheiden (zie 3.1.1).
Dit stelt specifieke eisen aan de werkwijze van gezinsbegeleider, werkbegeleider en methodiekontwikkelaar. Behalve **coherent** en **consistent** moet de werkwijze ook **bruikbaar**, **overdraagbaar** en **geloofwaardig** zijn (zie ook 3.1.3).
Omdat een behandeling nooit onder exact dezelfde condities nagedaan kan worden, kan ook het proces van kennisverwerving niet herhaald worden. De kennis zal daarom gefundeerd en beargumenteerd moeten worden met een beschrijving van het proces van kennisverwerving en de voorwaarden waaronder het proces van kennisverwerving heeft plaatsgevonden.
Alleen dan kan de overdraagbaarheid bereikt worden. Voor de GIT betekent dit dat, naast de beschrijving van het ontwerp van de interventie en de uitvoering, ook de interacties van de ouders met het kind en de veranderingen daarin - als resultaat van de interventies - beschreven moeten worden.
De rechtvaardiging (justificatie) van de theorie die binnen GIT ontwikkeld wordt vindt dus plaats op basis van argumenten (in plaats van op basis van herhaalbaarheid, zoals in het 'klassieke' empirisch-analytisch onderzoek).
De betrouwbaarheid van de methodiek bestaat er dan uit dat het proces van kennisverwerving zo beschreven is dat het voor een buitenstaander te **reconstrueren**, **navolgbaar** en **aannemelijk** is. Dit leidt er toe dat de zo ontwikkelde methodiek bruikbaar en geloofwaardig is.
Smaling (1990) geeft aan dat dit betekent dat de verslaglegging melding moet maken van:
- tegen- en meevallers;
- gevolgde werkwijze;
- begrippenkaders;
- explicitering van de keuzen.

3.2.2. Verslaglegging als basis voor de methodiekontwikkeling

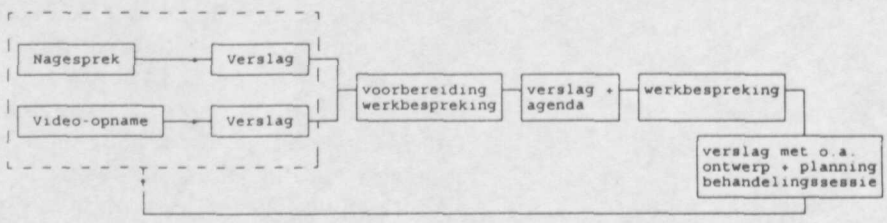
Omdat het niet praktisch uitvoerbaar is letterlijk alle ervaringen en overwegingen vast te leggen is het grootste probleem bij verslaglegging het maken van keuzen. Welke ervaringen, condities en overdenkingen worden wel gemeld en welke niet?
Belangrijk is vast te stellen wat het doel is van een bepaalde verslaglegging omdat daardoor de keuzen van de te vermelden ervaringen en overwegingen mede bepaald worden.
De explicitering van de gemaakte keuzen (wat deels ook achteraf mogelijk is) is een belangrijk analyseniveau binnen de ontwikkeling van de methodiek.
Voor de methodiekontwikkeling GIT betekent dit dat de verslaglegging van de hulpverlener zodanig moet zijn dat de werkbegeleider/methodiekontwikkelaar het proces kan volgen en hierover in discussie kan treden, kan evalueren in hoeverre het ontwerp van een behandelingssessie is uitgevoerd, wat het behaalde resultaat is en welke factoren hierin een rol hebben gespeeld.
Ook de inhoud van de werkbespreking wordt vastgelegd. De verslaglegging van de werkbegeleider moet zodanig zijn dat voor medeonderzoekers (i.c. de evaluator) inzichtelijk is hoe het ontwerp en de

uitvoering tot stand gekomen zijn en welke overwegingen van praktische dan wel theoretische aard hierbij een rol hebben gespeeld.

3.2.3. Praktische uitwerking en organisatie

Binnen de organisatie van het project GIT is de werkbespreking de plaats waar de integratie van theorie en praktijk plaatsvindt binnen het ontwerp van een volgende behandelingssessie.
De werkbespreking wordt door de werkbegeleider/ontwikkelaar voorbereid op basis van de verslaglegging van de hulpverleners en het aanwezige video-materiaal. De voorbereiding zelf wordt ook weer gedaan in de vorm van een gestandaardiseerd verslag (zie bijlage I).

Figuur 3.1.: Relatie behandeling - werkbespreking



De werkbespreking wordt gestructureerd vanuit de volgorde van de gezinscontacten, dus vanuit de verschillende fasen van de behandeling. Binnen de werkbegeleiding worden steeds drie kernactiviteiten onderscheiden:

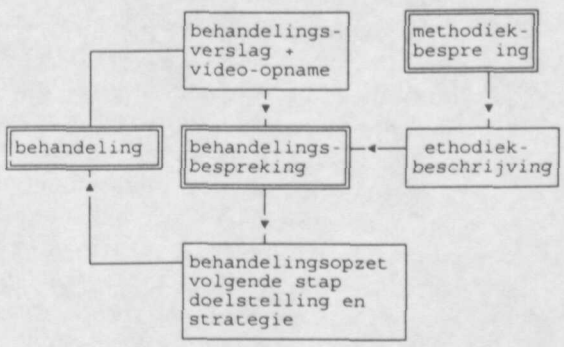
1. De interactie gezinsbegeleider - ouders. Centraal hierbij staat de interactie tussen gezinsbegeleider en ouders en daarmee de wijze waarop interventies worden uitgevoerd. Daarbij hoort de explicitering van de keuze van de interventie(s). Zichtbaar moet worden hoe ouders ander gedrag kan worden aangeleerd.
2. De interactie ouders - kind en de beoogde dan wel de behaalde veranderingen hierin. Er wordt nagegaan of er gedragsverandering plaatsvindt, zowel bij de ouders als bij het kind.
3. Explicitering van de te veralgemeniseren aspecten van zowel de interactie ouders-kind als de interactie hulpverlener-ouders ten behoeve van de methodiekontwikkeling en supervisie. Hier wordt gekeken of de methodiekontwikkelaar heeft begrepen wat de behandelaar bedoelde in zijn verslaglegging. Doordat de ontwikkelaar aangeeft welke punten veralgemeniseerd zouden kunnen worden wordt tevens nagegaan of ook de behandelaar vindt dat de genoemde punten de werkzame bestanddelen zijn van de behandeling. Daarnaast heeft het de functie van spiegel voor het eigen functioneren van de behandelaar.

De verschillende onderdelen van de verslaglegging binnen de GIT vormen het basismateriaal van waaruit de methodiek is ontwikkeld en dat is tevens de basis geweest om een samenhangend geheel van behandelingsactiviteiten te kunnen beschrijven.
Op basis van de verslaglegging kan worden nagegaan op welke wijze beslissingen rond behandeling en indirect t.a.v. de methodiek zijn beargumenteerd. De evaluatiemomenten zijn daardoor zichtbaar gemaakt.

3.2.4. Evaluatiecyclus binnen de methodiekontwikkeling

De werkbegeleider/methodiekontwikkelaar beïnvloedt het gedrag van de gezinsbegeleider middels het voorbereidingsverslag voor de werkbespreking en de werkbespreking zelf en evalueert de werkwijze van de gezinsbegeleider vanuit de theoretische referenties, de kaders en de doelstellingen van die specifieke behandeling. Hierdoor ontstaat er een cyclisch proces van: ontwerp-uitvoering-evaluatie-bijstelling (zie 3.1.1).

Figuur 3.2.: Evaluatiecyclus binnen de methodiekontwikkeling



□ = produkt

▣ = activiteit

Dit proces van beïnvloeding en ontwikkeling is vastgelegd zoals beschreven in 'Verslaglegging en werkbespreking: basis voor methodiekontwikkeling' (Jongbloed, 1992).

3.2.5. Resultaten van methodiekontwikkeling

De verslaglegging dient voor de methodiekontwikkelaar als uitgangsmateriaal om te komen tot een beschrijving van de werkzame bestanddelen van GIT. Vanuit dit materiaal worden (proef)protocollen en handelingsvoorschriften opgesteld om onderdelen van de GIT systematisch vast te leggen, bijvoorbeeld: wijze van introduceren van de GIT, wijze van vaststellen van de werkpunten, wijze van evalueren met een gezin na 4 sessies en plannen van de afbouwfase. Daarnaast wordt beschreven welke problemen middels welke interventies kunnen worden aangepakt en wat de condities zijn waaronder dit dient te gebeuren. Het resultaat van deze methodiekontwikkeling is weergegeven in het deelrapport III en blijft binnen deze rapportage verder buiten beschouwing.
Het proces van ontwikkeling, d.w.z. de beschrijving van de bijstellingen die geleid hebben tot de verandering van de eerste methodiekversie (zie subsidie-aanvraag) in de huidige versie, zoals beschreven in het deelrapport III, zijn weergegeven in hoofdstuk 4.

3.3. Formatieve evaluatie: Procedures en werkwijze

3.3.1. Monitoring als instrument voor evaluatie

Na verloop van een jaar, vanaf september 1992, is in het project ten behoeve van de formatieve evaluatie gebruik gemaakt van een speciaal ontwikkeld en op de GIT-activiteiten toegespitst 'Systeem voor monitoring' (Verhoeven, 1992).
Monitoring kan worden omschreven als het voortdurend, selectief verzamelen en interpreteren van informatie over de ontwikkelings-

gang van het systeem waarop het veranderingsproces betrekking heeft.
De twee kernfuncties van het systeem van monitoring als basis voor de methodiekontwikkeling zijn:
- Signaleren: het gericht verzamelen van informatie en het vergelijken van de feitelijke ontwikkeling met de geplande ontwikkeling;
- Interpreteren: het nagaan waarom zich een afwijking voordoet tussen de feitelijke ontwikkeling en de planning en wat dit betekent voor het verdere verloop van het veranderingsproces.

De doelstelling van formatieve evaluatie van de GIT is om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling, c.q. verbetering van de methodiek. De formatieve evaluatie verschaft zinvolle informatie aan methodiekontwikkelaars en gezinsbegeleiders, op grond waarvan beslissingen genomen kunnen worden voor een optimale sturing van het proces, i.c. de implementatie van de methodiek.
Monitoring is gericht op het verzamelen van informatie en het vergelijken van de feitelijke ontwikkeling met de geplande ontwikkeling (signaleren en beschrijven). Daarnaast wordt nagegaan waarom zich een afwijking voordoet tussen de feitelijke ontwikkeling en de planning en wat dit betekent voor het verdere proces van methodiekontwikkeling. Een belangrijke doelstelling van monitoring is het geven van feedback naar de betrokkenen (i.c. de gezinsbegeleiders, de werkbegeleiders, de methodiekontwikkelaars en de projectleiding). Tenslotte wordt geprobeerd te komen tot het abstraheren en generaliseren naar een algemeen theoretisch niveau.

3.3.2. Stramien voor formatieve evaluatie: de werkwijze van de evaluator

Anders dan in de eerste opzet van het systeem van monitoring heeft de evaluator niet zelf per gezin allerlei inhoudelijke analyses gemaakt, maar werd de formatieve evaluatie uitgevoerd volgens een vast stramien.
De evaluator maakte daarbij gebruik van de 'Checklist t.b.v. de tussentijdse evaluatie van de GIT' (zie bijlage II). De checklist werd zowel gebruikt bij het longitudinaal volgen van de behandelingen per gezin als bij het maken van dwarsdoorsneden, waarbij tussen verschillende gezinnen vergelijkingen werden uitgevoerd op bepaalde onderdelen van de behandeling (bijv. ten aanzien van de intakefase, het 1e behandelingsblok, het evaluatiegesprek, etc.). De checklist is gebaseerd op het systeem voor monitoring en werd gebruikt om na te gaan of de procedures binnen de behandeling resp. werkbegeleiding werden gehanteerd in overeenstemming met de uitgangspunten van de methodiek en het niveau van methodiekbeschrijving op dat moment. Daarnaast is vanuit de verslaglegging gezocht naar opvallende aspecten in de behandeling die tot dan toe niet geëxpliciteerd waren. In de verslaglegging van de werkbegeleider is (de opbouw van) deze checklist gedeeltelijk overgenomen.
Het resultaat was dat de werkbegeleider d.m.v. dit systeem als het ware al in grote lijnen de voor de evaluatie relevante gegevens had geordend. De evaluator hoefde slechts te controleren of dit inderdaad was gebeurd, waarna hij deze gegevens kon interpreteren en verslaan, hetgeen zeeën van tijd bespaarde.
Aan de hand van de ervaringen raakte dit systeem steeds meer verfijnd. Zo werd er op een bepaald ogenblik toe overgegaan om afwijkingen van geplande zaken cursief te vermelden, zodat in één oogopslag duidelijk was wat er aan de hand was. Nog meer tijd werd uitgespaard door de gezinsevaluaties in blokken van vier sessies te verrichten. Het bleek namelijk ondoenlijk om van iedere sessie

verslag te doen. Bovendien liep de evaluator toch altijd een aantal sessies achter, zeker na de personeelswisseling.
Hetzelfde systeem werd toegepast bij de evaluatie van de behandelingsblokken. Elk blok bestond uit 4 gezinsevaluaties van 4 gezinnen, dus in totaal uit 16 sessies.
De praktische waarde van deze blokken, waar er in totaal 3 van zijn gemaakt, bleek gering te zijn, omdat de ervaringen van de gezinsevaluaties niet alleen werden gebruikt voor dat betreffende gezin, maar ook meteen werden meegenomen in de behandeling van de andere gezinnen. De uiteindelijke neerslag van dit alles valt af te lezen uit de verslagen van de werkbegeleiding en de evaluatieverslagen.
Binnen het project GIT zijn meerdere evaluatieniveaus te onderscheiden.

1. Behandeling:
   Hierbij gaat het om het uitvoeren van een gezinsbegeleiding, gebaseerd op de veronderstelling dat als de interactie van ouders en kind geoptimaliseerd wordt door de ouders (meer) sensitief-responsief te laten reageren op hun kind, de gehechtheidsrelatie van het kind met de ouders in kwaliteit toeneemt en daarmee de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind (vgl. subsidieaanvraag).
2. Het niveau van de methodiekontwikkeling:
   Hoe handelt de hulpverlener ten opzichte van het gezin om de interactie ouders-kind in de gewenste richting te beïnvloeden. Welke handelingsvoorschriften, protocollen liggen hieraan ten grondslag. Onder welke condities, voorwaarden vindt dit handelen plaats.
3. Het niveau van de formatieve evaluatie:
   Vanuit de formatieve evaluatie wordt het proces gewaardeerd waarin de methodiek ontwikkeld wordt. Op die manier wordt nagegaan in hoeverre de binnen de methodiek ontwikkelde stappen bijdragen aan het bereiken van het doel van behandeling. Op grond hiervan kan dan aannemelijk gemaakt worden wat de methodiek en daarmee de behandeling 'waard' is.

Op basis van de controle vanuit de formatieve evaluatie op het ontwikkelingsproces kunnen resultaten aangegeven worden, en wel:
- in de vorm van registratie van belangrijke koerswijzigingen in het project (hoofdstuk 4)
- in de vorm van uitspraken over de kwaliteit van het proces van methodiekontwikkeling en de daaruit voortgekomen behandelings-34 methode (zie hoofdstuk 5).

HOOFDSTUK 4 BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN IN DE METHODIEK

Inleiding

De uitwerking, uitbreiding en bijstellingen van de eerste methodiekversie (Jongbloed & Tavecchio, 1991) hebben geleid tot een geheel van beslissingsregels, handelingsprotocollen en interventiemogelijkheden, die samen de basis vormen voor beschrijving van de methodiek GIT. Dit resultaat van methodiekontwikkeling wordt weergegeven in deelrapport III "De methodiek GIT".
Deze methodiek is tot stand gekomen op basis van twee soorten ontwikkelingen:
- uitwerking en uitbreiding van de oorspronkelijke opzet
- bijstellingen van de oorspronkelijke opzet

In dit hoofdstuk wordt voornamelijk ingegaan op díe ontwikkelingen die een bijstelling zijn van de oorspronkelijke opzet d.w.z. een duidelijke wijziging van de eerste methodiekversie, dan wel een belangrijke uitbreiding. Aan deze bijstellingen liggen argumenten van theoretische maar ook van praktische (klinische) aard ten grondslag. Een deel van deze bijstellingen zijn al beschreven in het Voortgangsrapport 91-93 (Jongbloed & Tavecchio, 1993).
Voor de volledigheid van deze rapportage zullen deze bijstellingen hier weer herhaald worden en zijn de bijstellingen vanaf voorjaar '93 toegevoegd. De bijstellingen van het diagnosticum worden weergegeven en beargumenteerd in deelrapport II. "Diagnostiek, screening en selectie".
Bij het rapporteren van de belangrijkste bijstellingen wordt de structuur van het behandelingsproces gevolgd d.w.z. Intakefase, behandelingsblokken, afbouwfase. Aangeven wordt wat de oorspronkelijk opzet was, wat de uiteindelijke vorm is en welke argumenten of theoretische overwegingen bij de ontwikkeling een rol hebben gespeeld.

4.1. Uitgangspunten van de methodiek GIT

4.1.1. Doelstellingen van de methodiek zoals oorspronkelijk geformuleerd in de subsidie-aanvraag

"Het doel van de GIT is om door middel van de beïnvloeding van het oudergedrag de ontwikkeling van het kind te optimaliseren en daar mee ook de schoolprestaties positief te beïnvloeden. Primair wordt adequaat opvoedingsgedrag gestimuleerd en bevestigd en worden nieuwe opvoedingsvaardigheden aangeleerd. Daarnaast vormt de hulpverlening een tijdelijke uitbreiding en ondersteuning van het sociale netwerk van het gezin. Dit kan een positieve uitwerking hebben op het opvoedingsgedrag van de ouders. De behandelingsinterventies richten zich op het bevorderen van sensitief-responsief gedrag van ouders in de opvoeding."

"In de Gezins Interactie Training wordt voor het formuleren van de behandelingsdoelen uitgegaan van de theoretische concepten rond

het begrip "Veilige Gehechtheid" (vgl. Van IJzendoorn, Tavecchio e.a. 1985, Riksen-Walraven 1983).
Uitgangspunt voor de behandelingsinterventies is het bevorderen van gedragingen van ouders die tot veilige gehechtheid leiden, namelijk de sensitieve responsiviteit."

"De interventies voor het beïnvloeden van het gedrag van ouders zullen vooral vorm krijgen vanuit de leertheorie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gedragstherapeutische technieken."

Eindresultaat
De algemene doelstellingen voor methodiekontwikkeling en behandeling zijn gehandhaafd en vormen de uitgangspunten voor de planning van het handelen van de gezinsbegeleider.

4.1.2. Relatie methodiek-ontwikkeling en methodiek

Uitgangspunt was:
"De methodiekontwikkeling vindt plaats in de werkbegeleiding. Daar vindt de analyse en planning plaats van zowel het proces van behandelen (gedrag van de behandelaar), als van de voortgang van de behandeling."
"De beschrijving van het hulpverleningsproces is de basis van de methodiekontwikkeling.

Eindresultaat:
De werkwijze in de methodiekontwikkeling nl. beschrijving van het proces van behandeling en werkbegeleiding middels protocollen (handelingsvoorschriften) bleek een bruikbare basis voor het standaardiseren van het handelen (en daardoor van de behandeling) van de gezinsbegeleider. Deze protocollen zijn dan ook - in vereenvoudigde vorm- onderdeel geworden van de methodiek.

Ontwikkeling:
Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 zijn er ten behoeve van het ontwikkelingsproces protocollen ontwikkeld om het handelen van de gezinsbegeleider en de werkbegeleider gestandaardiseerd te kunnen beschrijven. Door de protocollen werden gezinsbegeleider en werkbegeleider gedwongen om voornemens en beslissingen te expliciteren. Ook de resultaten van de werkbegeleiding werden zo gestandaardiseerd beschreven om dit proces goed te kunnen volgen en evalueren
Deze protocollen bleken zo structurerend en richtinggevend te werken voor de gezinsbegeleider dat een vereenvoudigde vorm van deze protocollen gehandhaafd blijft binnen de methodiek.
De protocollen zijn vereenvoudigd door die onderdelen die specifiek gericht waren op de methodiekontwikkeling te verwijderen en door de vorm aan te passen aan de nieuwe situatie.
Door het volgens de lijn van het protocol voorbereiden of evalueren van een onderdeel van de behandeling (bijv: een nagesprek of nieuwe opname) wordt de gezinsbegeleider gesteund om systematisch en methodisch te werken en de volgende stappen resp. interventies binnen het stramien van de methodiek te plannen.

4.1.3. Gebruik van gestandaardiseerde instrumenten

Oorspronkelijk ontwerp:
Naast beschrijving wordt binnen de methodiekontwikkeling ook gebruik gemaakt van meer gestandaardiseerde middelen zoals:
- *de gestandaardiseerde video-observaties.*
- *de analyse van de gestandaardiseerde gezinssituatie.*
- *de informatie uit de ouder-selfreports;*
- *learner-reports."*

Eindresultaat
- **Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS)**
  Op basis van de voor het project ontwikkelde Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS) kan een gestandaardiseerde beschrijving gemaakt worden van de video-opnames.
  De schaal heeft tot doel om op gestandaardiseerde wijze de mate van sensitief- responsief gedrag te beschrijven. Het gedrag van ouders en kind, in een video-opname vastgelegd, wordt beschreven in termen van functionele gedragscomponenten van de ouders in de interactie, en kindkenmerken die van invloed zijn op deze interactie.
  De uiteindelijke schaal bestaat uit een gedragsbeschrijving binnen de verschillende functionele componenten en de kind kenmerken èn een codering van de kwaliteit van dit gedrag van ouders en kind op een driepuntsschaal.

Ontwikkeling
Het te ontwikkelen analysemodel voor de video-opnames moest sterk samenhangen met het richtinggevend theoretisch kader van de GIT.
Hiertoe is een observatieschaal ontwikkeld nl. de GIOS (Gezins Interactie Observatie Schaal) waarin het centrale concept van de gehechtheidstheorie de "sensitieve responsiviteit", centraal staat.
In navolging van Koot (1988) worden aan het sensitief- responsief gedrag van opvoeders tijdens de interactie met hun kind drie functioneel verschillende (en voor de competentie ontwikkeling van het kind relevante) dimensies onderscheiden: Emotionele Ondersteuning, Instructie en Regulering, nader te definiëren als resp. de mate van emotionele beschikbaarheid en toegankelijkheid van de opvoeder, het verschaffen van informatie noodzakelijk voor de ontwikkeling van kennis en vaardigheden en de mate waarin en de wijze waarop de opvoeder het gedrag van het kind probeert te sturen of onder controle te houden. Deze opvoedingsgedragingen kunnen in meerdere of mindere mate voorkomen en zullen vooral dan het beoogde effect hebben wanneer ze sensitief worden aangewend.
Sensitieve responsiviteit (Ainsworth) omvat zowel de geschikte en prompte responsen op specifieke signalen van het kind, als het initiëren van gedrag dat aangepast is aan het ontwikkelingsniveau en de actuele toestand van het kind. De sensitiviteit van opvoedersgedrag kan geobserveerd worden aan elk van de hiervoor beschreven 3 dimensies en wordt apart beschreven en gescoord in de dimensie "Aanpassing".
Het observatieschema van de ouder-kind interactie is een aantal malen aangepast. De onderverdeling in gedragscomponenten is ongewijzigd gebleven evenals de beoordeling van de kwaliteit van de interactie. In plaats van de oorspronkelijke vijf-punts schaal is echter overgegaan tot een drie-punts codering van het gedrag nl. "adequaat", "te veel" of "te weinig" in deze situatie. De scores op de schalen worden gegeven aan het eind van de opname. Binnen deze

nieuwe wijze van coderen kan nu ook worden aangegeven of het feit dat een bepaald gedrag in deze situatie niet voorkomt wel of niet adequaat is. Dit heeft geleid tot grotere eenduidigheid in de beoordeling van het gedrag van de ouders in de interactie.
Aan het observatieschema is een schaal toegevoegd waarin kindgedrag kan worden beschreven en gescoord om ook de invloed van het gedrag van het kind op de interactie mee te laten wegen.
Deze wijze van systematische beschrijving van het gedrag van de ouders tijdens de interactie met het kind wordt ook toegepast voor de analyse van de Taak-Spelsituatie in de screening en selectie procedure. Zodat nu zowel in de diagnostische fase als in de behandeling op steeds dezelfde wijze de interactie van ouders en kind wordt beschreven en geanalyseerd.
Uit statistische analyse (Verbeem,1994) is gebleken dat op basis van het gedrag van ouders in de Taak-Spel Situatie een goed onderscheid gemaakt kan worden tussen ouders die adequaat sensitief-responsief reageren op hun kind en ouders die dit tijdens de opname situatie niet doen. De GIOS geeft zo de mogelijkheid te oordelen over de kwaliteit van het gedrag van de ouder in de interactie met hun kind.

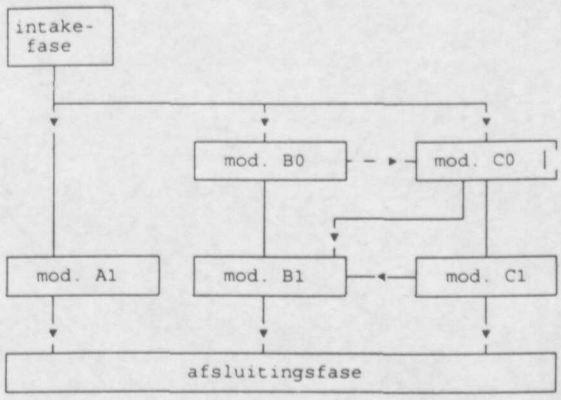
4.1.4. De ouder als mede evaluator

Evaluatie middelen waren:
- *de informatie uit de ouder-selfreports;*
- *learner-reports."*

Eindresultaat
- **Goal Attainment Scaling.**
- **Satisfactie schaal**

Ontwikkelingen
Vanwege het grote belang dat werd gehecht aan het inschakelen van de *ouders als mede-evaluator* van zowel de behandeling als de GIT-methodiek is gebruik gemaakt van de Zelfbeoordelingsschaal en de GIT Vooruitgang Schaal (GVS), later vervangen door Goal Attainment Scaling (GAS) en de Satisfactieschaal.
Bij de ontwikkeling van instrumenten voor de ouders als mede-evaluator werd in eerste instantie uitgegaan van de theorie die De Groot (1986) had ontwikkeld bij de samenstelling van zgn. "learner-reports" en die met name door Van der Kamp (1980) verder was ontwikkeld en onderzocht. Een verdere uitwerking, toegespitst op de Gezins Interactie Training, leidde tot de "GIT-Vooruitgang Schaal" (GVS) (Toonen 1993).
Ten behoeve van de GIT was deze zodanig ontworpen dat zowel de ouders als de gezinsbegeleider in staat werden gesteld hun mening over de behandeling kenbaar te maken.
Op grond van de ervaringen gedurende de eerste anderhalf jaar is om diverse redenen besloten de bovengenoemde evaluatie-instrumenten te laten vervallen en/of te vervangen.
Zo werd na anderhalf jaar besloten om de Zelfbeoordelingsschaal te laten vervallen. De opzet van dit instrument was om de ouders zelf veranderingen/vooruitgang op de drie gedragscomponenten te laten aangeven. De uitwerking, met name met betrekking tot de formulering van de vragen, strookte echter niet met de uitgangspunten van de GIT-methodiek.
Bij de GIT wordt uitgegaan van het positieve opvoedingsgedrag dat ouders al bezitten en dat in de behandeling verder wordt ontwikkeld.

Figuur 4.1.: Oorspronkelijk model voor diagnostiek en behandelingsroutes



Eindresultaat

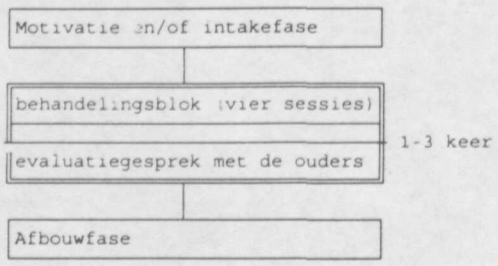
Mede in overleg met de begeleidingscommissie is besloten de pretentie tot het ontwikkelen van een drietal onderscheiden behandelingsmodulen binnen de GIT los te laten en de methodiekontwikkeling te concentreren op het beschrijven van interventiemogelijkheden, gerelateerd aan de gesignaleerde tekorten in het opvoedingsgedrag.

Ontwikkeling

Bij het globale ontwerp van de GIT zoals weergegeven in de subsidieaanvraag is uitgegaan van een modulaire opbouw. De tot nu toe in behandeling genomen gezinnen behoorden uitgaande van die indeling allemaal tot de C-module. Het kleine aantal gezinnen tot nu toe geeft onvoldoende informatie om met zekerheid achterliggende oorzaken aan te wijzen.
Overwegingen om het oorspronkelijk model te verlaten waren:
- In deze klinische populatie zijn de problemen relatief zwaar en dus vinden we alleen C gezinnen.
- Sensitiviteit en pedagogische vaardigheden zijn niet zo onafhankelijk en dus zo strikt te scheiden als werd verondersteld.
- Het onderscheid is te sterk theoretisch en draagt niet bij tot invulling van een directe behandelingsstrategie.

Besloten werd om de pretentie tot het ontwikkelen van drie modules los te laten en ons te richten op het beschrijven van interventie mogelijkheden gerelateerd aan de geconstateerde gedragstekorten en de gekozen werkpunten door de ouders.(zie ook 4.3.4). Dit betekent dat de opbouw van de behandeling er nu als volgt uitziet:

Figuur 4.2.: Opbouw behandeling



Afhankelijk van de, in de intake fase geformuleerde doelstellingen, voor verandering van het interactie-gedrag van de ouders en het aantal door de ouders gekozen werkpunten worden er per gezin een aantal behandelingsblokken doorlopen.
Besloten is om na elk behandelingsblok in een extra gesprek met de ouders te evalueren op basis van de Goal Attainment Scaling.

4.3. Intakefase

Doelstellingen waren:
"... nadere informatie wordt verzameld.
... Het opvoedingsgedrag van ouders wordt in kaart gebracht en geanalyseerd.
... duidelijk moet worden welk gedrag of situatie de ouders als het meest problematisch ervaren.
... vertrouwd raken met de wijze van werken.
... keuze van een specifieke behandelingsmodule."

4.3.1. Geplande middelen

Er zou gebruik gemaakt worden van:
"... een semi-gestructureerd interview.
... opname van een gestandaardiseerde gezinssituatie
... introductie van de werkwijze."

Eindresultaat:
De belangrijkste ontwikkeling binnen de intake-fase is de overgang van de 'eetsituatie' als standaardsituatie naar de Taak-Spelsituatie als standaardsituatie die al in de diagnostische fase wordt opgenomen.

Ontwikkeling:
In de subsidie-aanvraag werd er vanuit gegaan dat we kort na de aanvang van het project gebruik zouden kunnen gaan maken van een observatie-instrument in ontwikkeling bij de vakgroep ontwikkelingspsychologie in Leiden. Omdat dit instrument niet beschikbaar kwam werd als gestandaardiseerde opname in eerste instantie een opname gemaakt van het gezin aan de avondmaaltijd. Deze opname werd dan beschreven en geanalyseerd aan de hand van de GIOS.
In de praktijk bleek deze opname niet volledig aan zijn doel te beantwoorden.

- De gezinsmaaltijd bleek niet zo makkelijk te analyseren op de ouder - kind interactie. De dynamiek van het gezin als totaal maakte het moeilijk om de interactie tussen de ouders en het aangemelde kind scherp in beeld te krijgen.
- Door de diversiteit van de gezinnen waren de opnames en de analyses van de gezinnen onderling weinig vergelijkbaar.
- Voor veel ouders was de maaltijd als eerste opnamesituatie nogal bedreigend

- Deze situatie was erg inefficiënt voor de werkplanning van de gezinsbegeleiders.

De behoefte om binnen de diagnostiek tot een gerichter beeld te komen van het sensitief-responsief gedrag van de ouders leidde er toe dat al in de diagnostische fase een gestandaardiseerde opname gemaakt kon worden (Legtenberg & Oomen - van de Kerkhof, 1994). De Taak-Spel-Situatie (ontleend aan Erickson, 1985, Matas e.a. 1978) werd ontwikkeld. In een sessie van 20 minuten wordt het gedrag van ouders en kind geobserveerd tijdens het uitvoeren van 4 taakjes die zo moeilijk zijn dat de ouder bepaalde vaardigheden moet gebruiken om het kind in staat te stellen de taakjes te doen. De ouders worden vooraf geïnstrueerd.
De video-opname van de Taak-Spel-Situatie wordt geanalyseerd met de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS).
Door deze ontwikkeling in de diagnostische fase kon de opname van de standaard "eetsituatie" zoals aangegeven in het eerste ontwerp komen te vervallen.

Voordelen van deze aanpassing zijn.
- gestandaardiseerde eerste opnamesituatie
- de Taak-Spelsituatie is als eerste opnamesituatie voor de ouders minder bedreigend omdat ze plaats vindt tijdens de diagnostische fase en dan veel meer ervaren wordt als een opname gericht op de kindproblemen.
- De intakefase wordt twee weken korter. Vanuit het perspectief van de ouders gezien kunnen zo sneller "problemen" aangepakt worden. Dit bevordert de motivatie.
- Zonodig kunnen screening, selectie en intake fase in elkaar geschoven worden en in zijn geheel door de gezinsbegeleider zelf worden gedaan. Dit kan de implementatie van de GIT in een instelling vergemakkelijken

4.3.2. Motivatie fase als facultatieve uitbreiding van de intake

Eindresultaat:
Een tweede belangrijke aanvulling op de intakefase is om bij ouders waar geen duidelijke hulpvraag aanwezig is eerst een motivatiefase in te voegen. Als uit het diagnostisch onderzoek blijkt dat er tekorten zijn in de opvoedingsvaardigheden van de ouder , er geen indicatie voor een andere meer geëigende vorm van ouder- begeleiding aanwezig is èn de ouders hebben geen duidelijke hulpvraag, is er in de intakefase nadrukkelijk aandacht voor de motivatie(verhoging) van de ouders . De intake fase vraagt dan een wat langere tijd. Het doel van de motivatiefase is om de ouders zo te begeleiden dat ze in staat zijn om een doordachte beslissing te nemen over het al dan niet deelnemen aan de Gezins Interactie Training.

Ontwikkelingen:
De aanzet voor het invoegen van de motivatiefase lag in het voortijdig beëindigen van de behandeling op initiatief van de ouders. Bij nadere analyse bleek de onduidelijkheid rond de hulpvraag van de ouders en daarmee onduidelijkheid over de werkpunten als één van de oorzaken van afbreken van de behandeling beschouwd te kunnen worden. De indicatie voor een motiveringsfase wordt gesteld in het adviesgesprek. In dit gesprek geeft de diagnosticus aan wat de resultaten van het onderzoek zijn.
Door de veranderingen in de diagnostische fase en het daardoor vervallen van de opname van de eetsituatie moest de structuur van de intakefase worden aangepast

Het semi gestructureerd interview is verder ontwikkeld om een nauwkeuriger aansluiting te krijgen van de diagnostische fase naar de intake fase. Vooral de evaluaties van de ervaringen van gezinsbegeleiders en diagnosticus met het opstellen en uitvoeren van het semi-gestructureerd interview waren hierbij richtinggevend. Dit heeft geleid tot bijstellingen van de checklist. Deze checklist wordt door de diagnosticus ingevuld samen met de gezinsbegeleider.

4.3.3. Introductie GIT

doelstelling was:
"Voorafgaand aan de eerste video-opname wordt door de hulpverlener in het bijzijn van de kinderen aan de ouders uitgelegd wat de bedoeling is van de bezoeken aan het gezin en van de video-opnamen."
"Tevens is de cyclus van video-opname en nabespreking van deze videobeelden bedoeld om ouders vertrouwd te maken met de werkwijze van de GIT."

Eindresultaat:
Voor de introductie van de werkwijze GIT worden nu fragmenten uit de opname van de Taak-Spel- Situatie gebruikt.
Als er geen motivatiefase geïndiceerd is gebeurt dit in het eerste gesprek.

Ontwikkeling:
De volgorde van introductie van de GIT is veranderd ten opzichte van het oorspronkelijk ontwerp. Dit was het directe gevolg van veranderingen in de verschillende onderdelen van de intake-fase en de strategie van de gezinsbegeleiders om (op advies van de supervisor) te komen tot een optimale motivering van de ouders.
Er is begonnen om deze introductie uitgebreid te beschrijven. Op advies van de formatieve evaluator is nagegaan in hoeverre het mogelijk is om binnen de looptijd van het project te komen tot een 'introductie-video' om de introductie van de GIT verder te standaardiseren. Besloten is om toch de eigen opname van het gezin bij de Taak- Spel- Situatie te blijven gebruiken omdat ouders het heel leuk en dus motiverend blijken te vinden om de positieve interacties hieruit terug te zien

4.3.4. Probleem definiëring

Doelstelling was:
"Aan de hand van de door de ouders naar voren gebrachte problematische opvoedingssituatie wordt een video-opname gemaakt. Deze opname is bedoeld als illustratie om samen met de ouders te komen tot een optimale probleem definiëring. Samen met de ouders worden de veranderingsdoelen vastgesteld."

Eindresultaat:
De problemen van de ouders worden positief geheretiketteerd en zowel de huidig situatie als de gewenste situatie worden nauwkeurig en heel concreet in kaart gebracht.

Ontwikkelingen:
Al in de tweede behandeling is (n.a.v. adviezen uit de supervisie) besloten om niet meer met de ouders een probleemhiërarchie op te stellen, maar deze problemen positief te heretiketteren en in plaats daarvan werkpunten op te stellen. De achterliggende veronderstelling is dat een positieve herformulering van de beoogde verandering motiverend werkt, daarnaast is het een eerste aanzet tot een meer positieve beleving van de situatie rond het kind.

In het tweede gesprek in de intakefase worden deze behandelingspunten "de werkpunten" nauwkeurig uitgewerkt naar een door de ouders gewenste situatie middels de techniek van de Goal Attainment Scaling.

4.4. Doelstellingen van behandeling en strategie

4.4.1. Operationalisatie van de behandelingsdoelen

Doel was:
Uitgangspunt was om op basis van de gedragsanalyse van de ouders, gebaseerd op de functionele gedragscomponenten, een baseline te formuleren van waaruit de behandelingsdoelen zouden worden vastgelegd.

Eindresultaat:
Op basis de Taak-Spel-Situatie wordt middels aan de gehechtheidstheorie ontleende opvattingen over kwaliteit van interacties tussen ouders en kind (geoperationaliseerd in de GIOS) beschreven welke vaardigheden en tekorten ouders bezitten. Samen met de ouders wordt geformuleerd welke veranderingen in de gezinssituatie beoogd worden. (m.b.v. Goal Attainment Scaling)
De gezinsbegeleider formuleert daarnaast wat gewenste veranderingen in het gedrag van de ouder zijn om tot de gewenste situatie rond het kind te komen. Dit zijn de behandelingsdoelen waarop de gezinsbegeleider een behandelingsstrategie ontwikkelt. Bij het opstellen van de strategie wordt gebruik gemaakt van gedragstherapeutische principes

Ontwikkelingen
Samen met de ouders wordt geformuleerd welke veranderingen in de gezinssituatie beoogd worden. Hierbij wordt uitgegaan van de werkpunten die opgesteld zijn met de ouders m.b.v. de GAS. Bijv. "Jan kan 20 minuten alleen spelen als moeder aan het koken is".
De gezinsbegeleider formuleert daarna voor zichzelf wat de gewenste veranderingen in het gedrag van de ouder zijn om tot gewenste situaties rond het kind te komen. Dit zijn de behandelingsdoelen waarop de gezinsbegeleider in de werkbegeleiding zijn strategie ontwikkelt.
Vanuit de analyse van de Taak-Spel situatie is het gedrag beschreven in termen van te veel of te weinig "emotionele ondersteuning","instructie", "regulering" of "adaptatie" zoals is geoperationaliseerd binnen de GIOS. De behandelingsdoelen worden vastgesteld op basis van de geconstateerde tekorten of excessen in het ouderlijk gedrag.
Omdat de differentiatie van het behandelingsaanbod vanuit de modules niet haalbaar bleek (zie.4.2.2.) richten we ons nu op het beschrijven van interventiemogelijkheden gerelateerd aan de geconstateerde gedragstekorten of gedragsexcessen. Deze gedragstekorten worden geobserveerd en beschreven op basis van de observaties van de standaard situatie d.w.z. de Taak-Spelsituatie uit de screening- en selectieprocedure. Vanaf het begin is er vanuit de formatieve evaluatie weinig commentaar geweest op de wijze van opstellen en expliciteren van de behandelingsdoelstellingen. Wel is aangegeven dat de relatie tussen de algemene doelstellingen en de doelstellingen voor een behandelingsblok van vier sessies scherper moest worden uitgewerkt.

4.4.2. Behandelblok

Doel was:
Het gezin doorloopt een of meerder modules afhankelijk van de ernst van de problematiek van de ouders

Eindresultaat:
Er worden met het gezin afspraken gemaakt voor een behandelingsblok van vier sessies.

Figuur 4.3.: Opbouw behandelingsblok

behandelingsblok	4 sessies
evaluatie (GAS)	1 gesprek

De gezinsbegeleider maakt steeds een planning voor vier sessies.
Na elk blok wordt op basis van de GAS geëvalueerd.
Op basis van dit evaluatiegesprek kunnen zonodig behandelingsdoelen en keuze van werkpunten worden bijgesteld. Op basis van het evaluatiegesprek kan dan zonodig een tweede behandelingsblok van vier sessies worden aangeboden eveneens gevolgd door een evaluatie gesprek.
Na maximaal drie blokken wordt de behandeling afgebouwd.

4.4.3. Behandelingsfrequentie

Doel was:
"De opnames vinden wekelijks plaats in het gezin, in aanwezigheid van ouder(s) en kinderen. De uit de opname geselecteerde clips worden - alléén met de ouders bekeken en doorgesproken. Dit vindt plaats enige dagen nadat de video-opname is gemaakt. De nabespreking zal indien mogelijk op het PI gehouden worden. Opname en nabespreking worden beschouwd als één sessie."

Eindresultaat

Aanbevolen wordt minimaal één sessie (opname met nagesprek) per drie weken.
Het nagesprek wordt -alleen met de ouders- meestal op het Instituut gehouden.

Ontwikkelingen:
De tijdsplanning van een sessie is fors gewijzigd. Twee contacten met het gezin per week bleek voor de meeste gezinnen een te zware belasting. Daarnaast bleken vooral de vaders geen mogelijkheid te hebben zich zo frequent vrij te maken. Vaak hebben we te maken met vaders met onregelmatige werktijden. Doordat de contacten met het gezin nu in een wat lagere frequentie gepland worden, wordt de kans dat vaders aanwezig kunnen zijn bij opnames overdag een stuk groter. Daarnaast bleek ook voor de gezinsbegeleiders de frequentie te hoog om nog voldoende tijd te hebben voor verslaglegging en planning van de volgende sessie.
Afgesproken is te streven naar minimaal één sessie (opname plus nagesprek) per drie weken met een voorkeur voor één sessie per twee weken (is wekelijks contact).

4.4.4. Interventiestrategieën

Doel was:
"Er wordt gebruik gemaakt van technieken uit de gedragstherapie. Deze technieken worden zo toegepast dat de gezinsbegeleider in zijn interactie met de ouder model staat voor de ouder in interactie met zijn kind"

Eindresultaat:

Er is een stramien ontwikkeld om uit een groot aantal voor GIT relevante gedragstherapeutische technieken een keuze te kunnen maken om het gedrag van ouders te veranderen in de in de behandelingsdoelen aangegeven richting. Aangegeven wordt hoe deze technieken zowel door de gezinsbegeleider als door de ouder kunnen worden toegepast.

Ontwikkeling
In de eerste methodiek versie waren de interventie strategieën niet uitgewerkt. In de GIT wordt voor de verandering van het gedrag van de ouders vooral gebruik gemaakt van operante technieken. Met behulp van operante technieken kan bereikt worden dat gedrag wordt:
- versterkt: het neemt dan in frequentie toe;
- verzwakt: de frequentie neemt af;
- opgebouwd: nieuw gedrag wordt geleerd;
- gebracht onder controle van andere stimuluscondities.

In deelrapport III wordt aangegeven bij welke problemen welke technieken gebruikt kunnen worden. De keuze voor een bepaalde techniek komt voort uit de behandelingsdoelen nl. de hulpverlener wil bepaald gedrag van de ouder versterken, verzwakken of nieuw gedrag opbouwen. Uit de technieken die in deze categorieën beschreven worden kan dan een keuze gemaakt worden. Een ander belangrijk punt dat verder wordt uitgewerkt is hoe twee technieken naast elkaar te gebruiken zijn. Omdat een van de uitgangspunten van de GIT is dat de gezinsbegeleider in zijn interactie met de ouder model staat voor de ouder kind interactie wordt de techniek ook steeds vanuit deze twee perspectieven beschreven nl.:
- gezinsbegeleider - ouder
- ouder - kind

Aan de beschrijving van elk van de technieken is een aantal praktijkvoorbeelden toegevoegd.

4.4.5. Nieuwe ontwikkeling de gedragstherapeutische interventies

Doel was:
De gezinsbegeleider maakt steeds een video-opname in het gezin.

Eindresultaat
De ouder(s) maken in bepaalde situaties zelf opnames.

Ontwikkeling:
Hoewel de methodiek gestart is met de idee dat de opnames telkens door gezinsbegeleiders gemaakt zouden worden is er een aantal keren voor gekozen om de opnames door de ouders te laten maken. Aan een dergelijke gang van zaken zitten positieve en negatieve kanten. In Deelrapport III wordt aangegeven wat de pro's en contra's zijn van deze werkwijze. De hulpverlener kan zo in ieder specifiek geval afwegen om al dan niet een opname door de ouders te laten maken.

4.4.6. Nieuwe aspecten van het handelen van de gezinsbegeleider

De belangrijkste, binnen de methodiek beschreven aspecten van het handelen van de gezinsbegeleider - niet expliciet opgenomen in het eerste ontwerp - worden hierna uitgewerkt.
Eindresultaat:
Op basis van zowel de methodiekontwikkeling of (indirect) op basis van de formatieve evaluatie of supervisie zijn een aantal aspecten van de behandeling verder geëxpliciteerd.
Dit zijn bijvoorbeeld:
- **Aandacht voor faciliterende en belemmerende factoren in alle fasen van de behandeling met name de motivatie van de ouders.**
- **Specifieke communicatietechnieken.**

Ontwikkeling:
Het toevoegen van (zonodig) een motivatiefase aan de intake heeft geleid tot meer specifieke aandacht voor de motivatie van de ouders gedurende het gehele proces van behandeling.
In de methodiek wordt uitvoerig ingegaan op theoretische aspecten van het motiveringsproces en de hiertoe benodigde gesprekstechnieken. Uit de evaluaties kwam naar voren dat het invoegen in het gezin bij elk contact een aspect was dat in het contact met ons type gezin zo belangrijk was dat dit heel bewust gehanteerd dient te worden in het opbouwen van de relatie gezinsbegeleider - gezin. In de methodiek wordt dit dan ook expliciet beschreven.
Daarnaast wordt in de methodiek aangegeven hoe andere belemmerende factoren kunnen worden gesignaleerd en gehanteerd.
Andere aspecten zijn uitgewerkt in deelrapport II.

4.4.7. Afbouwfase

Doel was:
"De interventies worden in alle gevallen beëindigd met de afsluitingsfase, bestaand uit 2 sessies. In deze afsluitingsfase zal echter meer tijd tussen de sessies gelegd worden om de hulpverlening gelijkmatig te kunnen afbouwen."

Eindresultaat:
De afbouwfase verloopt nog steeds conform de subsidie aanvraag. Wel wordt in het laatste gesprek de ouders een videoband gegeven met daarop een overzicht van alle videofragmenten die met de ouders besproken zijn.Na het laatste gesprek krijgen de ouders nog een satisfactie schaal in te vullen.

Ontwikkeling.
Ouders gaven aan heel graag de kopieën van de video-opnames te willen hebben als aanvulling op hun video-huisarchief. Omdat we ook na afloop van de opnames de ouders niet wilden confronteren met minder geslaagde interacties ontstond het idee een compilatie te maken van de besproken video-fragmenten.
Bij het laatste gesprek krijgt de ouder een videoband met daarop díe video-fragmenten die gedurende behandeling met de ouder besproken zijn. Bij de band heeft de gezinsbegeleider schriftelijk commentaar gemaakt waarin die punten de belangrijk waren in het verloop van de behandeling nog eens aan de orde komen. De ouder(s) wordt geadviseerd de band vooral te bekijken als er terugval bij het kind te bespeuren is. Ouders reageren heel enthousiast en verrast op het krijgen van de compilatie en - zien ondanks het feit dat er alleen "geslaagde" fragmenten geselecteerd zijn toch duidelijk de vooruitgang bij zichzelf en het kind. Na het laatste contact wordt de ouders nog een satisfactie-

schaal, toegestuurd. Mede op basis van deze schaal kan de gezinsbegeleider de evaluatie van de behandeling als geheel afronden.

HOOFDSTUK 5 BRUIKBAARHEID EN OVERDRAAGBAARHEID

5.1. Inleiding

Aan het eind van hoofdstuk 3 werd reeds opgemerkt dat één van de resultaten van de formatieve evaluatie is aan te geven wat de kwaliteit is van het proces van methodiekontwikkeling. Daarbij gaat het in essentie om toetsing aan de volgende kwaliteitseisen (zie 3.1.3): geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, navolgbaarheid (controleerbaarheid) en aannemelijkheid. In het hierna volgende wordt aangegeven in hoeverre de methodiekontwikkeling aan deze eisen heeft voldaan.

5.2. Geloofwaardigheid en bruikbaarheid

Het zwaartepunt bij de beoordeling van de resultaten (de opbrengst) van de methodiekontwikkeling heeft steeds gelegen bij de betrokkenen zelf, volgens Harinck (1992) een essentieel kenmerk van formatieve evaluatie.
Ook de beoordeling van de mate waarin bij de ontwikkeling van de GIT-methodiek aan bovengenoemde kwaliteitseisen is voldaan is voor een deel in nauwe samenwerking met de direct betrokkenen - hulpverleners, werkbegeleiders en ouders - tot stand gekomen. Bij de ontwikkeling van de GIT is dan ook extra aandacht besteed aan het creëren van voldoende mogelijkheden voor **gebruikers** om de geloofwaardigheid en de gebruikswaarde van de GIT-methodiek te beoordelen (bijvoorbeeld met behulp van Goal Attainment Scaling (GAS) en de Satisfactieschaal). 'Intern', d.w.z. in het kader van de methodiekontwikkeling, is er dus veel moeite gedaan om de gebruikswaarde van de GIT te toetsen en te optimaliseren door de resultaten steeds weer voor te leggen aan de direct betrokkenen en hun oordeel bij de verdere ontwikkeling van de methodiek te betrekken (zie 3.2.4).
De wijze waarop het 'produkt' GIT tot stand is gekomen voldoet daarmee aan het doel van ontwikkelend onderzoek: het ontwikkelen van een produkt ten behoeve van het verbeteren van het handelen in de praktijk (cf. Struiksma, Joosten & Blakenburg, 1993). Samenwerking tussen onderzoekers/ontwikkelaars en mensen uit de praktijk vormt daartoe een basisvoorwaarde. De methodiek werd geëxpliciteerd, beschreven, opnieuw aan de praktijk getoetst en geëvalueerd. Dit cyclisch proces kreeg gestalte doordat de behandeling vanuit de werkbesprekingen verder werd ontwikkeld. Door deze besprekingen tussen gezinsbegeleider en werkbegeleider (methodiekontwikkelaar) kon de methodiek steeds verder gespecificeerd worden. Dit cyclische proces tussen methodiekontwikkelaar, werkbegeleider en hulpverlener (gezinsbegeleider) is zo transparant vastgelegd dat het proces ook voor een buitenstaander goed is te volgen. Vanuit de resultaten van de formatieve evaluatie kan dan ook **voldoende** vertrouwen in de **geloofwaardigheid** van de GIT worden gesteld

5.3. Overdraagbaarheid

Dat neemt niet weg dat bij ontwikkelend onderzoek de nadruk ligt op de overdracht ('transfer') van het onderzoeksresultaat. De opbrengst moet zo beschreven (kunnen) worden dat deze bruikbaar en interpreteerbaar is voor andere situaties. Dit verklaart waarom naast 'overdraagbaarheid' ook 'navolgbaarheid' een belangrijk criterium vormt (zie hoofdstuk 3). De over te dragen GIT-methodiek - zoals beschreven in Deelrapport III - bestaat uit een geheel van protocollen en interventiemogelijkheden, waarmee gedrag van GIT-gezinsbegeleiders in verschillende situaties

tijdens het behandelingsproces wordt geëxpliciteerd. Dit materiaal dient als uitgangspunt om de methodiek - materieel - overdraagbaar te maken middels: handleiding, trainingsmodel, instructie-video's voor ouders, etc. (zie Jongbloed & Tavecchio, 1991).
De Bie (1993) stelt ten aanzien van de overdraagbaarheid de vraag of, en zo ja in welke mate, er sprake is van 'hindernissen' - op te vatten als potentiële bedreigingen van de overdraagbaarheid - om de ontwikkelde methodiek (ook) voor andere groepen en elders te kunnen gebruiken.
In de volgende paragraaf wordt een aantal criteria, grotendeels ontleend aan De Bie, besproken waaraan de aanwezigheid van dergelijke 'hindernissen' kan worden getoetst.

5.4. Toetsingscriteria met betrekking tot de overdraagbaarheid van de GIT

5.4.1. Duidelijkheid over doelgroepen

De doelgroep gezinnen is te beschrijven als:
- Gezinnen waarin 'problemen' bestaan met een kind in de kleuterleeftijd (4-7 jaar). De verwachting is dat GIT voor een bredere leeftijdsgroep kan worden ingezet. In een verdere ontwikkeling van de methodiek zou moeten worden onderzocht welke specifieke aanpassingen van de methodiek dit vereist.
  Bij gezinnen met oudere kinderen wordt van de gezinsbegeleider andere kennis vereist.
- Kinderen met specifieke problemen.
  Op basis van de ervaring met kinderen met specifieke problemen (bijv. pervasieve ontwikkelingsstoornis, slechtziendheid, ADHD) is in de methodiekontwikkeling extra aandacht ontstaan voor het belang van informatieoverdracht van de hulpverlener naar de ouders; d.w.z. extra aandacht voor wèlke kennis nodig is over de invloed van déze specifieke problemen op de ontwikkeling van het kind. Dit betekent wel dat de methodiek extra eisen stelt aan de hulpverlener, namelijk kennis over psychologische dan wel psychopathologische ontwikkeling van probleemkinderen.

De doelgroep waaraan de GIT overgedragen kan worden bestaat uit hulpverleners.
- Ten aanzien van de kennis en vaardigheden van de hulpverleners wordt in de beschrijving van de methodiek uitgegaan van een gerichte opleiding op minimaal HBO-niveau, kennis van de leertheorie aangevuld met een GIT- training (zie Deelrapport III).

5.4.2. Helderheid met betrekking tot (nieuwe) taken die de hulpverleners krijgen opgedragen

In de beschrijving van de GIT wordt duidelijk dat de hulpverlener bereid/in staat moet zijn nieuwe taken te vervullen en zich nieuwe vaardigheden eigen te maken:
- Kennis van de gehechtheidstheorie en deze gebruiken als 'normatief kader' bij het handelen.
- Herkennen van de kwaliteit van ouderlijk gedrag in termen van de functionele gedragscomponenten 'Emotionele ondersteuning', 'Regulering' en 'Instructie'. Gebruik van de GIOS daarbij.
- Planmatig gedragsveranderingen bij ouders kunnen bewerkstelligen vanuit gedragstherapeutisch kader.

5.4.3. Duidelijkheid over kennis en vaardigheden benodigd voor het uitvoeren van de GIT

De methodiek richt zich op hulpverleners van HBO-niveau (zie 5.4.1). Scholing in de gehechtheidstheorie en het gebruik van gedragstherapeutische principes is vereist. Deze kennis en vaardigheden kunnen vanuit het PI worden overgedragen. Op basis van Deelrapport III is een opleidingstraject GIT te ontwikkelen, bestaande uit cursus, training, werkbegeleiding en supervisie.

5.4.4. Aanwezigheid van benodigde voorzieningen middelen en materialen en andere organisatorische randvoorwaarden

Opleidingsfaciliteiten en de daarbij behorende materiële voorzieningen moeten door de instelling ter beschikking worden gesteld. Door de werkwijze van GIT met video worden aan de instelling materiële eisen gesteld, o.a. een aparte videoruimte met diverse typen video- en kopieerapparatuur.
De GIT is makkelijk over te dragen, omdat de methodiek eenvoudig in te voegen is in een bestaande organisatie. Dit blijkt uit ervaringen op de PI-school en op een school voor IOBK (In Ontwikkeling Bedreigde Kleuters)

5.4.5. De attitude/houding ten aanzien van de nieuwe methodiek bij de uitvoerenden

Voor de overdraagbaarheid is een 'receptieve' houding vereist. Voor toekomstige gebruikers van de GIT betekent dit:
- affiniteit met een gedragstherapeutische aanpak
- 'open oog' voor het 'normatieve' aspect van de gehechtheidstheorie
- een speciale focus op ouder-kind interactie

Dit betekent dat niet alleen het management in de organisatie, maar ook de hulpverleners voor een methodiek als GIT moeten willen kiezen voordat tot implementatie kan worden overgegaan.

5.4.6. Ervaringen met de implementatie van de methodiek

Hoe zijn de ervaringen bij het inwerken van nieuwe medewerkers in het gebruik van de methodiek. Bij de GIT bleken deze ervaringen positief. Ook buiten het PI, i.c. bij hulpverleners aan een IOBK-school, leverde de implementatie van GIT weinig problemen op.

5.5. Overdracht van de GIT

Tenslotte moet het, om over het overdrachtsproces iets te kunnen zeggen, vooraf duidelijk zijn of het voor de 'ontvangende' instelling/organisatie zal gaan om (vgl. De Bie, 1993, pp. 85 e.v.):
- een redelijk eenvoudige wijziging of aanvulling van een bestaande en al gepraktizeerde methodiek,
- een echt nieuwe methodiek of
- een diep ingrijpende wijziging van (de organisatie van) het dagelijks werk

De verwachting is dat het bij de introductie van de GIT dikwijls zal gaan om de implementatie van een echt nieuwe methodiek.
Daartoe geschikte middelen zijn een cursus met speciaal ontwikkeld materiaal (handboeken, instructievideo's, e.d.). Het scholingstraject kan het best bestaan uit cursus (overdracht van theoretische kennis), training en werkbegeleiding. Zonodig kan hieraan individuele supervisie worden toegevoegd.

5.6. Conclusie

Op basis van de toetsingscriteria uit 5.4 scoort de GIT als volgt:

- doelgroepen zijn duidelijk omschreven,
- er is helderheid over welke nieuwe taken door de hulpverlener moeten worden uitgevoerd,
- kennis en vaardigheden waarover de hulpverlener moet kunnen beschikken zijn omschreven,
- gezien de ervaringen lijkt implementatie geen grote problemen op te leveren, mits aan een aantal randvoorwaarden (materiële voorzieningen, receptieve houding, mogelijkheid voor opleiding) is voldaan.

Met andere woorden, aan de voorwaarden voor overdraagbaarheid lijkt de GIT te kunnen voldoen. Ten aanzien van de bruikbaarheid van de methodiek is reeds opgemerkt dat door de nauwe samenwerking tussen alle bij de ontwikkeling betrokken partijen, de hun geboden gelegenheid tot beoordeling en het verdisconteren van de resultaten daarvan in de verdere ontwikkeling de gebruikswaarde steeds opnieuw getoetst en geoptimaliseerd is.

Het vertrouwen in de geloofwaardigheid van de GIT, ten slotte, wordt gewaarborgd door het feit dat het cyclisch proces van methodiekontwikkeling, zoals dat verloopt tussen methodiekontwikkelaar, werkbegeleider en gezinsbegeleider, zo transparant en gedetailleerd is vastgelegd, dat het proces ook voor een buitenstaander goed is te volgen.

HOOFDSTUK 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6.1 Algemeen

Binnen het project GIT is een methodiek voor behandeling ontwikkeld die zich onderscheidt van andere vergelijkbare methodieken door aspecten van zowel inhoudelijke als methodologische aard. Hieronder zal een aantal van deze aspecten puntsgewijs worden beschreven.

1. De Gezins Interactie Training (GIT) is een methodiek voor gezinsbehandeling die ontstaan is in een proces van ontwikkeling dat op de voet gevolgd en verantwoord werd met behulp van formatieve evaluatie. De soort uitspraken die op basis van de in het project GIT gehanteerde formatieve evaluatie kunnen worden gedaan hebben de vorm van een keurmerk, een bepaalde garantiewaarde.
   Deelrapport I: 3.1.2., 3.1.4. en 3.3.

2. De GIT richt zich op zowel het aanleren van nieuwe opvoedingsvaardigheden als op het wijzigen van de opvoedingsattituden van ouders.
   Deelrapport I: 3.1.2., 3.1.4. en 3.3.

3. In de formatieve evaluatie is tevens 'getoetst' of de twee theoretische bouwstenen van de methodiek GIT, de gehechtheidstheorie en de leertheorie, niet zijn veronachtzaamd en/of daarvan eventueel, op een beargumenteerde en verantwoorde wijze is afgeweken.
   Deelrapport I: 3.1.2., 3.1.4. en 3.3.

4. Als resultaat van de formatieve evaluatie kan gesteld worden dat de methode GIT voldoet aan de binnen het kader van ontwikkelend onderzoek geldende kwaliteitseisen en de daarbij gehanteerde criteria van bruikbaarheid, overdraagbaarheid, navolgbaarheid en geloofwaardigheid.
   Deelrapport I: 3.1.3., 3.2.1., 5.2, 5.3. en 5.4

5. De nauwe samenwerking tussen twee instellingen met onderscheiden doelstellingen, d.w.z. theoretisch-wetenschappelijk versus toegepast-wetenschappelijk, leverde een spanningsveld op dat meestal inspirerend en stimulerend heeft gewerkt.
   Deelrapport I: 3.1.3., 3.2.1. en 5.2.

6.2 Specifieke kenmerken van de GIT

1. Op basis van aan de gehechtheidstheorie ontleende opvattingen over kwaliteit van interacties tussen ouders en kind, wordt beschreven welke vaardigheden en tekorten ouders bezitten. Samen met de ouders wordt geformuleerd welke veranderingen in de gezinssituatie beoogd worden. De gezinsbegeleider formuleert daarnaast binnen de werkbegeleiding wat de gewenste veranderingen in het gedrag van de ouder zijn om tot de gewenste situatie rond het kind te komen. Dit zijn de behandelingsdoelen waarop de gezinsbegeleider in de werkbegeleiding zijn strategie ontwikkelt. Bij het opstellen van de interventie-strategie wordt gebruik gemaakt van gedragstherapeutische principes.
   Deelrapport I: 2., 2.2.1. en 2.2.2.

2. Uitgangspunten en werkwijze van de GIT zijn dus ontleend aan algemeen bekende theoretische kaders: de gehechtheidstheorie en de leertheorie. (On)gewenst opvoedersgedrag wordt geëxpliciteerd op grond van de gehechtheidstheorie en met behulp van de leertheorie worden interventies ontwikkeld die het gewenste gedrag aanleren of laten toenemen, respectievelijk het ongewenste gedrag laten afnemen.
   Deelrapport I: 2., 2.2.1. en 2.2.2.

3. De gehechtheidstheorie vormt aldus het 'normatieve kader' voor het opvoedingsgedrag van ouders. Vanuit dit kader vindt een beoordeling plaats van de mate waarin zij al dan niet bepaalde vaardigheden die van belang zijn voor verbetering/optimalisering van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie missen: bepaalde gedragingen zullen moeten toenemen, andere afnemen, etc.
   Deelrapport I: 4.1.2.

4. Voor de beoordeling van het opvoedersgedrag is een gestandaardiseerde observatieprocedure ontwikkeld, namelijk de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS), gebaseerd op het concept 'sensitieve-responsiviteit', theoretisch de belangrijkste determinant (vanuit de opvoeding bezien) van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie. Daarmee is een belangrijk concept uit de gehechtheidstheorie bruikbaar gemaakt voor toepassing in de (klinisch-)pedagogische praktijk.
   Deelrapport I: 4.1.3.

5. De gedragscomponenten waarop vaders en moeders inadequaat scoren betreffen vooral (aspecten van) emotionele ondersteuning. Dit komt overeen met resultaten van Janssens & Van As (1994) die over verschillen tussen probleemgezinnen en controlegezinnen rapporteren dat "... de conclusie voor de hand (lijkt) te liggen dat wat betreft opvoedingsgedrag (...) meer accent gelegd moet worden op de wijze waarop ouders hun kind kunnen **ondersteunen** dan op de wijze waarop zij controle moeten uitoefenen ... ".

6. De interventies binnen de GIT zijn gericht op het verbeteren van de sensitieve responsiviteit. Door te werken aan de sensitieve responsiviteit van de primaire opvoeder(s) zijn we met GIT bezig om een, vanuit de gehechtheidstheorie bezien, essentieel opvoederkenmerk te beïnvloeden. Dit verhoogt niet alleen de kans op de ontwikkeling (eventueel: alsnog) van een veilige gehechtheidsrelatie, het verhoogt ook het gevoel van competentie van de opvoeder, het vertrouwen in eigen kunnen ('zelfvertrouwen') als opvoeder en het vertrouwen van het kind in de opvoeder en zijn/haar eigen competentie.
   Deelrapport I: 2.1.1.

7. De leertheorie verschaft de middelen die veranderingen van opvoedergedrag in de richting van sensitieve responsiviteit mogelijk maken. Om het gedrag van de opvoeder te veranderen maakt de gezinsbegeleider gebruik van interventies zoals die binnen de gedragstherapie worden toegepast.
   Deelrapport I: 2.1.2.

8. De GIT heeft een gestructureerde opbouw waardoor het voor zowel ouders als hulpverleners helder is in welke fase het proces van hulpverlening zich bevindt en hoe lang de begeleiding zal duren.
Deelrapport I: 4.2.2.

9. De GIT maakt in elke fase gebruik van de ouder als mede evaluator. De ouder is zo steeds expliciet mede verantwoordelijk voor het behandelingsproces.
Deelrapport I: 4.1.4.

10. Door het analyseniveau in de functionele gedragscomponenten - emotionele ondersteuning, instructie, regulering en afstemming - kan extra informatie over specifieke ontwikkelingskenmerken van kinderen met specifieke kenmerken, bijv. ADHD makkelijk worden ingepast. GIT kan daardoor zeer goed worden toegepast bij die gezinnen waarbij de specifieke eigenschappen van het kind meer kennis en vaardigheden van de opvoeder vragen dan doorgaans aanwezig zijn. Dit betekent dat GIT zowel in de opvoedingsondersteunende (ter preventie van opvoedingsproblemen) als in orthopedagogische situaties als vorm van hulpverlening kan worden ingezet.
Deelrapport I: 5.4.1.

Diagnostiek

1. Het binnen het project GIT ontwikkelde en beproefde diagnostisch instrumentarium is een bruikbare procedure gebleken voor de screening en selectie van gezinnen met een problematisch kind in de leeftijd 4-7 jaar.
Deelrapport II: 4.1 en 4.2.

2. Kinderen en hun ouders die de speciale GIT diagnostiek hebben doorlopen kunnen op een aantal persoons-, interactie- en omgevingskenmerken worden beschreven. Deze gegevens leveren waardevolle informatie op voor de GIT behandeling, de methodiek en de implementatie ervan, met andere woorden er is sprake van selectiecriteria, waaraan de beslissing wel of geen GIT kan worden gewogen.
Deelrapport. II: 4.1.

3. Verwacht mag worden dat in ruim 2/3 van de gezinnen afkomstig uit een vergelijkbare populatie geen contra-indicaties zullen bestaan voor de GIT diagnostiek.
Deelrapport II: 4.1.

4. Het is een belangrijk inzicht geweest dat in de procedure voor een verantwoorde selectie van gezinnen die in aanmerking komen voor GIT, een gestandaardiseerde interactiesituatie voor opvoeder en kind, de Taak-Spel Situatie (TSS), nodig is. Hierbij staan - middels de analyse van het geobserveerde gedrag van de ouders met de GIOS - aspecten van sensitieve responsiviteit, namelijk de 4 functionele gedragscomponenten van de opvoeder centraal en worden zo beoordeelbaar gemaakt. De methodiek is er uiteindelijk op gericht deze 4 componenten van het opvoedergedrag te optimaliseren, naar kwantiteit, in combinatie met ook in kwalitatief opzicht te verbeteren opvoedergedrag ('sensitieve responsiviteit'). De TSS maakt nu deel van de intake/toelatingsprocedure.

Deelrapport I: 4.3.1. en 4.4.1.
Deelrapport II: 2..2.4.
Bijlage I

5. De resultaten van een kritische analyse van de grondslagen van het bij GIT gebruikte diagnosticum onderstrepen de centrale positie van de Taak-Spel-Situatie. Aangetoond is dat met behulp van dit instrument ouders mét en zonder adequaat opvoedersgedrag goed van elkaar onderscheiden kunnen worden.
Deelrapport II: 2.4.2. en 2.4.3.

Methodische aspecten

1. Het handelen van de gezinsbegeleider vormt het centrale thema in de ontwikkeling van de methodiek GIT. De formatieve evaluatie is zich in toenemende mate gaan richten op de evaluatie van het verslag van de werkbegeleider, waarin dit handelen wordt geëvalueerd en wordt getoetst aan de uitgangspunten van de GIT.
Deelrapport I: 3.2.1. en 3.2.2.

2. Het binnen het project ontworpen model van formatieve evaluatie van methodiekontwikkeling - i.h.b. het systeem van monitoring en de daarbij gehanteerde checklist - is dusdanig beschreven dat het in vergelijkbare projecten als evaluatieprocedure bruikbaar is. Daarmee is een belangrijke en noodzakelijke vertaalslag gerealiseerd van abstract-theoretische literatuur over 'evaluatiestappen' naar concrete en hanteerbare protocollen voor evaluatie.
Deelrapport I: 3.3.1.

3. Goal Attainment Scaling (GAS) bleek een voor praktijkgericht onderzoek uitermate geschikt hulpmiddel, met name wanneer men het effect van een 'behandeling' wil evalueren. De vaak, in eerste instantie, vaag geformuleerde klachten kunnen met de GAS-procedure worden omgezet in concreet geformuleerde doelen. De methode blijkt bijzonder bruikbaar om op een systematische en betrouwbare wijze vast te stellen of de afgesproken werkpunten worden gehaald. Het noodzaakt de betrokkenen (i.c. werkbegeleiders, gezinsbegeleiders en ouders) om scherper na te denken over de mate waarin - redelijkerwijs - verwacht kan worden dat problemen minder worden door het geven, c.q. ontvangen van een behandeling.
Deelrapport I: 4.4.1.

Aanbevelingen en suggesties

1. De verwachting is dat GIT voor een bredere leeftijdsgroep kan worden ingezet. In een verdere ontwikkeling van de methodiek zou moeten worden onderzocht welke specifieke aanpassingen van de methodiek dit vereist.

2. Hetzelfde geldt voor de ontwikkeling van een variant op de methodiek GIT voor toepassing bij allochtone kinderen en gezinnen.

3. Hetzelfde geldt voor de ontwikkeling van een variant op de methodiek GIT voor toepassing bij kinderen met specifieke handicaps als pervasieve ontwikkelingsstoornis, slechtziendheid, etc.

4. De binnen het project ontwikkelde Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS) en de Taak-Spel-Situatie (TSS), beide gestandaardiseerde instrumenten voor de beoordeling van de mate van sensitieve responsiviteit van opvoedergedrag, lijken breed toepasbaar op terreinen waar beoordeling en (eventueel) verbetering van opvoedergedrag gewenst zijn. Te denken valt aan gebruik bij oudercursussen, training/opleiding van werkers in de kinderopvang, leerkrachten, etc.

5. Het is ten slotte sterk aan te bevelen dat naar de effectiviteit van de methodiek in het kader van een zgn. summatieve evaluatie vervolgonderzoek wordt uitgevoerd, waarin de GIT zal worden vergeleken met andere methodieken met een vergelijkbare doelstelling, populatie en werkwijze.

REFERENTIES

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation.* Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Bartels, A.A.J. De evaluatie score: Een eenvoudige en flexibele variant van de Gaol Attainment Scaling. In: *Tijdschrift voor gedragstherapie,* jrg.2, nr.3, september 1989

Bie, D., de (1993). Methodiekoverdracht, didactiek en implementatie. In M. van der Kamp e.a., *Methodiek-ontwikkeling: Concepten en trajecten* (pp. 81-92). Utrecht: Uitgeverij SWP

Boogaart, P.H.M. van den, en Wintels, P.M.A.E. (1988). *Evaluatie van intensieve thuisbegeleiding. Leiden Rijks Universiteit.* Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.

Cladder,H,. Borselen, W, van, en Nijhoff-Huysse,M.(1991). *Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen.* Lisse: Swets en Zeitlinger.

Doorn, E.C. van (11 november 1991). Praktijkgericht onderzoek in een klinische setting: Een onderzoeksopzet. *Lezing*. Rotterdam: Sofia Kinderziekenhuis.

Erickson, M.F., Sroufe, L.A. en Egeland, B. (1985). *The relationship between quality of attachement and behavior problems in preschool children in a high-risk sample.*
In: Bretherton,I. en Waters, E. (Eds), *Growing points of attachment theory and research.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, (1-2, Serialnr 209), 147-166.

Erickson, M.F., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 1-2, Serial nr. 209,* 147-166.

Gravemeijer, K. (1992). Onderwijs en ontwikkelend onderzoek. In: *Tijdschrift voor nascholing en onderzoek van het reken-wiskundeonderwijs,* 10 (3), 3-12.

Gravemeijer, K. (1992). Ontwikkelingsonderzoek als onderzoeksmethode. In: B.C. Joha & F. Joosten (red). Ontwikkelend onderzoek. *Praktijkgericht onderzoek in ontwikkeling.* Amsterdam: VU uitgeverij.

Groot, A.D., de (1986). *Begrip van Evalueren.* Den Haag.

Harinck, F.J.H. (1992). Evaluatie van doelgerichte interventies. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs, 8,* 91-100.

Hox, J.J. (1989). Intensieve onderzoeksvormen en praktijkgericht onderzoek. In B.C. Swaans-Joha & J.J. Hox (Red.), *Praktijkgericht onderzoek: Debat/Design/Data* (pp. 56-66). Amersfoort: Acco.

IJzendoorn, M.H. van (1992). Het stempel van ouders op de gehechtheid van hun kind. Diesrede. Leiden: Rijksuniversiteit.

Janssen, J.M.A.M., & Van As, N.M.C. (1994). Kwaliteit van de ouder-kind relatie en gedragsproblemen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 33,* 165-183.

Jongbloed, M.H.B. en Tavecchio, L.W.C. (1991). *Gezins Interactie Training en veilige gehechtheid. De ontwikkeling van een behandelmethodiek.*
Subsidieaanvraag bij de Stichting Kinderpostzegels nederland. Mei 1991 (C91.631).

Jongbloed, M.H.B. en Tavecchio, L.W.C. (1993). *Voortgangsverslag project Gezins Interactie Training periode 01 03 91 tot 01 03 93.* Rotterdam: Pedologisch Instituut, intern rapport.

Joosten, F., & Heiner, W. (1993). *Reader Ontwikkelend Onderzoek*. Rotterdam: Pedologisch Instituut (publikatie nr. 93.0321).

Joosten, F., & Constandse-van Dijk, C. (1994). Ontwikkelen en onderzoeken: Partners in theorie en praktijk. In B.C. Joha & F. Joosten (Red.), *Ontwikkelend onderzoek: Praktijkgericht onderzoek in ontwikkeling* (pp. 49-62). Amsterdam: VU Uitgeverij.

Joosten, F., & Constandse-van Dijk, C. (1994). *Dissertatie in voorbereiding.*

Joosten, F., & Joha, B.C., (1994). Ontwikkelend onderzoek: Zoveel hoofde zoveel zinnen ? in B.C. Joha & F. Joosten (red.), *Ontwikkelend onderzoeken ontwikkeling*. Amsterdam: VU Uitgeverij.

Juffer, F. IJzendoorn, M.h. van & Duyvestijn, M.G.G. (1994). Opvoedings ondersteuning en intergenerationele overdracht van gehechthied. *Kind en Adolescent, 15*, 204-221.

Kamp, M., van der, (1980). *Wat neemt de leerling mee van kunstzinnige vorming?* Den Haag.

Koot, J.M. (1988). Relaties tussen sensitiviteit van moeders, de competentie van het kind en gehechtheid. In J.R.M. Gerris & J. van Acker (Red.), *Gezinsonderzoek nr. 2: Gezinsrelaties onderzocht* (pp. 53-63). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Legtenberg G.J.M. en Oomen - van de Kerkhof, H.J.W.M. (1994). Gezins Interactie Training Het cyclisch proces in de afstemming tussen theorie en behandeling. In: H.M. Pijnenburg (red.), *Jaarboek onderzoek Pedologische Instituten (1994).* (in press.)

Matas, L., Arend, E.A., & Sroufe, L.A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: the relationship between attachment and later competence. In: *Child Development, 49, 547-556.*

Melief, W. (Red.) (1979). *Doelen stellen en evalueren: Een handleiding tot het gebruik van de Goal Attainment Scaling (GAS).* Alphen a/d/Rijn/Brussel:Samson Uitgeverij.

Peet, A.A.J., van (1989).Intensief meten. In: B,C,Swaans-Joha & J.J.Hox (red), *Praktijkgericht onderzoek:Debat/design/data* (pag.140-148). Amersfoort: Acco

Riksen-Walraven, J.M.A. *Mogelijke oorzaken en gevolgen van een (on)veilige eerste gehechtheidsrelatie.* Kind en adolescent,IV (1983) 23-44.

Riksen-Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag en interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 28,* 16-33.

Ruyter, P.A. de (1991). Hulpverlening in gezinnen: een waardevol begin. In: H.Baartman (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen (1991).* Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Smaling, A. (1989). De objectiviteitsopvatting van A.D. de Groot. *Tijdschrift voor nascholing en onderzoek van het rekenwiskundig onderwijs. Panama-Post jaargang 8, nr. 1,* 32-38.

Strien, P.J. van (1986). *Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen.* Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Struiksma, A.J.C., Joosten, F., & Blakenburg, K. (1993). Ontwikkelend onderzoek, een verantwoorde praktijk. In H.M. Pijnenburg, & L.M.G. Curfs (Red.), *Jaarboek onderzoek Pedologische instituten 1992* (pp. 67-83). Cadier en Keer: SNZB/LOPI.

Swanborn, P.G. (1989). Praktijkgericht onderzoek: Een apart paradigma? In B.C. Swaans-Joha & J.J. Hox (Red.), *Praktijkgericht onderzoek: Debat/Design/Data* (pp. 31-41). Amersfoort: Acco

Toonen, K. (1993). *Vervanging van de GIT Vooruitgangsschalen* (interne publ).

Verbeem, E.A. (1994). *Gezins Interactie Training: een kritische analyse van de grondslagen van het diagnostisch onderzoek.* Leiden: doctoraalscriptie, 1994.

Bijlage I

Model Verslaglegging

Model Verslag "nagesprek

"Het nagesprek is het gesprek wat de gezinsbegeleider heeft met de ouders naar aanleiding van de video opname.

Het verslag van het nagesprek bestaat uit de volgende onderdelen:
- doel;
- situatiebeschrijving;
- bandanalyse;
- evaluatie;
- afspraken;
- aandachtspunten voor werkbespreking;
- logboek.

Doel

De hulpverlener geeft aan welke doelen er in dit gesprek gerealiseerd moeten worden.
Deze doelen zijn binnen de vorige werkbespreking geformuleerd en vastgelegd in het verslag van de werkbegeleiding.

Situatiebeschrijving
Aangeven wordt hoe het gesprek feitelijk verlopen is:
- de presentatie en bespreking van de bandfragmenten;
- de reacties van de ouders op de bandfragmenten;
- er wordt beschreven hoe de geplande interventies zijn uitgevoerd; bijvoorbeeld hoe de huiswerkopdracht is geïntroduceerd, reacties van ouders hierop enz.
- aangegeven wordt daarbij welke factoren daarbij als faciliterend of remmend werden ervaren.

Evaluatie

In hoeverre is het verlopen zoals in de werkbegeleiding gepland.
Aangegeven wordt welke mogelijke aspecten tot een afwijking van de planning hebben geleid.
De hulpverlener geeft hierbij aan welke overwegingen hebben geleid tot de keuze van een andere aanpak.

Afspraken :

Aangeven wordt welke afspraken er met het gezin gemaakt zijn als:
- afspraken voor de volgende opname;
- afspraken rond opdrachten;
- andere afspraken (bijv. contact met school).

Aandachtspunten

Aangeven wordt wat in de volgende werkbespreking volgens de gezinsbegeleider in ieder geval besproken moet worden.
Hieronder vallen opmerkingen als:
- t.a.v. de behandelingsstrategie (bijv. het gezin reageert gespannen op de video-opnames);
- t.a.v. specifieke zaken van kind of ouder(s): bijv. bijkomende problemen, ziekte van kind of ouders, enz.

Logboek

Hier kunnen opmerkingen geplaatst worden die niet in een van de bovenstaande categorieën geplaatst kunnen worden maar waarbij de gezinsbegeleider toch het idee heeft dat deze informatie bewaard moet blijven.

2. Model Verslag video-opname

Verslag Opname

Het verslag van de opnamesituatie bestaat uit:
- omschrijving van het doel;
- situatiebeschrijving;
- evaluatie;
- aandachtspunten voor werkbegeleiding;
- logboek.

Doel

Aangegeven wordt welke opname beoogd werd te maken (bijv. vader en moeder spelen samen met kind; maaltijd situatie).

Situatiebeschrijving

Hierbij wordt een verslag gegeven van het verloop van het gezinscontact vóór, tijdens en na de opname.
In deze beschrijving komt aan de orde:
- een inventarisatie van situatie faciliterende of belemmerende factoren zowel wat betreft factoren in praktische situatie van de opname als factoren binnen het gezin of bij leden van het gezin;
- beschrijving van eventuele specifieke (niet geplande) activiteiten van de gezinsbegeleider (bijv. een spelletje met een van de kinderen, een gesprekje met een van de gezinsleden enz.).

Bandanalyse

Bij de situatiebeschrijving wordt een analyse van de band gegeven op basis van het observatieformulier.

Evaluatie

Evaluatie van de bandopname op basis van de scoring. Het gedrag van de ouders wordt omschreven vanuit de in het scoringssysteem onderscheiden gedrags componenten.

Selectie van clips

Aangegeven wordt wat de argumenten zijn om deze clips te selecteren. Begin en eind van de gekozen clip wordt hierbij kort omschreven.

Aandachtspunten

Aangeven wordt welke punten volgens de gezinsbegeleider in de werkbespreking in ieder geval aan de orde moeten komen.

Logboek

Hier kunnen opmerkingen geplaatst worden die niet in een van de bovenstaande categorieën geplaatst kunnen worden maar waarbij de gezinsbegeleider toch het idee heeft dat deze informatie bewaard moet blijven.

Bijlage 2

CHECKLIST TEN BEHOEVE VAN DE TUSSENTIJDSE EVALUATIE VAN DE GIT

GIT ALGEMEEN

- Zijn er factoren binnen de organisatie van het project die van invloed zijn op het verloop van de GIT in het algemeen?
- Zijn de diverse vormen van overleg binnen het project voldoende?
- Is er voldoende communicatie tussen de verschillende projectmedewerkers?
- Hoe wordt de diverse soorten verslaglegging (door gezinsbegeleiders, methodiekontwikkelaar en evaluator) van de GIT-activiteiten ervaren?

GEZINSNIVEAU

- Wat zijn de belangrijkste doelstellingen voor dit gezin?
- In hoeverre zijn deze doelstellingen bereikt?
- Is bijstelling van de doelstellingen nodig/noodzakelijk, zo ja, waarom?
- Wat zijn de belangrijkste werkpunten voor dit gezin?
- In hoeverre zijn de werkpunten bereikt?
- Is of was bijstelling cq verandering van de werkpunten nodig/noodzakelijk, zo ja, waarom?
- Welke Git-specifieke elementen komen binnen dit gezin naar voren?
- Zijn de theoretische concepten voldoende geoperationaliseerd voor dit gezin?
- Is de module waarvoor het gezin geselecteerd is de juiste, geef redenen/criteria waarom dit wel of niet zo is?
- Zijn er factoren binnen dit gezin die van invloed (zowel positief als negatief) zijn op het verloop van de GIT-behandeling, zoals:
- Bereidheid van de ouders tot meewerken
- Inzicht van de ouders in hoe het gaat
- In staat zijn dingen te leren
- Zich houden aan afspraken
- Afwezigheid/ aanwezigheid van andere problemen
- Betrokkenheid van beide ouders bij de GIT
- Omgevingsfactoren (school, werk, familie/vrienden)
- Anders
- Hoe is de relatie ouder - gezinsbegeleider, is het effect van het gedrag van de gezinsbegeleider op de ouders merkbaar?
- Hoe is de relatie ouder - kind, is het effect van de GIT in de ouder-kind interactie merkbaar?
- Zijn er veranderingen in opvoedersgedrag van de ouders?
- Zijn er veranderingen in het gedrag van het kind?
- Zijn er factoren binnen de organisatie van het project die van invloed zijn op het verloop van de GIT binnen dit gezin?

GEZINSBEGELEIDERSNIVEAU

- Is de GIT op een gestandaardiseerde wijze binnen het gezin geïntroduceerd?
- Welke GIT-specifieke activiteiten worden door de gezinsbegeleider binnen dit gezin uitgevoerd?
- Van welke gedragstherapeutische principes wordt gebruik gemaakt?
- Van welke leertheoretische principes wordt gebruik gemaakt?

- Worden er nevenactiviteiten verricht door de gezinsbegeleider binnen het gezin (bv. verwijzingen, voorlichting, aanpak andere problemen etc.), zo ja, welke?
- Welke vaardigheden van de gezinsbegeleider zijn van belang/specifiek voor de GIT?
- Hoe is de samenwerkingsrelatie met het gezin?
- Zijn er factoren rondom de gezinsbegeleider die van invloed zijn geweest op het verloop van de GIT binnen dit gezin (ziekte, persoonlijke omstandigheden, hoeveelheid gezinnen, tijdsdruk etc.)?
- Verloopt de verslaglegging van alle activiteiten op gestandaardiseerde wijze?
- Hoe wordt de verslaglegging ervaren?
- Worden er problemen ervaren bij het toepassen van de geplande strategie?
- Wat is de inbreng van de gezinsbegeleider in de planning van de strategie?
- Wat is het doel van de werkbegeleiding?
- Verloopt de werkbegeleiding binnen het project naar tevredenheid?
- Hoe is de relatie werkbegeleiding - supervisie (is er sprake van wederzijdse beïnvloeding)
- Is er behoefte aan meer begeleiding en scholing?
- Is de beschikbare tijd voldoende om alle werkzaamheden op verantwoorde wijze uit te voeren?

NIVEAU VAN METHODIEKONTWIKKELING

Aan het begin:

- Zijn de theoretische uitgangspunten/concepten voldoende uitputtend beschreven ten behoeve van terugkoppeling vanuit de praktijk?
- Zijn de theoretische uitgangspunten/concepten van de methodiek voldoende expliciet geoperationaliseerd voor vergelijking met de feitelijke ontwikkeling van de methodiek?
- Welke overwegingen vanuit de klinische praktijk spelen een rol?
- Wat zouden de karakteristieke eigenschappen van de GIT moeten worden?
- Zijn de contra-indicaties en selectiecriteria expliciet beschreven?
- Op grond van welke (voorlopige) criteria wordt besloten voor een behandeling volgend module A, B of C?
- Wat zijn de hypothesen, verwachtingen c.q. gezichtspunten van de methodiekontwikkelaar ten aanzien van de te ontwikkelen methodiek?
- Wat zijn de algemene doelen van de GIT, is bijstelling c.q. verandering van de doelen nodig, zo ja waarom?
- Zijn de begrippen emotionele ondersteuning, instructie en regulering in relatie tot sensitieve responsiviteit voldoende geëxpliciteerd?
- Is de methodiekbeschrijving tot nu toe specifiek genoeg om een goed beeld te krijgen wat zij beoogt te worden?
- Op welke wijze zouden die geoperationaliseerde begrippen kunnen leiden tot het bereiken van de doelen (welke activiteiten)?
- Welke leertheoretische/gedragstherapeutische concepten worden binnen de GIT gebruikt, waarom, en zijn ze geoperationaliseerd?
- Kan er aangegeven worden waarom van deze methodiek (activiteiten, diensten etc.) verwacht wordt dat het zal leiden tot de gewenste resultaten?
- Op grond van welke criteria en door wie worden beslissingen genomen om de methodiek te veranderen?

Tijdens het proces:

- Wat zijn de voornaamste problemen?
- Wat zijn de sterke en zwakke punten van de methodiek of de onderdelen?
- In hoeverre komen de doelstellingen overeen met de hypothesen/verwachtingen ten aanzien van de te ontwikkelen methodiek?
- Is bijstelling c.q. verandering van de doelstellingen nodig, zo ja, waarom?
- Zijn er belemmeringen voor de ontwikkeling/implementatie van de methodiek?
- Zijn er negatieve neveneffecten?
- Zijn er componenten die niet in de methodiek zijn opgenomen maar die men er wel graag in zou hebben?
- Welke aspecten van de methodiek zijn moeilijk, in de zin van tegenstrijdig, onlogisch etc. en behoeven daarom extra aandacht?
- Is de weg van deze methodiekontwikkeling aannemelijk?

Aan het eind:

- Wat zijn de meest karakteristieke aspecten van de GIT?
- Welke aspecten van de methodiek oefenen de grootste invloed uit bij het bereiken van de gestelde doelen?
- Zijn er context eigenschappen/aspecten die de methodiek kunnen beinvloeden?
- Hoe geschiedt de afbouw van de GIT?
- Welke criteria worden hiervoor gehanteerd?
- Wat zijn de belangrijkste pluspunten van de GIT?
- Wat zijn de belangrijkste bezwaren van de GIT?

EVALUATIE

- Voldoet het evaluatie-plan?
- Voldoen de evaluatie-instrumenten?
- Biedt het monitoringsysteem ondersteuning bij de uitvoering van de GIT?
- Zijn er aspecten die binnen de evaluatie niet aan de orde komen maar wel belangrijk zijn?

DEELRAPPORT II
project
GEZINS INTERACTIE TRAINING

Diagnostiek: screening en selectie onderzoek

Eindrapport t.b.v. de Stichting Kinderpostzegels
Nederland
Rotterdam Pedologisch Instituut
Leiden Vakgroep Algemene Pedagogiek
Mei 1995

Auteurs:
drs. H.W.J.M. Oomen-van de Kerkhof, eindredactie
E.A. Verbeem

Voorwoord

Het Project Gezins Interactie Training is afgerond. Mijn werkzaamheden als gedetacheerde onderzoeker zijn daarmee beëindigd. Van september 1991 tot september 1994 was ik 'GIT-diagnosticus' en heb ik alle activiteiten rondom de screening en selectie van GIT uitgevoerd. Dat was in 16 uur per week een flinke opgave. Ellen Verbeem heeft als stagiaire een zeer welkome bijdrage geleverd: eerst in het uitvoerend werk, en later met de analyse van de resultaten. Zij schreef enthousiast een doctoraalscriptie over de grondslagen van het project GIT. Een samenvatting van haar onderzoek is opgenomen in dit deelrapport (hoofdstuk III).
Door in 'samenspraak' met de praktijk te werken groeide het inzicht in de voorwaarden van implementatie van de diagnostiek, passend bij GIT. Er is daarom in dit rapport veel aandacht geschonken aan de uitvoerige beschrijving van de gevolgde procedures, de kenmerken en pluspunten, veranderingen en de verantwoording ervan.
Ik hoop dat ik heb kunnen overbrengen dat de samenspraak inspannend maar zeer de moeite waard was.
Tot slot wil ik Ineke Legtenberg bedanken en Louis Tavecchio en Marijke Jongbloed voor hun commentaar op eerdere versies van dit rapport.

Pijnacker, november 1994
Rineke Oomen-van de Kerkhof.

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1. Doelstellingen en uitgangspunten 1
1.1 Doelstellingen 1
1.2 Kernpunten 2
1.3 Onderzoeksopzet 2

Hoofdstuk 2. Verslag van de diagnostiek 5
2.1. Inleiding 5
2.1.1. Definitie van diagnostiek 5
2.1.2. Indicerende diagnostiek 5
2.1.3. Evaluatieve diagnostiek 5
2.2. Procedure van screening en selectie voor GIT 6
2.2.1. Hoofdcriterium bij de beslissing tot behandeling 7
2.2.2 Inbedding van de procedure 7
2.2.3. Een overzicht van de procedure 7
2.2.4. Beschrijving bij het overzicht 9
2.2.5. Voordelen van deze werkwijze 9
2.2.6. Verschilpunten met de standaardprocedure 10
2.2.7 (Tijds)investering van ouders 10
2.3. Screening 11
2.3.1. Resultaten van screening in cijfers 11
2.3.2. De contra-indicaties 11
2.3.3. Resultaten per contra-indicatie 12
2.3.4 Tijdelijke versus blijvende contra-indicaties 14
2.3.5. Gevolgen voor de doelgroep van GIT 14
2.4. Selectie 14
2.4.1. Resultaten van selectie in cijfers 14
2.4.2. Beschrijving van de onderzoeksgroep 15
2.4.3. Samenvattend beeld van de onderzoeksgroep 21
2.5. De evaluatieve diagnostiek bij GIT 22
2.5.1 REsultaten van de nameting 22

Hoofdstuk 3. Verslag van het toetsingsonderzoek. Een kritische analyse van de grondslagen van het diagnostisch onderzoek 23
3.1. Inhoud van het onderzoek 23
3.1.1. Centrale probleemstelling 23
3.1.2. Ouderlijke opvoedingsoriëntatie 23
3.1.3. De invloed van meegemaaktegebeurtenissen op het ontstaan van probleemgedrag 24
3.2. Resultaten met betrekking tot de centrale probleemstelling van het onderzoek 25
3.2.1. Inleidende opmerkingen en kanttekeningen 25
3.2.2. Uitkomsten van de discriminatieanalyse 25
3.3. Resultaten met betrekking tot de tweede probleemstelling van het onderzoek 31
3.3.1. Inleiding 31
3.3.2. Betrouwbaarheids-analyse 31
3.3.3. De relatie tussen ouderlijke opvoedingsoriëntatie en sensitieve responsiviteit 32
3.4. Resultaten met betrekking tot de derde probleemstelling van het onderzoek 33
3.4.1. Inleiding 33
3.4.2. Vergelijking van de onderzoeksgroep met een normgroep 33
3.4.3. Relaties met probleemgedrag 35
3.5. Discussie 36

3.5.1. Het discriminerend vermogen van het diagnosticum ten aanzien van sensitieve responsiviteit van de ouder(s) 36
3.5.2. Ouderlijke opvoedingsoriëntatie versus sensitieve responsiviteit 37
3.5.3. De relatie tussen het optreden van levensgebeurtenissen en het voorkomen van probleemgedrag 37

Hoofdstuk 4. Samenvatting en conclusies 39
4.1. Het resultaat van de screening op contra-indicaties 39
4.2. Het resultaat van selectie 39
4.3. Het resultaat van het toetsingsonderzoek 40
4.4. Het resultaat van de evaluatieve diagnostiek 40
4.5. De overdraagbaarheid 41
4.6. Tot slot enkele aanbevelingen en praktische punten 43

Referenties 45

Bijlage 1 49
Bijlage 2 54
Bijlage 3 55

Ter inleiding

In dit deelrapport wordt verslag gedaan van de screening en selectieprocedure voor de Gezins Interactie Training (GIT). De eerste doelstelling van deze diagnostische procedure was het selecteren van gezinnen voor een behandeling met de GIT. We beschrijven de wijze waarop dit gedurende 3 jaar op het Pedologisch Instituut Rotterdam is uitgevoerd en presenteren de resultaten van deze manier van selecteren. Dit alles met het oog op de bruikbaarheid en overdraagbaarheid van deze procedure.
Naast dit klinische doel had de screening- en selectieprocedure ook een theoretisch wetenschappelijk doel: toetsing en analyse van het instrumentarium. Er zal verslag worden gedaan van het toetsingsonderzoek naar de theoretische basis van de onderzoeksopzet.
De dubbele doelstelling leidde in de praktijk tot voortdurende afwegingen tussen de wetenschappelijke criteria (met name de onderzoekseisen) en de mogelijkheden en verwachtingen in de klinische praktijk. De resultaten en conclusies van dit "dubbel-focus" worden aan de hand van de doelstellingen besproken.

Het rapport is als volgt ingedeeld:
In hoofdstuk 1 worden de doelstellingen en uitgangspunten van de screening en selectieprocedure kort weergegeven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 verslag gedaan van de diagnostiek: de procedure van het diagnostisch handelen wordt uitvoerig beschreven. Hierna volgen de resultaten van de screening en selectie. Van de onderzochte groep wordt een beschrijving gegeven van persoons-, interactie- en gezinskenmerken en de demografische gegevens. De bevindingen met de nameting van enkele diagnostische instrumenten sluiten dit hoofdstuk af. In hoofdstuk 3 volgt het verslag van het toetsingsonderzoek van het screening- en selectie programma. De validering en toetsing van de meetinstrumenten wordt besproken aan de hand van enkele onderzoeksvragen.
In hoofdstuk 4 volgen de conclusies. Zijn de doelen zoals in hoofdstuk 1 gesteld bereikt? Is er sprake van een wetenschappelijk verantwoord en een overdraagbaar eindprodukt?

HOOFDSTUK 1 DOELSTELLINGEN EN UITGANGSPUNTEN

1.1. Doelstellingen

De doelstelling van het project was tweeledig; enerzijds een klinisch doel anderzijds een theoretisch wetenschappelijk doel. Tot de klinische activiteiten van 'de GIT procedure' behoorden screening en diagnostisch onderzoek. Tot de theoretisch wetenschappelijk doelstelling behoorden onderzoeksactiviteiten zoals validering en evaluatie.
De onderzoeksgroep bestond uit de aangemelde kinderen voor de onderbouw van de PI school. Deze kinderen en hun ouders werden gescreend en geselecteerd voor de behandeling met GIT. Het betrof kinderen in de leeftijd tussen 4 en 7 jaar.

- 'screening' op contra-indicaties. Door relevante gegevens uit het dossier, te vergelijken met contra- indicaties voor de behandeling werd de aangemelde groep gescreend. De screening vond vóór het diagnostisch onderzoek plaats. Voor de behandelvorm GIT waren een zestal contra-indicaties geformuleerd (Arkesteijn 1990). In de praktijk kwamen in een aantal gevallen tijdens het toelatingsonderzoek en/ of het GIT onderzoek nog contra-indicaties aan het licht.

- diagnostiek bij GIT: het op verantwoorde wijze selecteren van gezinnen op basis van onderzoek naar de kwaliteit van interactiepatronen tussen ouder(s) en kind.
  Het diagnostisch onderzoek was gericht op de selectie van gezinnen met behulp van een speciaal ontwikkeld instrumentarium. Er is hier sprake van zogenaamde indicerende diagnostiek.[1] De term indicerende diagnostiek geeft aan dat er uit de diagnostiek een indicatiestelling voortkomt. Dit gebeurt door de eigenschappen van een kind, zijn ouders en de omgeving te koppelen aan eigenschappen van de behandeling.

- validering van het diagnostisch instrumentarium: in de loop van het project zou nader onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de diagnostische instrumenten worden uitgevoerd. De bijstelling van en aanvulling op de instrumenten in de aanloopfase leverde ook een nieuw hoofdcriterium in het beslissingsproces op. Het was van wetenschappelijk en praktisch belang om deze veranderingen in de samenstelling van instrumenten, met name de invoering van de Taak-Spel-Situatie als centraal instrument te onderzoeken.
  In hoofdstuk 3 komt aan de orde hoe het diagnostisch instrumentarium getoetst is.

- evaluatie van de behandeling: deze bestond uit het verzamelen van gegevens na de behandeling voor het nagaan van een behandelingseffect van de interventie (i.c. de GIT) op n = 1 niveau, de zogenaamde evaluatieve diagnostiek. Een aantal metingen uit de selectie-procedure, de Child Behavior Checklist (CBCL), de Nijmegen, Californïe Kinder Sorteertest(NCKS) en de Taak-Spel-Situatie

[1] Hier wordt de volgende indeling van soorten diagnostiek gebruikt: de beschrijvende, de verklarende, de indicerende en de evaluatieve diagnostiek (Pameijer 1992).

(TSS) werden herhaald.[2] De resultaten van de nameting met de diagnostische instrumenten worden in dit verslag opgenomen, omdat ze tot de taak van de diagnosticus behoorden.
Daarnaast werd ook tijdens en na afloop van de behandeling de resultaten van de behandeling door de gezinsbegeleider en de ouders in kaart gebracht. Daarvoor werd o.a. een variant van de Goal Attainment Scale gebruikt: de Evaluatiescore van A.A.J. Bartels (1989). Deze gegevens zijn verzameld en verwerkt door de formatieve evaluator.

1.2. De kernpunten

De kernpunten van het theoretisch kader van de Gezins Interactie Training zijn als volgt geformuleerd:

- Ontwikkelings- en gedragsproblemen van kinderen zijn voor een belangrijk deel te verklaren vanuit de opvoedingssituatie.
- In gezinnen van kinderen met ontwikkelings- en gedragsproblemen is sprake van een opvoedingsstijl, een wijze van met elkaar omgaan ('interactie') die een optimale ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie belemmert. De ouders zijn niet of in onvoldoende mate in staat tot het vertonen van sensitief-responsief opvoedingsgedrag.
- Als gevolg hiervan heeft het kind weinig vertrouwen ontwikkeld in zichzelf en in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van anderen. De ego-veerkracht van deze kinderen is laag. Ze zijn niet competent. Dit heeft ook directe gevolgen voor het gedrag van het kind in de schoolsituatie. Op grond van het bovenstaande is de verwachting van dit onderzoek dat kinderen waarvan de ouders, niet of onvoldoende sensitief responsief zijn zich onderscheiden door:
- het niet zo veilig gehecht zijn aan de ouders,
- minder egoveerkracht en een suboptimale egocontrole
- veelvuldig voorkomen van psychosociale gedragsproblemen.

Op basis van de resultaten van observaties van ouder-kind interacties in diverse onderzoeken gaan we er vanuit dat de kwaliteit, met andere woorden de mate van sensitief responsief gedrag van de ouder(s) geobserveerd kan worden aan de gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering, en Afstemming (Erickson et al.1985; Matas, et al.1978; Koot, 1988).

1.3. Onderzoeksopzet

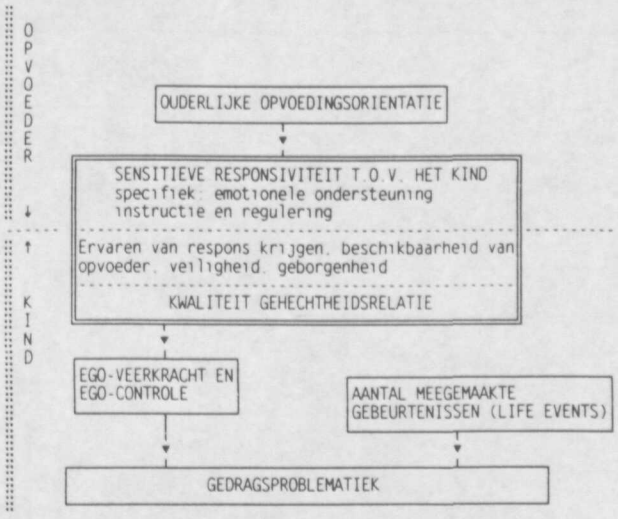
Centraal in het diagnostisch onderzoek staat de meting van de kwaliteit van de ouder-kind interactie. Meer specifiek: de beoordeling van het opvoedersgedrag die is gebaseerd op het concept sensitieve responsiviteit en de ouderlijke opvoedingsoriëntatie. Daarnaast worden specifieke kindkenmerken, de kwaliteit van de gehechtheid, de veerkracht en controle, alsook de mate van probleemgedrag gemeten. Voor het inventariseren van de omgevingsfactoren worden de meegemaakte gebeurtenissen van het gezin gecheckt. Voor een overzicht van de samenhang van de verschillende factoren volgt hier een schema, dat is geïnspireerd op het model van Riksen-Walraven (1989). Hierin zijn relaties vereenvoudigd weergegeven wat het gevaar heeft dat de voortdurende wisselwerking onvoldoende tot uitdrukking komt. Het transactionele karakter van ouder, kind en omgevingsfactoren is het achterliggende theoretische kader voor ons onderzoek.

[2] Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze instrumenten bijlage I

Voor de screening en selectie zijn de volgende variabelen onderzocht:

1. Sensitieve Responsiviteit van de opvoeder(s).
2. Ouderlijke gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming.
3. Aantal meegemaakte belangrijke gebeurtenissen als mogelijke stress-maat voor kind en ouders.
4. De opvoedingsoriëntatie van de ouders.
5. De kwaliteit van de gehechtheidsrelaties van het kind
6. Ego-veerkracht en ego-controle als persoonskenmerken die nauw samen hangen met de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind.
7. De gedragsproblematiek van het kind.

Figuur 1.1.: Schematische weergave van de in dit onderzoek veronderstelde relaties



Terwille van de overzichtelijkheid zijn de in het diagnostisch onderzoek van het project GIT gebruikte instrumenten in tabel 2 schematisch weergegeven.

Figuur 1.2.: Schema diagnosticum

Schema diagnostische instrumenten voor GIT

Instrument	Type	Wat meet het	resultaat
HOME Observation for Measurement of the Environment (Caldwell & Bradley, 1984)	Observatie/half gestructureerd interview thuis	- Omgevingskenmerken thuissituatie (ruim) - Cognitieve/Sociaal/Emotionele ontwikkeling - Ouderlijke responsiviteit	Informatie over gezinsinteractie, omgevingsfactoren en voorzieningen
Taak-Spel-Situatie[1] (Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Matas, Arend, & Sroufe, 1978)	Gestandaardiseerde observatie van ouder-kind-interactie	Ouderlijke responsiviteit	Opvoedings-kwaliteit van ouders; specifiek: Emotionele ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming
Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (Veerman, e.a. 1989).	Schriftelijke vragenlijst	Meegemaakte gebeurtenissen in het gezin	Stress door negatieve ervaringen in gezinsgeschiedenis
Vragenlijst Conformisme/ aanpassing (Vermulst, e.a. 1986)	Schriftelijke vragenlijst	Ouderlijke opvoedingsorientatie	Mate van normrigiditeit
Herenigingssituatie (Main & Cassidy, 1988).	Gestandaardiseerde observatie	Aard en kwaliteit van gehechtheidsrelatie ouder/kind	Gehechtheidsclassificatie
NCKS, Nijmegen Californië Kinder Sorteertechniek (Block & Block, 1980)	Q sort	Egoveerkracht Egocontrole	Beeld van ouders van de competentie van het kind
CBCL, Child Behavior Checklist en TRF, Teacher Report Form (Achenbach & Edelbrock, 1983)	Schriftelijke vragenlijst	Mate van afwijkend gedrag van het kind	Beeld van ouders en leerkracht over de mate van probleemgedrag van het kind

[1] Dit instrument is ingevoerd vanaf gezin 13.

HOOFDSTUK 2 VERSLAG VAN DE DIAGNOSTIEK

2.1. Inleiding

In het verslag van de diagnostiek gaat het om de *beschrijving* van allereerst de werkwijze en vervolgens de resultaten van de GIT-diagnostiek. De belangrijkste klinische doelstelling van de screening- en selectieprocedure was gezinnen die wel voor een behandeling met GIT in aanmerking komen te kunnen onderscheiden van gezinnen die daarvoor niet in aanmerking komen. De volgende vragen komen aan de orde: Hoeveel gezinnen zijn er geselecteerd voor GIT? Hoe ging dat in zijn werk? Wat zijn de kenmerken van de onderzochte gezinnen?
We zullen vooraf kort ingaan op de toepassing van enkele belangrijke begrippen in het project.

2.1.1. Definitie van diagnostiek

De volgende definitie past bij de wetenschappelijke doelstelling van het project en bij de klinische doelstelling van de GIT diagnostiek:
Psychodiagnostiek wordt omschreven als het op wetenschappelijk verantwoorde wijze verzamelen van informatie omtrent de persoon en zijn situatie met het oog op het nemen van beslissingen (de Bruyn, 1988, p.4). In een probleemsituatie die leidt tot de aanmelding van het kind voor het Pedologisch Instituut, levert de analyse van de gezinssituatie een afgestemde behandeling op.

2.1.2. Indicerende diagnostiek

Er zijn verschillende soorten diagnostiek te onderscheiden. We rekenen de GIT diagnostiek op de eerste plaats tot de indicerende diagnostiek[4] en wel om reden van het vooraf vaststaan van de soort behandeling. De gezinnen worden met het oog op de mogelijkheid van een Gezins Interactie Training onderzocht met die diagnostische middelen die speciaal voor deze behandelvorm zijn gekozen. Met andere woorden: deze diagnostiek is in de eerste plaats bedoeld om tot *deze* behandeling te adviseren of haar af te wijzen.

2.1.3. Evaluatieve diagnostiek

Het evalueren van de behandeling is ook een doel van het project. Zoals hierboven reeds is vermeld wordt de behandeling ook op andere wijze geëvalueerd. Tot de taken van de diagnosticus behoorde het uitvoeren van een nameting om te kunnen bekijken of met deze middelen aantoonbaar te maken is of het doel van de behandeling is bereikt. Deze evaluatieve diagnostiek betreft een herhaling van drie onderzoeksinstrumenten te weten; de Taak-Spel-Situatie, de CBCL en de NCKS.

[4] Dit type diagnostiek noemt men ook wel screenende of selecterende diagnostiek.

2.2. Procedure van screening en selectie voor GIT

We maken in de screening en selectieprocedure een onderscheid in drie stappen:

- de screening op contra-indicaties
- de diagnostiek met een advies
- de indicatiestelling voor behandeling.
- Screening op contra-indicaties
  Voor het GIT project waren een zestal contra-indicaties geformuleerd. Door relevante gegevens uit het dossier te vergelijken met contra-indicaties voor de behandeling werd de aangemelde groep gescreend. De screening wordt uitgebreid beschreven in paragraaf 2.3.

- Diagnostiek
  In de diagnostiek ging het om het formuleren en toetsen van hypothesen. Bij een gezin dat GIT diagnostiek krijgt wordt het vermoeden onderzocht 'of en op welke wijze de opvoedingssituatie c.q. de kwaliteit van het ouderlijk opvoedersgedrag bijdraagt aan het in stand houden van de sociaal-emotionele problemen van het kind'. In de rapportage over het onderzoek worden de condities die het probleemgedrag in stand houden beschreven. Dit zijn in het geval van GIT de kwaliteit van de ouder-kind interacties. Van elk gezin werd vastgesteld welke de tekorten zijn op de ouderlijke gedragscomponenten: emotionele ondersteuning, instructie, regulering en afstemming. De diagnostiek resulteert in een advies, op basis van de uitkomsten van deze procedure.

- Indicatiestelling
  Nadat ook in tweede instanties is geconstateerd dat er geen contra-indicaties zijn werd het gezin voor de definitieve indicatiestelling nog op een aantal punten gewogen. Deze criteria vormden een belangrijke maatstaf voor de kans van slagen van de behandeling. Een belangrijke algemene indicatie is de behoefte van ouders aan hulp. Tijdens de onderzoeksprocedure werd duidelijker hoe ouders zelf het probleem beleefden, en of ze gemotiveerd waren eraan te werken. Het verschil in probleembeleving tussen ouders en deskundigen leverde nogal eens onduidelijkheid en daarmee ongemotiveerdheid van ouders op. Deze ervaring heeft ertoe geleid dat de werkbegeleider en methodiekontwikkelaar extra aandacht zijn gaan geven aan het adviesgesprek en een motiveringsfase hebben toegevoegd aan de behandeling. Voor GIT zijn tijdens de ontwikkelingsfase de volgende afwegingen als belangrijke indicatiecriteria naar voren gekomen:
  - Dit gezin is gebaat bij een GIT behandeling gezien de ernst van de kindproblematiek?
  - *Deze* behandeling is op *dit* moment aangewezen.
  - De investering is voor de ouder(s) in deze periode haalbaar.

  Het aanbod van deze behandeling is een positieve bijdrage aan de beleving van ouders (b.v. na een andere recent afgesloten ouderbegeleiding)?
  De uitkomst hiervan werd gecombineerd met de onderzoeksresultaten en leidden tot de definitieve indicatiestelling. De diagnosticus kwam in overleg met de toelatingscommisie en de methodiekontwikkelaar tot een beslissing.

2.2.1. Hoofdcriterium bij de beslissing tot behandeling

Het hoofdcriterium voor de indicatie GIT is het resultaat van de Taak-Spel-Situatie.[5]
Kregen de ouders voor de gedragscomponenten emotionele ondersteuning, instructie, regulering en afstemming de score 'te weinig' of' teveel' en behaalden ze daarmee een eindscore die een inadequate afstemming van gedrag op het kind liet zien dan leidde dit tot een GIT behandelingsadvies, mits de hierboven genoemde criteria positief waren. Samen met de verdere informatie uit de diagnostische procedure is dit de basis voor de indicatiestelling. Het voordeel van deze wijze van indicatiestelling is dat er voor een behandeling een base-line meting beschikbaar is, waaraan het effect van de behandeling kan worden afgemeten.

2.2.2. Inbedding van de procedure

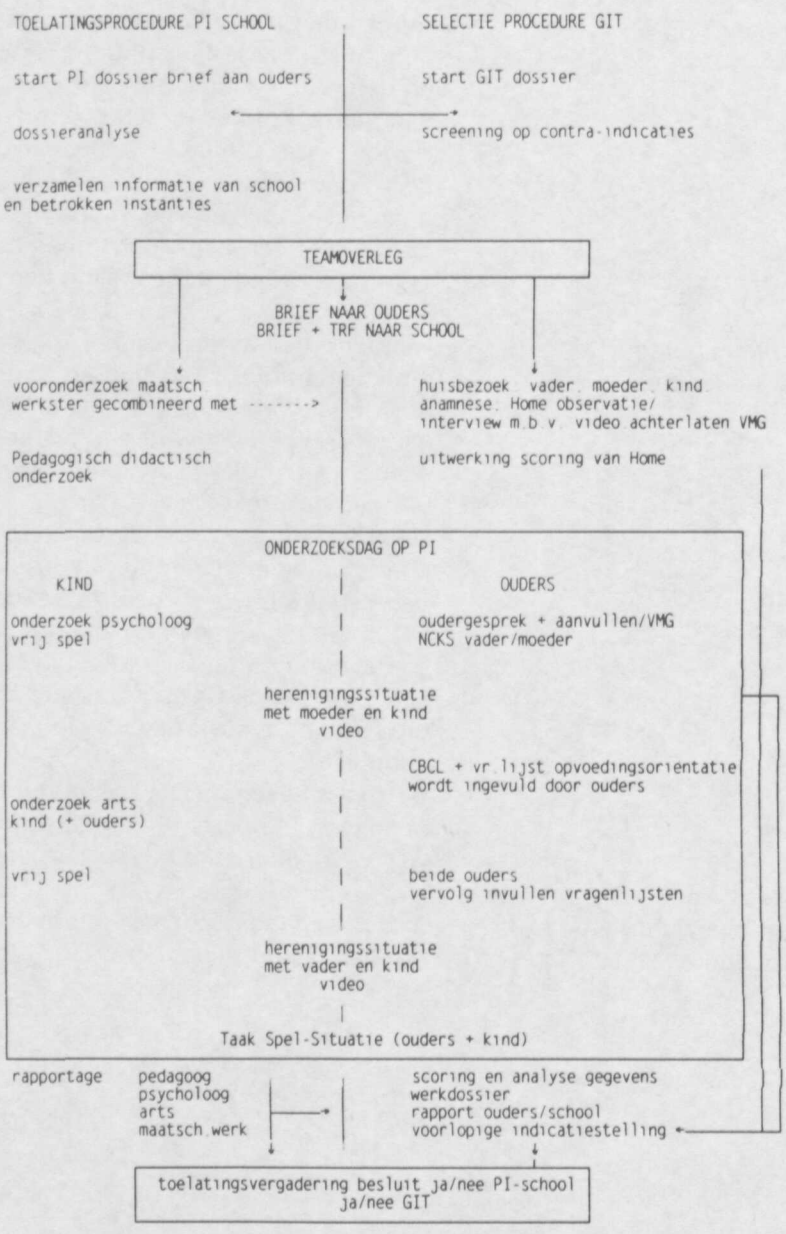
Hieronder volgt een beschrijving van de wijze waarop de projectactiviteiten voor screening en selectie zijn gerealiseerd binnen de bestaande organisatie. De procedure van screening en selectie verliep in een aantal stappen die waren afgestemd op de toelatingsprocedure van de school van het Pedologisch Instituut. Bijzonderheden en verschillen zullen worden besproken.
De screening en selectieprocedure van de GIT was gedurende 3 schooljaren nauw verweven met de procedure van toelating voor de onderbouw van de Piloot. Op deze wijze konden we zoveel mogelijk gezinnen voor het project selecteren en zijn de diagnostische activiteiten voor GIT op een zo vroeg mogelijk tijdstip in het contact tussen een gezin en de school gepland. Deze intensieve samenwerking leidde ook tot inhoudelijke uitwisseling tussen de GIT diagnosticus en de leden van de toelatingscommissie.
De toelatingscommisie bestond uit: de directeur van de school, een orthopedagoog, een arts, een maatschappelijk werkster. De diagnosticus voor GIT was gedurende het project aan de commissie toegevoegd.

2.2.3. Een overzicht van de procedure

In het volgende schematisch overzicht van de werkwijze zijn de standaardprocedure en de GIT procedure weergegeven.

[5] Voor uitgebreide informatie over het instrument zie bijlage 1.

Figuur 2.1.



In het schema zijn de meeste instrumenten afgekort.

TRF = de Teacher Report Form, een leerkracht versie van de Child Behavior Checklist.

VMG = Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen

Home = Home Observation for Measurement of the Environment.

NCKS = Nijmegen California Kinder Sorteertechniek

CBCL = Child Behavior Checklist

Deze instrumenten zijn beschreven in bijlage 1

2.2.4. Beschrijving bij het overzicht

Er zijn verschillende fasen en stappen:
I fase informatie verzamelen:
- Het samenstellen van een dossier, na de aanmelding
- het verzamelen van relevante informatie over kind en gezin
- de screening van het dossier op contra-indicaties voor GIT
- het teamoverleg

In dit overleg neemt de toelatingscommissie het gezamenlijke besluit tot onderzoek, accepteert de aanmelding of verwijst. De GIT diagnosticus besluit of de GIT (diagnostiek)procedure kan worden uitgevoerd.

II fase van vooronderzoek:
- de maatschappelijk werkster doet een (t)huisbezoek
- Voor Git neemt zij de Home af en laat de VMG lijst achter
- zij doet schriftelijk verslag aan de overige leden van de toelatingscommissie ter voorbereiding van de onderzoeken op het PI. Ook de GIT diagnosticus krijgt aanvullende informatie voor het komende contact met de ouders.

III fase van onderzoek op PI:
- Er vindt medisch en psycho-diagnostisch onderzoek van het kind plaats en
- GIT onderzoek; Het GIT diagnostisch onderzoek is te onderscheiden in een oudergesprek, een deel informatie-inwinnen via vragenlijsten over het kind en over de ouder zelf en een deel observatie van de interactie van de ouders met kind. Deze diverse onderzoeken nemen een hele ochtend in beslag.
  (zie ook het overzichtsschema van diagnostiek, tabel 1).
- De directeur van de school doet op een andere dag een pedagogisch- didactisch onderzoek meestal op de school van het kind.

IV fase van beslissingen nemen
- het maken van klinische rapportage door iedere discipline afzonderlijk
- in teamvergadering alle gegevens en standpunten samenbrengen
- plaatsing op PI ja/nee
- Indicatiestelling GIT ja/nee

Deze opzet is gedurende 3 schooljaren, te weten '91-'92, '92-'93, '93-'94, toegepast. Vanaf het schooljaar '92-'93 is de Taak-Spel-Situatie aan het diagnostisch programma toegevoegd. Ook is toen besloten de video-opname in de thuissituatie te laten vervallen.

2.2.5. Voordelen van deze werkwijze

Een aantal belangrijke voordelen van de integratie in de toelatingsprocedure waren:

- Voor het project was het gunstig dat op het beleidsniveau beslissingen waren genomen om de weg van de integratie in de bestaande structuur (en cultuur) mogelijk te maken.

- Door de screening en selectie aan het begin van het traject te laten plaats vinden had GIT een voorrangspositie als behandelvorm.

- De afname van de HOME kon gecombineerd worden met het reeds bestaande huisbezoek van de maatschappelijk werkster. Zij voerde dit deel van de GIT diagnostiek uit.

- Er is gezocht naar een effectieve tijdsbesteding om de ouder(s) niet teveel te belasten. Daartoe hebben we gebruik gemaakt van het feit dat in ieder geval één ouder meestal meekomt als het kind wordt onderzocht op het PI. We nodigden nu beide ouders uit.

- De GIT diagnosticus kon gebruik maken van de onderzoeksresultaten van de arts, de maatschappelijk werkster, de psycholoog en de directeur van de school om een zo breed mogelijk beeld van het kind en de ouders te vormen. Deze informatie werd opgenomen in de checklist, die op een gestandaardiseerde wijze alle gegevens samenvat voor de overdracht naar de behandeling.

- Dit leidde tot een tweede screening op contra-indicaties. Hierdoor konden op dit moment toch nog contra-indicatie(s) aan het licht konden komen op grond van bijv. medische gegevens(medicijngebruik) of de zwaarte van persoonlijke of gezinsproblematiek.

- Gegevens over gezinsachtergronden, de gezinsgeschiedenis, kenmerken en de kwaliteit van de ouder-kind interacties werden in de toelatingsonderzoeken altijd al impliciet meegenomen. Door de GIT diagnostiek werden nu een aantal meet- en observatie instrumenten geïntroduceerd die deze variabelen expliciet konden maken. De hiermee verkregen aanvullende informatie over opvoedingsvaardigheden (m.n. op gedragsniveau) van ouders, werd door alle leden van de toelatingscommisie als waardevolle informatie beschouwd.

- Van alle kinderen werden de rapporten met de onderzoeksresultaten van de GIT diagnostiek ter beschikking gesteld aan het begeleidingsteam van de school. Zo konden gegevens van de CBCL of de NCKS altijd worden gebruikt bij het uitzetten van een behandelplan op school.

2.2.6. Verschilpunten met de standaardprocedure

- We vroegen **beide** ouders aanwezig te zijn tijdens het huisbezoek inclusief het kind en zo mogelijk beide deel te nemen aan de onderzoeksochtend op het PI.
- Er werd aan de ouders **meer tijdsinvestering** gevraagd.
- De **videocamera** werd gebruikt voor de opname van het kind in zijn thuisomgeving en tijdens enkele onderzoeken op het PI.
- Ouders **kregen extra gelegenheid** vragen te stellen over het onderzoek en over hun beleving van de (probleem)situatie te praten.
- Ouders leveren een **extra bijdrage aan de beeldvorming over het kind**, met name door de NCKS en de CBCL.

2.2.7. (Tijds)investering van ouders

De deelname aan de GIT procedure betekende voor de ouders niet zo veel meer tijdsinvestering, omdat het onderzoek voor GIT tussen de onderzoeken van het kind door was gevlochten. Ze waren gemiddeld een uur langer op het instituut. Opvallend was dat de NCKS voor tamelijk veel ouders een grote opgave was. Met name het niveau van de formulering was voor veel ouders te abstract. En sommige ouders hadden erg veel extra tijd nodig, om structuur aan te brengen in het sorteren. Bij de andere instrumenten verliep alles meestal soepel. Niet de tijdsinvestering op zich maar de moeilijkheidsgraad (NCKS) in combinatie met spanning van de 'testsfeer' leverde achteraf veel signalen op van vermoeidheid.

2.3. Screening

2.3.1. Resultaten van screening in cijfers

Zoals hierboven beschreven zijn er op de eerste plaats contra-indicaties geformuleerd. De eerste selectie van de aangemelde groep vond plaats door screening van de dossiers op contra-indicaties. In totaal zijn 157 gezinnen gescreend.

tabel 2:

gezinnen met een (of meer) contra-indicatie(s)	94
kind te oud	2
gezinnen weigeren GIT diagnostiek	5
aanmelding stopt of wordt opgeschort	6
gezinnen waarbij GIT diagnostiek wordt afgenomen	50
totaal aantal gescreende gezinnen	157

In twee gevallen was de tijd tussen de onderzoeken en het verwachte tijdstip van de start van de behandeling zo lang, dat het kind inmiddels de bovengrens van 7 jaar zou hebben bereikt. Hier is voor een andere vorm van behandeling gekozen.
In de beginfase van het project zijn de reeds geplaatste kinderen apart voor GIT gescreend. Door een aantal ouders (5) werd deze extra investering als te belastend ervaren en zij weigerden dan om mee te werken aan de GIT diagnostiek.
De grootste groep die afviel door contra indicaties zal nu uitgebreider worden besproken.

2.3.2. De contra-indicaties

Zoals eerder werd aangegeven hebben we te maken met contra-indicaties voor een behandeling met de Gezins Interactie Training. Het gezin moet geschikt zijn voor de voorgestelde behandeling. De voor GIT geformuleerde contra-indicaties betreffen twee typen contra-indicaties:

- contra-indicaties waarbij het gaat om de ongeschiktheid van een gezin voor juist deze specifieke behandeling. Dit zijn blijvende contra-indicaties
- contra-indicaties die aan het ontwikkelingskarakter van het project gebonden zijn. Dit zijn tijdelijke contra-indicaties. De contra indicaties voor de GIT waren:

1. primaire organische beperking
2. een onduidelijke gezinssituatie met betrekking tot wie de opvoeder(s) is/zijn.
3. de aanwezigheid van een of andere vorm van psycho-sociale hulpverlening.
4. onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal
5. ernstige persoonlijke problematiek bij (een van) de ouders of andere gezinsleden.
6. sterke aanwijzingen voor cognitief functioneren van het kind op ZMLK niveau.

Bij aanvang van het project zijn deze contra-indicaties het uitgangspunt van de screening geweest.

2.3.3. Resultaten per contra-indicatie

Voor een goed beeld van onze populatie is het interessant te weten hoe vaak de verschillende contra-indicaties voorkomen. Tabel 3 geeft hiervan een overzicht. Vervolgens zullen de resultaten worden beschreven.

tabel 3

	N = 157 fr.	%
contra indicatie 1	18	11
contra indicatie 2	19	12
contra indicatie 3	51	32
contra indicatie 4	11	7
contra indicatie 5	30	19
contra indicatie 6	3	2
twee contra indicaties	34	21
drie contra indicaties	2	2
	N	%
Totaal aantal gescreende gezinnen	157	100
aantal gezinnen met één of meer contra-indicaties	94	60

Bij 51 gezinnen is er sprake van:
"de aanwezigheid van een of andere vorm van psycho-sociale hulpverlening".

Bij de gescreende gezinnen van de onderbouw van de Piloot is bij 51 (32%) van de 157 gezinnen één of meerdere vorm(en) van psycho-sociale hulpverlening aanwezig. Dit betreft o.a. therapieën, voor ouders en/of het aangemelde kind, Praktisch Pedagogische Thuiszorg, begeleiding van een maatschappelijk werker, ouderbegeleiding vanuit medische problematiek etc. Een combinatie van één van deze hulpvormen met GIT is in dit stadium niet wenselijk met het oog op de ontwikkelingsfase van de methodiek. Nadat deze is afgesloten zal het in een aantal gevallen wel mogelijk zijn om GIT in combinatie met een andere vorm van hulp of begeleiding toe te passen. Deze contra-indicatie voor behandeling is dus tijdelijk.

Bij 30 gezinnen is er sprake van:
"ernstige persoonlijke problematiek bij (een van) de ouders of andere gezinsleden".

Uit de dossieranalyse bleek bij 30 (19%) van de 157 gezinnen dat er sprake is van ernstige persoonlijke problematiek van één van de ouders of andere gezinsleden. Om een GIT te kunnen uitvoeren moet er ruimte zijn in het gezin. Anders gezegd: ouders moeten tijd en energie over hebben om in de behandeling te willen en kunnen steken.
Deze groep ouders heeft te maken met veel verschillende moeilijkheden en zorgen tegelijk en gedurende een langere tijd. Er is vaak sprake van een cumulatie van stress. Deze ouders zitten in een crisissituatie. Aanwezigheid van persoonlijke problematiek komt vaak samen voor met relationele problemen van de ouders/opvoeders. Het is niet duidelijk hoe die met elkaar samenhangen, maar wel duidelijk is dat ze elkaar versterken. Een bredere en intensieve benadering van

het hele gezin als systeem zou hier een geschiktere aanpak kunnen zijn, waarbij in een later stadium GIT alsnog kan worden overwogen. Samenvattend kunnen we stellen dat er in een aantal gevallen gezinnen zijn waarin de persoonlijke problematiek van één van de ouders, of andere gezinsleden zo domineert dat een GIT behandeling niet de meest geëigende vorm van hulp op dit moment is.
Een deel van deze groep overlapt de vorige, namelijk die ouders die al een vorm van professionele hulp ontvangen.

Bij 19 gezinnen is er sprake van: "een onduidelijke gezinssituatie bijv. wie de opvoeder(s)is/zijn".

Van de gescreende gezinnen bleken 19 gezinnen (12 %) een wisselende, of ingewikkelde samenlevingsvorm te hebben. Kinderen met ouders met een LAT relatie, of gezinnen met één (werkende) ouder, waar de rol van de grootouders of familie bij de opvoeding erg groot is, zijn hier voorbeelden van. Doorslaggevend was niet het gegeven op zich maar de onduidelijkheid over door welke personen het betreffende kind werd opgevoed. Met andere woorden onduidelijkheid over welke personen als opvoeder aan te spreken waren.

Bij 18 kinderen was er sprake van:
"primaire organische beperking".

Bij 18 (11%) van de 157 kinderen bleek uit dossieranalyse bij aanmelding kindproblematiek met primaire organische beperking. De contra-indicatie gold alleen als de diagnose bij de aanmelding bekend was en op basis van uitgebreid en deskundig onderzoek was gedaan. In geval van een vermoeden van organische beschadiging kwam hier geen contra-indicatie uit voort. De behandeling met GIT werd niet bij voorbaat uitgesloten. Deze benadering gold vooral de groep kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis n.o.s. Nadat de aard en zwaarte mede door de GIT diagnostiek in kaart was gebracht is dan ook een aantal malen *wel* tot een GIT behandeling overgegaan.

Bij 11 gezinnen was er sprake van:
"onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal".

Alleen in die gevallen waarbij duidelijk was dat de ouders onvoldoende kennis hadden van de Nederlandse taal werd een contra-indicatie gegeven. (11 = 7%) Uit die dossiers bleek dat er met behulp van tolken moest worden gecommuniceerd. Dit was een contra-indicatie voor in ieder geval de GIT diagnostiek en daarmee voor de behandeling in de huidige vorm.

Bij 3 (2%) van de kinderen waren er sterke aanwijzingen van "het cognitief functioneren van het kind op ZMLK niveau". Alleen in die gevallen waarin duidelijk was, ook na psychologisch onderzoek dat de leerbaarheid van het kind zeer gering was werd deze contra-indicatie toegepast. Over het algemeen echter werd van het standpunt uitgegaan dat die kinderen gezien hun jonge leeftijd het voordeel van de twijfel verdienen en vormde de inschatting van een laag cognitief niveau geen contra-indicatie voor GIT.

2.3.4. Tijdelijke versus blijvende contra-indicaties

Bij 94 van de 157 gezinnen zijn één of meer contra-indicatie(s) aangetroffen. Dit is een percentage van 60%. De argumenten voor bepaalde contra-indicaties hadden te maken met het ontwikkelingskarakter van de behandeling en methodiek. Bij de start van het project was het streven bij een homogene groep gezinnen de behandelingsmethodiek te ontwikkelen. Echter, de ervaringen met de behandeling in de gezinnen hebben ertoe geleid dat de toepassing van bepaalde contra-indicaties kon worden genuanceerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de contra-indicatie "de primaire organische beperking" die eerst streng, later genuanceerd werd toegepast. Hoewel het aanvankelijk beter leek om van uniformiteit van de groep uit te gaan bleek het bij deze soort problemen (in de mildere vorm) juist een sterke kant van GIT te zijn, ouders te leren omgaan met (blijvende) bijzondere aspecten van gedrag bij hun kind. We doelen hier op kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, hyperactieve kinderen en een kind met beperkt gezichtsvermogen die zijn behandeld. De contra-indicatie 5: "de aanwezigheid van een of andere vorm van psycho-sociale hulpverlening" hoeft om dezelfde reden niet te worden gezien als blijvende contra-indicatie. Dit geldt ook voor de contra-indicatie "persoonlijke problematiek". Alleen de contra-indicatie "een onduidelijke gezinssituatie bijv. wie zijn/is de opvoeder(s)" en "onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal" zijn op dit moment de blijvende contra-indicaties. Wanneer de methode verder wordt ontwikkeld in de praktijk zal blijken of deze contra-indicaties noodzakelijk blijven.

2.3.5. Gevolgen voor de doelgroep van GIT

De ontwikkeling in het project, met name het steeds beter kunnen inschatten van de mogelijkheden in de behandeling, hebben tot een ander inzicht geleid over het hanteren van de contra-indicaties. De mogelijkheden en grenzen zijn in de methodiekbeschrijving duidelijk geworden.(zie aldaar). We volstaan hier met een conclusie vooral op basis van cijfers. De aanpassingen in de screeningscriteria resulteerden in 30 gezinnen (19 vanwege de onduidelijke gezinssituatie en 11 vanwege onvoldoende kennis van het Nederlands) met een contra-indicatie voor GIT. Voor de toepassing van GIT na de ontwikkelfase zou dit betekenen dat er bij een soortgelijke populatie verwacht kan worden dat er **in ruim 2/3 van de gezinnen geen contra-indicaties zullen bestaan voor de GIT diagnostiek.**

2.4. Selectie

2.4.1. Resultaten van selectie in cijfers

In tabel 4 staan de resultaten van het diagnostisch onderzoek dat bij 50 gezinnen is afgenomen gedurende de projectfase september 1991 tot april 1994. Dit heeft geleid tot de volgende aantallen:

tabel 4:

		N	%
afname	GIT diagnostiek	50	100
negatief	GIT advies	22	44
positief	GIT advies	28	56
waarvan:	GIT behandeling gestart	18	
	ouders negatief	5	
	wachtlijst	5	

2.4.2. Beschrijving van de onderzoeksgroep

De kenmerken van ouders kinderen en gezinnen worden hier achter volgens gepresenteerd. We beginnen met de demografische gegevens: leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en samenlevingsvorm. Vervolgens zullen de resultaten beschreven worden van het onderzoek naar de volgende kenmerken: meegemaakte gebeurtenissen, de opvoedingsoriëntatie van de ouders, gedragsproblemen van het kind, de egoveerkracht en controle van het kind en de gehechtheidsclassificatie. Tenslotte de gedragscomponenten emotionele ondersteuning, instructie, regulering en afstemming van de ouders.

* leeftijd van de kinderen

tabel 5: samenstelling onderzoeksgroep kinderen

leeftijd	3jaar	4jaar	5jaar	6jaar	totaal
jongens	2	11	23	6	42
meisjes	0	2	5	1	8
totaal	2	13	28	7	50

De kinderen die aan het onderzoek hebben deelgenomen varieerden in de leeftijd van 3,6 tot 6,9 jaar (gemiddelde leeftijd 5,2).

* Sexe
  Uit tabel 5 is tevens op te maken dat er 42 jongens en 8 meisjes onderzocht zijn.

* Sociaal-Economische-Status

Tabel 6: Frequentie-verdeling SES moeders
(N = 44)

Categorie	N	%
1 Ongeschoold	16	36.4
2 Laag geschoold	13	29.5
3 Lagere Employée	2	4.5
4 Kleine zelfstandige	9	20.5
5 Middelbare employée	2	4.5
6 Hogere beroepen	2	4.5

Tabel 7: Frequentie-verdeling SES vaders
(N = 34)

Categorie	N	%
1 Ongeschoold	11	31.4
2 Laag geschoold	8	22.9
3 Lagere Employée	3	8.6
4 Kleine zelfstandige	6	17.1
5 Middelbare employée	4	11.4
6 Hogere beroepen	3	8.6

Een indeling in Sociaal-economische status (SES) in 6 categorieën op basis van de beroepenklapper van Van Westerlaak, Kropmans & Collaris uit 1975 laat zien dat van een relatief groot aantal gezinnen de ouders ongeschoold of laaggeschoold zijn (respectievelijk 36.4% en 29.5% voor de moeders en 31.4% en 22.9% voor de vaders). Slechts een klein gedeelte van de onderzochte ouders kan gerekend worden tot de categorie 'hoogste beroepen' (moeders: 4.5%; vaders: 8.6%). Bij een veel toegepaste driedeling van laag, midden en hoog zou dat voor onze onderzoeksgroep neerkomen op 66% van de moeders en 54% van de vaders laag, 25% van de moeders en 26% van de vaders midden, en 9% van de moeders en 20 % van de vaders hoog. Dit lijkt een redelijke afspiegeling van de huidige verdeling bij de Nederlandse bevolking (Het bleek niet mogelijk om de door ons gebruikte indeling te vertalen naar de gegevens van het Centraal Bureau van de Statistiek en moeten we het bij een schatting laten).

* Samenlevingsvorm
  Bij het onderzoek zijn totaal 50 gezinnen betrokken. Daarvan waren in alle gevallen de moeders bij het onderzoek betrokken. Er was sprake van een volledig gezin in 37 gevallen. In 8 gevallen is er sprake van alleenstaande ouder. In 5 gezinnen was er wel een 'partner, maar 4 daarvan wilden of konden niet participeren in het onderzoek. We rekenen die niet tot de volledige gezinnen. Van de 37 volledige gezinnen weigerden 4 vaders om deel te nemen aan het onderzoek. Aan het onderzoek is tenslotte deelgenomen door 50 moeders en 34 vaders.

* Meegemaakte gebeurtenissen
  De vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen die door de ouders wordt ingevuld, geeft een stukje gezinsgeschiedenis, voorzover het dit kind betreft. Het volgende overzicht geeft aan hoe vaak negatieve gebeurtenissen, door de ouders als negatief beoordeeld voor het kind, zijn voorgekomen. Het betreft gebeurtenissen zoals: ziekte, verhuizing, achteruitgang van inkomen, ziekenhuisopname, verlies van vriendje, overlijden, vertrek van ouder.

tabel 8:

overzicht van het aantal negatieve gebeurtenissen:

	fr.	%
0 gebeurtenissen	12	24.5
1 gebeurtenis	10	20.4
2 gebeurtenissen	10	20.4
3 gebeurtenissen	8	16.3
4 gebeurtenissen	5	10.2
5 gebeurtenissen	2	4.1
7 gebeurtenissen	1	2.0
14 gebeurtenissen	1	2.0
onbekend	1	2.0
	50	100

Vergelijken we deze gegevens met die van de normpopulatie dan blijkt dat de op het PI aangemelde kinderen meer 'life events' hebben meegemaakt dan basisschoolkinderen. Dit verschil is alleen significant voor de periode van één jaar voorafgaand aan het diagnostisch

onderzoek. Alleen in die periode hadden onze kinderen significant meer meegemaakt dan gewone kinderen.
De bovenstaande gegevens zeggen alleen iets over de aantallen meegemaakte negatieve gebeurtenissen. Daarbij moeten we er van uitgaan dat ouders terughoudend zijn geweest bij het invullen van deze lijst. Deze indruk is ontstaan omdat de diagnosticus bij het bezoek op het PI, samen met de ouders de ingevulde lijst besprak en op onderwerpen uit de lijst doorvroeg als die gegevens uit het dossier al waren gebleken, maar niet door ouders op de VMG waren ingevuld. Ouders waren dan nogal eens 'vergeten' dat het feit had plaats gehad of ze hadden zich nog niet gerealiseerd (en dus gemerkt) wat daarvan de gevolgen voor het kind konden zijn.
In het volgende hoofdstuk zal verder op de vraag naar de relatie tussen het voorkomen van stressvolle gebeurtenissen in een gezin en het voorkomen van probleemgedrag bij kinderen uit dat gezin worden ingegaan.

* De opvoedingsoriëntatie van de ouder(s).
  Met deze vragenlijst wordt een beeld geschetst van het belang dat ouders hechten aan bepaalde normen en waarden in de opvoeding. Een hoge uitkomst op deze vragenlijst geeft aan dat een ouder veel waarde hecht aan aanpassing en conformisme. Een lage score wijst op het belang dat een ouder hecht aan autonomie en zelfbepaling voor het kind. De veronderstelling voor dit onderzoek was dat in de populatie ouders van het PI meer conformisme en aanpassing zou voorkomen dan in de normpopulatie.
  De volgende tabel laat zien hoe de verdeling is bij de onderzochte gezinnen.

tabel 9: frequentieverdeling opvoedingsoriëntatie moeder:

N = 50	aant. moeders	%
laag	11	22
gemiddeld	12	24
hoog	24	48
onbekend	3	6

frequentieverdeling opvoedingsoriëntatie vaders:

N = 34	aant. vaders	%
laag	9	26.5
gemiddeld	12	35.3
hoog	13	38.2

We zijn uitgegaan van een driedeling overeenkomstig Siebenheller in de aanduiding van de mate van conformisme van ouders, (Siebenheller 1990). In hoofdstuk 3 wordt verder ingegaan op de statistische waarde van de uitkomsten. Op grond van deze getallen kan worden gesteld dat in de populatie onderzochte ouders de groep 'hoog conformisme' sterker vertegenwoordigd is dan de groep laag conformisme. Bij de moeders scoort bovendien de helft van alle moeders in de hoogste groep.
De uitkomsten voor de vaders zijn wat gelijkmatiger verdeeld over de drie categorieën. Het gemiddelde van de scores geeft aan dat moe-

ders in de onderzoeksgroep sterker gericht zijn op aanpassing en conformisme aan wat hoort in de samenleving, dan vaders.

* Gedragsproblemen
  Voor ons onderzoek werd de mate van probleemgedrag in kaart gebracht door beide ouders afzonderlijk de vragenlijst CBCL te laten invullen. Bovendien lieten we als dat mogelijk was, de huidige leerkracht of groepsleidster de leerkrachtversie (TRF) invullen. Dit leidde tot het volgende beeld.

tabel 10: score op de gedragsvragenlijst CBCL (door moeders)

N = 50	N	%
in de klinische range (> T 63)	24	48
niet in de klinische range(< T 63)	25	50
onbekend	1	2
totaal	50	100
internaliserende problematiek (> T 63)	13	26
externaliserende problematiek (> T 63)	16	32

score van vader op de gedragsvragenlijst CBCL

N = 36 (2 vaders extra die alleen de CBCL thuis wilden invullen)

	N	%
in de klinische range (> T 63)	18	50
niet in de klinische range(< T 63)	18	50
totaal	36	100
internaliserende problematiek (> T 63)	10	27
externaliserende problematiek (> T 63)	17	47

score van de leerkracht of groepsleider op de TRF

N = 38	N	%
in de klinische range (> T 63)	20	53
niet in de klinische range(< T 63)	18	47
totaal	38	100
internaliserende problematiek (> T 63)	16	42
externaliserende problematiek (> T 63)	16	42

De CBCL is een instrument dat de prevalentie van specifieke gedrags- en emotionele problemen bij de onderzochte kinderen in kaart brengt. De uitkomst zegt in het algemeen iets over de ernst van de problemen; de helft van de groep kinderen heeft een ernstige mate van probleemgedrag volgens hun ouders. De score van de leerkracht/groepsleidster betreft meer dan de helft van het aantal beoordeelde kinderen. Maar dit is geen significant verschil met de ouderscore.
Wat het type probleemgedrag betreft, blijkt dat er een tendens is naar meer externaliserende dan internaliserende problemen. De vaders signaleerden het vaakst externaliserend gedrag, daarna de leerkrachten. Bij de moeders komt de beoordeling van externaliserende problemen bijna even vaak voor als internaliserende problemen.

Wat buiten het bestek van dit verslag valt maar zeker interessant is een vergelijking van scores op de CBCL per kind van de drie verschillende beoordelaars.

* De kindkenmerken ego-veerkracht en ego-controle:

  De scoring van de persoonskenmerken met de NCKS was gericht op het verkrijgen van informatie over de mate van competentie van het kind. Heeft het voldoende vertrouwen in zichzelf en de ander ontwikkeld om zelfstandig te zijn en weerbaar in probleemsituaties. Is er daarbij sprake van voldoende controle over het eigen gedrag. De informatie die met dit instrument is verkregen leverde een plaatje op van de zwakke kanten en de sterke kanten van een kind volgens de ouders. We hebben de uitgebreide versie van de NCKS op schaalniveau als richtlijn voor de behandeling gebruikt. Op deze plaats volstaan we met de gemiddelde scores van de belangrijkste dimensies. De uitkomsten variëren tussen -1 en +1. Egoveerkracht (-1 is een zeer zwakke egoveerkracht en + 1 is zeer sterke egoveerkracht) egocontrole (-1 = zeer sterke egocontrole en + 1 is zeer zwakke egocontrole). In tegenstelling tot de egoveerkracht ligt de optimale waarde bij egocontrole in het midden bij 0.0. Vaders en moeders hebben apart gescoord. Gunstige waarden liggen bij veerkrachtscores tussen .30 en .40.
  De gunstige waarde voor egocontrole lijken te liggen tussen +.15 en -.15, met als ideale waarde een score van 0. Sexe verschillen zijn minder opmerkelijk dan bij egoveerkracht. Er is wel een tendens dat jongens vaker een zwakke egocontrole hebben en meisjes eerder een sterke egocontrole. Ouders beoordelen beide dimensies bij hun kind veel positieven dan leerkrachten.

tabel 11: de belangrijkste dimensies van het concept egoveerkracht (vlg. moeder en vader)

		mean	sd	min		max	n
egoveerkracht	(M)	.23	.29	-.41	.69	48	
egoveerkracht	(V)	.21	.32	-.39	.69	34	
egocontrole	(M)	.17	.20	-.33	.53	48	
egocontrole	(V)	.19	.18	-.31	.47	34	

Er zijn geen grote verschillen tussen de scores van vaders en moeders op de onderscheiden kenmerken. Steeds is wel het gemiddelde van de moederscores iets positiever dan de vaderscore.
De resultaten voor egoveerkracht laten voor vaders en moeders een lagere score zien dan de norm groep. De resultaten van egocontrole zijn iets meer in de richting van zwakke egocontrole. Gegevens van vergelijkbare klinische groepen ontbreken.

* de gehechtheidsclassificatie
  De gehechtheidskwaliteit is bij de 50 aangemelde kinderen onderzocht maar er was nogal eens sprake van onvolledigheid van gegevens. Om verantwoord te scoren is voor dit instrument erg specifieke informatie nodig, die uit een video- opname van een semigestructureerde setting moet worden gedestilleerd. Uit een overzicht van onderzoeken tussen 1977 en 1990 bij 'normale' niet-klinische steekproeven (totaal 1584 kinderen) blijkt dat gemiddeld 67% van de kinderen als veilig gehecht wordt geclassificeerd (B

categorie), 21% als vermijdend (A categorie) en 12% als ambivalent (C categorie). Nederlands onderzoek laat een vergelijkbare verdeling zien. (v. Ijzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel, 1992). De volgende resultaten zijn in onze onderzoeksgroep gevonden:

tabel 12:

classificatie van gehechtheid	met moeder N = 39	met vader N = 25
A1 opvallend vermijdend gehecht	1 (2.6%)	2 (8%)
A2 lichte vermijding	8 (20.5%)	4 (16%)
B1 Veilig, gereserveerd	3 (7.7%)	1 (4%)
B2 Veilig, neigt naar contact zoeken/ weinig handhaving	8 (20.5%)	5 (20%)
B3 Veilig, actief contact zoeken/ contact handhaven	14 (35.9%)	10 (40%)
B4 Veilig, actief contact zoeken, overdreven afhankelijk	5 (12.8%)	3 (12%)

Resultaten *met moeder*
Bij 9 kinderen (23%) is sprake van een onveilige relatie met vermijdingsgedrag (A categorie). Dit is iets meer dan in de normpopulatie. Ruim tweederde (76%) van de geobserveerde kinderen vallen in de B categorie die allemaal de classificatie "veilig" kregen. Dit is positiever dan de verdelingen in de norm-populatie. Meer dan de helft van de B-(veilige) groep en ruim een derde van alle classificaties betrof de categorie 'zeer veilig' met moeder (35.9%). De categorie B4 kan opgevat worden als een randgroep in overgang naar de ambivalente categorie C. Echte C categorieën komen in ons onder zoek niet voor. Op dezelfde wijze vormt B1 een overgangsgroep naar de vermijdende groep A.

Resultaten met vader:
De gehechtheidsrelatie met vader is voor 76% van de kinderen veilig geclassificeerd. Dit is hoger dan de normpopulatiegegevens (met moeders). 6 kinderen (24%) krijgt de classificatie 'onveilig' waarbij sprake is van vermijding van het contact. Dit percentage is evenals bij de moeders hoger dan gemiddeld. Ook bij vaders komen geen C scores voor.

Bij de interpretatie van deze resultaten moet op twee punten een voorbehoud worden gemaakt. Op de eerste plaats zijn er van 11 van de 50 scores met moeder niet interpreteerbaar gebleken door omstandigheden tijdens de opname. Dit is 22% van de onderzochte groep. Bij de vaders betrof dit 9 van de 34 kinderen, dat is 26%. Op de tweede plaats zijn er geen gegevens bekend van vaders, zodat we noodgedwongen dezelfde normgegevens van moeders ook bij vaders toepassen.

* De gedragscomponenten emotionele ondersteuning, instructie, regulering en afstemming: deze werden geobserveerd in een Taak-Spel-Situatie van ouder en kind. Bij de beoordeling van de video-opname uitgevoerd door twee beoordelaars werd de GIOS gebruikt. Er is een driepuntschaal voor de codering van het gedrag gebruikt:' teveel',' te weinig' en 'adequaat' bij de beoordeling van 'Emotionele Ondersteuning, Instructie en Regulering'. Voor de

beoordeling van de kwaliteit van 'Afstemming' werd gescoord op 'niet', 'wisselend' en 'meestal'.
Het scoren van de band door twee beoordelaars afzonderlijk (waarvan een blinde scoring) leidde na kritische bevraging tot één oordeel.

tabel 13:

gedragscategorie	moeders n = 33			vaders n = 23		
a = adequaat tv= teveel tw= te weinig	a	tv	tw	a	tv	tw
Emotionele ondersteuning	12	2	19	8	1	14
%	(36.4)	(6.1)	(57.6)	(34.8)	(4.3)	(60.9)
Instructie	14	4	15	9	2	12
%	(42.4)	(12.1)	(45.5)	(39.1)	(8.7)	(52.2)
Regulering	14	8	11	12	2	9
%	(42.4)	(24.4)	(42.4)	(52.2)	(8.7)	(39.1)

	moeders n = 33			vaders n = 23		
	niet	wiss	meestal	niet	wiss	meestal
Afstemming	15	7	11	11	3	9
%	(45.5)	(21.2)	(33)	(47)	(13)	(39)

Moeders en vaders scoren van de vier gedragscomponenten de categorie emotionele ondersteuning het minst vaak adequaat. Moeders scoren de componenten instructie en regulering het vaakst adequaat. Vaders de component regulering. Uit tabel 13 is ook op te maken dat ouders globaal zijn te verdelen in twee groepen namelijk de adequate en de niet-adequate ouders. De scores van teveel of te weinig zijn bij elkaar gevoegd. We zien dan dat de score op inadequaat overheerst zowel bij moeders als bij vaders.
Kijken we naar de afzonderlijke gedragscomponenten dan is slechts 1/3 van de moeders en de vaders adequaat op 'Emotionele Ondersteuning'. Kijken we naar 'Instructie' en 'Regulering' dan zien we daar iets gunstigere resultaten. Alleen voor de vaders geldt dat ze in meer dan de helft van de gevallen adequaat scoren op regulerend gedrag (52%).

2.4.3. Samenvattend beeld van de onderzoeksgroep

Uit de verzamelde gegevens kan een algemeen beeld worden ge schetst. De kinderen en ouders, die deel hebben genomen aan de GIT diagnostiek zijn met de volgende kenmerken te beschrijven;

De kinderen zijn gemiddeld 5.2 jaar en er zijn 5 maal zoveel jongens als meisjes. Ze hebben gemiddeld meer stressvolle gebeurtenissen meegemaakt dan niet-aangemelde kinderen. De mate van probleemgedrag is bij de helft van het aantal kinderen in de klinische range. De ouders geven aan dat het soort problemen dat valt onder de categorie externaliserende problemen thuis de overhand heeft. Op school komen even vaak externaliserende als internaliserende problemen voor. De kinderen kenmerken zich door weinig egoveerkracht en een neiging tot te zwakke egocontrole. De kinderen zijn voor het grootste deel veilig gehecht met moeder en vader. Als er sprake is

van een onveilige relatie vertonen deze kinderen vermijdend gedrag en gaan interactie uit de weg.

De ouders behoren wat hun opleiding en beroepsniveau betreft tot de groep laag-geschoolden en ongeschoolden. Ze hebben samen met hun kind veel stressvolle gebeurtenissen meegemaakt. De gezinnen zijn in 2/3 van de gevallen volledige gezinnen. 16% van de gezinnen is onvolledig en 10% heeft een bijzondere samenlevingsvorm (LAT, grootouders als mede opvoeders e.d.). De ouders hebben een sterke neiging tot conformisme en aanpassing als het gaat om hun verwachtingen van de opvoeding: bij moeders is die neiging nog sterker dan bij vaders. De onderzochte ouders blijken meer inadequaat dan adequaat opvoedingsgedrag te vertonen. De gedragscomponenten waarop vaders en moeders inadequaat scoren zijn vooral emotionele ondersteuning. Alleen in regulering zijn de onderzochte vaders in iets meer dan de helft van de gevallen adequaat.

2.5. De evaluatieve diagnostiek bij GIT

Zoals in de doelstelling is aangegeven zou worden gecontroleerd na afloop van de behandeling met een nameting op een aantal instrumenten of de verbeteringen in resultaten van de ouders in de opvoeding ook zichtbaar waren in de eindscores op bepaalde diagnostische instrumenten. Het moment dat de behandeling stopt is een gezamenlijke beslissing van de gezinsbegeleider en de ouder(s). De nameting vond plaats nadat de beslissing was genomen om te stoppen. De nameting bestond uit de volgende instrumenten: herhaling van de Taak-Spel-Situatie, de CBCL en de NCKS.

2.5.1. Resultaten van de nameting

Er zijn 5 gezinnen helemaal uitbehandeld en nagemeten. Twee gezinnen waren onderzocht voorafgaand aan de invoering van de Taak-Spel-Situatie, zodat vergelijkingen daarmee niet gedaan konden worden. De resultaten van de herhaling in de andere drie gezinnen zijn teleurstellend. Er was een tendens dat de 'kunstmatige' omstandigheden ouders meer dan bij de eerste opname in spanning brachten en ze tengevolge daarvan onverwachts krampachtig reageerden. Het lijkt niet erg zinvol om op basis hiervan uitspraken te doen voor wat betreft de evaluatieve waarde van het meetinstrument Taak-Spel-Situatie.
De herhaling van de NCKS en CBCL leverde geen verbeteringen op in het kindbeeld. Wel liet de CBCL in twee gevallen een verschuiving zien in de gedragsprobleemscore (op items). Bij het ene kind was er eerst sprake van bedplassen en slaapproblemen, bij de tweede meting waren die problemen over maar in plaats daarvan bleek het kind druk en vroeg veel aandacht (volgens de ouders). Een ander kind had onverklaarbare angsten, die na de behandeling verdwenen waren. Toch scoorde dit kind door meer exploratie-durf op andere punten weer zo veel dat de totale probleemscore niet verbeterde.

HOOFDSTUK 3

Verslag van het toetsingsonderzoek. Een kritische analyse van de grondslagen van het diagnostisch onderzoek[6]

Ellen Verbeem

3.1. Inhoud van het onderzoek

3.1.1. Centrale probleemstelling

Het doel van het GIT-project is het optimaliseren van de ontwikkeling van kinderen die gedragsproblemen vertonen. De wijze waarop dit wordt beoogd, is het beïnvloeden van de kwaliteit van het ouderlijk opvoedersgedrag, oftewel de mate waarin dit gedrag sensitief responsief is. De centrale doelstelling van het GIT-diagnosticum is dan ook het selecteren van ouders die niet of onvoldoende in staat zijn sensitief responsief opvoedersgedrag te vertonen.
Binnen het GIT-project geldt als uitgangspunt, dat het niet of in onvoldoende mate vertonen van sensitief opvoedersgedrag (mede) de kans op het ontstaan van een *veilige gehechtheidsrelatie* verkleind. Verondersteld wordt dat de sensitiviteit van het ouderlijk gedrag[7] geobserveerd kan worden aan de hand van de volgende dimensies van opvoedingsgedrag: *emotionele ondersteuning*, *instructie* en *regulering*. Een minder veilige gehechtheidsrelatie kan voorts leiden tot minder *ego-veerkracht* en een suboptimale *ego-controle*. Bovendien kan een kind door het ontbreken van gevoelens van veiligheid meer problemen ervaren bij het *verwerken van stressvolle gebeurtenissen*. Beide leiden er uiteindelijk toe dat er vaker *psychosociale gedragsproblemen* zullen ontstaan (Jongbloed, Legtenberg, Oomen, Tavecchio & Toonen, 1993).
In het project GIT bestaat zodoende de verwachting, dat ouders die niet of onvoldoende sensitief op de signalen en behoeften van hun kinderen reageren, geselecteerd kunnen worden op grond van meting van de hierboven gecursiveerde factoren. De vraag of deze verwachting terecht is, vormt de centrale probleemstelling van dit onderzoek. Anders geformuleerd: onderzocht zal worden, of op basis van de resultaten van de meting van deze factoren een selectie gemaakt kan worden tussen sensitieve, niet-sensitieve en wisselend sensitieve ouders en hoe groot daarbij het onderscheidend vermogen van elk van deze factoren is.

3.1.2. Ouderlijke opvoedingsoriëntatie

In het GIT-project bestaat niet alleen aandacht voor de gevolgen van verschillen in sensitief responsief opvoedingsgedrag; men tracht deze ook (gedeeltelijk) te verklaren. Hiervoor wordt een aanknopingspunt gezocht in het begrip ouderlijke opvoedingsoriëntatie, hetgeen verwijst naar de waarden en normen waarvan ouders in de opvoeding uitgaan. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen

[6] Dit artikel vormt een bewerking van het door de auteur in het kader van haar afstudeerproject uitgevoerd onderzoek. Deze scriptie is in juni 1994 verschenen onder de titel *Gezins Interactie Training. Een kritische analyse van de grondslagen van het diagnostisch onderzoek*. Voor een uitgebreide theoretische onderbouwing van het hier gepresenteerde onderzoek wordt naar dit werk verwezen.

[7] Zoals die in de GIOS tot uitdrukking komt in de variabele 'afstemming'. Hiermee meet men de ***kwaliteit*** van de onderscheiden opvoedingsgedragingen, te weten: emotionele ondersteuning, instructie en regulering.

ouders die de nadruk leggen op het tonen van initiatief en het ontwikkelen en beargumenteren van een onafhankelijk oordeel, en ouders die het accent leggen op het aanpassen aan eisen, regels en normen van de ouders zelf en die van de samenleving. Kohn (1959, 1963) hanteert hiervoor de dichotomie 'zelfbepaling versus conformiteit', terwijl Bernstein (1971) het in dit verband heeft over 'persoonsgeoriënteerd versus positiegeoriënteerd'. In navolging van Luttenberg en Meijnen (1985) zijn de hiergenoemde opvoedingsoriëntaties in dit onderzoek in verband gebracht met sensitieve responsiviteit van ouderlijk opvoedingsgedrag. Te verwachten is dat een opvoedingsoriëntatie waarin de nadruk gelegd wordt op conformiteit zich moeilijk zal laten verenigen met sensitief responsief opvoedingsgedrag, terwijl dit bij een opvoedingsoriëntatie gericht op zelfbepaling wel het geval zal zijn. In dit onderzoek zal dit uitgangspunt nader onderzocht worden. Een deelvraag hierbij betreft het onderzoek naar de betrouwbaarheid van het instrument waarmee men binnen het GIT-project tracht de verschillen in waardenoriëntaties tussen ouders op te sporen, te weten: de subschaal 'aanpassing en conformiteit' van de *Ouderlijke opvoedingsoriëntatieschaal*.

3.1.3. De invloed van meegemaakte gebeurtenissen op het ontstaan van probleemgedrag

Naast (gezins-)interne factoren wordt een verklaring voor het ontstaan van probleemgedrag binnen het GIT-project ook gezocht in externe factoren. In het bijzonder is er aandacht voor de hoeveelheid stressvolle gebeurtenissen die de bij het PI Rotterdam aangemelde kinderen hebben meegemaakt. In de klinische praktijk is immers gebleken dat kinderen met psycho-sociale gedragsproblemen vaak een groot aantal levensgebeurtenissen hebben meegemaakt. Op grond hiervan is de verwachting ontstaan, dat er een oorzakelijk verband aanwezig is tussen deze 'life events' en het geconstateerde probleemgedrag. In empirisch onderzoek (zie o.a. Berden, 1992; Veerman en Ten Brink, 1993) is het bestaan van een dergelijke causale relatie echter slechts in beperkte mate aangetoond; wel mag op grond hiervan aangenomen worden, dat beide factoren op een of andere wijze met elkaar samenhangen. Wat het GIT-project betreft is de verwachting derhalve, dat de bij het PI Rotterdam aangemelde kinderen gemiddeld meer 'life events' hebben meegemaakt dan 'normale', daar niet aangemelde kinderen. Ook binnen dit project wordt deze verwachting uitdrukkelijk losgekoppeld van de vraag, of de meegemaakte gebeurtenissen de *oorzaak* zijn van het geconstateerde probleemgedrag; verondersteld wordt daarentegen wel, dat er een *samenhang* bestaat tussen deze beide factoren. Een derde doel van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre deze verwachtingen door empirisch feitenmateriaal ondersteund worden. Samenvattend luidt de derde probleemstelling:

- Maken de bij het PI Rotterdam aangemelde kinderen gemiddeld meer 'life events' mee dan kinderen uit een normgroep?
- Is het optreden van levensgebeurtenissen gerelateerd aan het voorkomen van probleemgedrag?

3.2. Resultaten met betrekking tot de centrale probleemstelling van het onderzoek

3.2.1. Inleidende opmerkingen en kanttekeningen

In deze studie is gekeken of op grond van de meting van de factoren 'emotionele ondersteuning', 'instructie', 'regulering', 'kwaliteit van de gehechtheidsrelatie', 'gedragsproblematiek', 'ego-veerkracht' en 'ego-controle' een selectie gemaakt kan worden tussen sensitieve, niet-sensitieve en wisselend sensitieve ouders. Alvorens te beginnen met de bespreking van de statistische bewerkingen wil ik echter eerst een paar kanttekeningen plaatsen.
Allereerst valt op dat het aantal moeders dat aan het onderzoek heeft deelgenomen aanzienlijk groter is dan het aantal vaders. In de meeste gevallen was de vader niet aanwezig door verplichtingen op het werk. Verder werd men in het diagnostisch onderzoek ook regelmatig geconfronteerd met één-ouder gezinnen. Een tweede opmerking betreft het feit dat in een aantal gevallen niet alle instrumenten succesvol zijn afgenomen. Zo zijn er bijvoorbeeld een paar opnames voor de herenigingssituatie van Main en Cassidy mislukt of waren enkele ouders de Nederlandse taal onvoldoende machtig, waardoor het niet mogelijk was de schriftelijke vragenlijsten in te vullen of de bij de NCKS behorende sorteertaak naar behoren uit te voeren. Tot slot is men pas vanaf het 13e kind met de Taak-Spelsituatie begonnen. Voor dit onderzoek betekent dit dat pas vanaf dat moment responsiviteits-scores genoteerd konden worden.
Bovenstaande punten hebben vooral gevolgen gehad voor de discriminantanalyse. Bij deze analysevorm worden namelijk alleen die cases in aanmerking genomen, waarvan alle waarden van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen bekend zijn. In dit onderzoek voldeden uiteindelijk in het geval van de moeder 27 en in het geval van de vader 16 cases aan deze eis. Door dit geringe aantal vaders is het zaak voorzichtig te zijn met uitspraken betreffende deze groep.

3.2.2. Uitkomsten van de discriminantanalyse

* *Resultaten met betrekking tot moeders*

Alvorens begonnen kan worden met de discriminantanalyse moet gecontroleerd worden of de verschillende onafhankelijke variabelen niet al te zeer met elkaar correleren. Eventuele hoge intercorrelaties zouden de resultaten van de discriminantanalyse in belangrijke mate kunnen beïnvloeden. De resultaten van deze controle zijn hieronder weergegeven in een *correlatiematrix* (Tabel 15):

Tabel 15: Correlatiematrix (N = 27)

Variabelen	1	2	3	4	5	6	7	8
Kwaliteit gehechtheidsrelatie(1)	1.00							
Gedragsproblematiek(2)		-.09	1.00					
Emotionele ondersteuning(3)	-.03	.04		1.00				
Instructie(4)		.20	-.06	.30	1.00			
Regulering(5)		-.03	.03	.52	.30	1.00		
Sensitieve responsiviteit(6)	.12	-.00		.43	.27	.52	1.00	
Egoveerkracht(7)	.28	-.67	.06	.36	-.05	.06	1.00	
Egocontrole(8)	-.16	.18	.12	-.01	-.36	.10	.09	1.00

Uit tabel 15 blijkt dat er een hoge intercorrelatie (r = -.67, p = .000, 2-zijdig) aanwezig is tussen de 'gedragsproblematiek' en de 'ego-veerkracht' van het kind zoals beoordeeld door moeder. Één van deze factoren zal derhalve als onafhankelijke variabele geschrapt

moeten worden. Omdat 'ego-veerkracht' (oordeel moeder) sterker correleert met de afhankelijke variabele (sensitieve responsiviteit moeder), zal deze factor in de discriminantanalyse gehandhaafd blijven.
Daarnaast blijkt uit tabel 15 dat er een redelijk hoge intercorrelatie bestaat tussen de gedragscomponenten 'emotionele ondersteuning' en 'regulering' ($r = .52$, $p = .005$, 2-zijdig). Aangezien 'regulering' sterker correleert met 'sensitieve responsiviteit' zal deze variabele, en niet 'emotionele ondersteuning', in de discriminantanalyse worden opgenomen.

In dit onderzoek onderscheid ik drie groepen, waardoor er uiteindelijk twee discriminantfuncties mogelijk zijn. Een indicatie voor de effectiviteit van een gevonden discriminantfunctie wordt gegeven door de *canonische correlatie*. Dit is een maat voor de samenhang van discriminantscores met groepen. Uit tabel 16 valt af te lezen dat de canonische correlatie van de eerste discriminantfunctie een waarde heeft van .81 ($p = .009$), terwijl die van de tweede discriminantfunctie .15 ($p = .967$) bedraagt. Uit deze getallen blijkt dat het op grond van de vijf onafhankelijke variabelen mogelijk is de drie groepen moeders van elkaar te onderscheiden. Dit moet echter bijna geheel op het conto geschreven worden van de eerste discriminantfunctie; de tweede draagt nauwelijks bij aan de variantie in de afhankelijke variabele. Bovendien is de tweede discriminantfunctie, in tegenstelling tot de eerste, niet significant. Het voorgaande kan erop duiden dat een ander onderscheid dan dat gemaakt op basis van drie groepen wellicht betere resultaten op zal leveren.
De gestandaardiseerde coëfficiënten of gewichten van de eerste discriminantfunctie (ß) zijn eveneens te vinden in tabel 16. Hieruit is af te lezen hoeveel iedere variabele bijdraagt, *gegeven* de andere variabelen. Doordat de variabelen onderling gecorreleerd zijn, is de waarde van de coëfficiënt van een variabele afhankelijk van de andere variabelen uit de discriminantfunctie. Daarom is het niet mogelijk uit de coëfficiënten af te leiden hoeveel iedere variabele *op zich* bijdraagt aan de functie. Wel is af te lezen welke variabelen resulteren in hoge en welke in lage functiewaarden. Zo verhogen de variabelen 'kwaliteit gehechtheidsrelatie', 'regulering', 'ego-veerkracht' en 'ego-controle' de functiewaarde, terwijl 'instructie' deze juist verlaagt. Deze verlaging is echter dermate klein (-.06), dat hieruit weinig of niets afgeleid kan worden.
Om een idee te krijgen van de bijdrage van iedere variabele *op zich* aan het onderscheid tussen de verschillende componenten van sensitiviteit, kan het nuttig zijn allereerst de gemiddelde scores van de drie groepen op de onafhankelijke variabelen te bekijken. In tabel 16 is te zien dat de variantie tussen deze gemiddelde scores het grootst is bij de variabelen 'regulering' en 'instructie'. Dit is met name het geval wanneer men daarbij de 'niet-sensitieve' en de 'wisselend sensitieve' moeders als één groep beschouwt. Hoeveel iedere variabele *op zich* daadwerkelijk bijdraagt aan de discriminantfunctie is vervolgens af te leiden uit de bivariate correlaties van de functiewaarde met de oorspronkelijke variabelen (r_p). Uit tabel 16 valt af te lezen dat 'regulering' de hoogste correlatie heeft met de eerste discriminantfunctie. De variabele 'instructie' heeft de op één na hoogste waarde. Verder is te zien dat de variabelen 'kwaliteit gehechtheidsrelatie', 'ego-veerkracht' en 'ego-controle' nauwelijks een bijdrage aan deze discriminantfunctie leveren. Hieruit blijkt dat met name de zogenaamde ouder-variabelen een cruciale rol spelen bij

het discrimineren tussen 'sensitieve', 'wisselend sensitieve' en 'niet-sensitieve' moeders. De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind speelt, tegen de verwachting in, slechts een ondergeschikte rol. De resultaten van de discriminantanalyse stemmen overeen met het beeld dat de gemiddelde scores te zien gaven.

Tabel 16: De resultaten van de discriminantanalyse uitgevoerd over de drie groepen 'niet-sensitief', 'wisselend sensitief' en 'sensitief'

Onafhankelijke variabelen	ß	r_p	gemiddelden		
	F_1^*	F_1^*	'niet sensitief'	'wisselend sensitief'	'sensitief'
Regulering	1.29	.72	.20	.14	.91
Instructie	-.06	.21	.33	.29	.64
Kwaliteit gehechtheidsrelatie	.35	.06	.77	.83	.88
Ego-veerkracht	.10	.06	.24	.28	.27
Ego-controle	.86	.06	.14	.10	.15
	F_1^*	F_2^*			
Eigenwaarde	1.86	.02			
Can. corr.	.81	.15			
Wilks' Lambda	.34	.98			
p	.009	.967			
Groepsgemiddelde F_1			-.61	-1.27	1.94

$^*F_1$ = functie 1
$^*F_2$ = functie 2

De effectiviteit van de discriminantfunctie kan ook geanalyseerd worden door de uitkomsten van de werkelijke classificatie te vergelijken met die op basis van de discriminantfunctie. Op deze manier kan worden nagegaan hoeveel maal een moeder als 'sensitief' geclassificeerd is, terwijl zij in feite 'wisselend sensitief' of zelfs 'niet-sensitief' was en *vice versa*. In tabel 17 zijn de resultaten hiervan samengevat. In deze tabel staat voor elke groep het aantal juiste en onjuiste classificaties en het daarbij behorende percentage vermeld. Te zien is dat van de groep 'niet-sensitieve' moeders er op basis van de eerste discriminantfunctie 7 (53,8%) correct gerangschikt waren, terwijl 5 (38,5%) moeders onterecht als 'wisselend sensitief' geclassificeerd zijn. Van de 6 moeders bij wie het van tevoren bekend was dat zij 'wisselend sensitief' waren, werden er 5 (83,3%) juist en 1 (16,7%) onjuist geclassificeerd. Deze laatste moeder werd als 'niet sensitief' gekwalificeerd. Van de groep 'sensitief' waren er op basis van de discriminantfuncties 7 (87,5%) correct gerangschikt, terwijl er maar 1 moeder onterecht als 'sensitief' geclassificeerd was. Deze moeder werd beoordeeld als 'niet-sensitief'.
In totaal werd bij 70,37% van de onderzochte moeders een correcte classificatie gemaakt op basis van de discriminantfuncties. Dit laat zien dat men op basis van de onderzochte variabelen in redelijke mate in staat is de drie groepen van elkaar te onderscheiden. Vooral de moeders die sensitief reageren op de signalen en behoeften van hun kind kunnen op grond van deze variabelen redelijk onderscheiden worden van de andere twee groepen. Het lijkt echter aanzienlijk moeilijker om moeders die niet in staat zijn tot het vertonen van sensitief opvoedersgedrag te discrimineren van moeders die dit nu weer eens wel en dan weer eens niet laten zien. Ook bij de hierboven in tabel 16 gemaakte vergelijking tussen de gemiddelde scores van de drie groepen op de onafhankelijke variabelen was dit beeld enigszins

terug te vinden. De variantie tussen deze gemiddelde scores op de twee belangrijkste discriminerende variabelen bleek immers het grootst voor de niet-sensitieve en de wisselend sensitieve moeders enerzijds en de sensitieve moeders anderzijds.

Tabel 17: Resultaten van de classificatie

Werkelijke Classificatie		Classificatie o.b.v. discriminantfunctie		
Groepen		(1)	(2)	(3)
Niet-sensitief (1)	13	7 (53,8%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)
Wisselend sensitief (2)	6	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0 (0%)
Sensitief (3)	8	1 (12,5%)	0 (0%)	7 (87,5%)
Percentage correct geclassificeerde 'cases': 70,37%				

Deze resultaten geven derhalve aan, dat het op basis van de gemeten variabelen moeilijk is 'wisselend sensitieve' en 'niet-sensitieve' moeders uit elkaar te houden. Omdat het op grond van deze factoren wel goed mogelijk lijkt deze twee groepen te onderscheiden van de 'sensitieve' moeders zou dit een aanwijzing kunnen zijn voor het feit dat de twee groepen op te weinig punten van elkaar verschillen. Een betere indeling van de groepen lijkt dan ook de volgende. Groep 1 bestaat uit de 'sensitieve' moeders; groep 2 wordt gevormd door de 'wisselend sensitieve' en de 'niet-sensitieve' moeders, hierna te noemen de 'ontoereikend sensitieve' moeders. Een discriminantanalyse waarin deze interpretatie vertaald is levert betere resultaten op. Deze zullen hieronder worden beschreven.

* *Discriminantanalyse met twee groepen*

De nieuwe discriminantanalyse is uitgevoerd over twee groepen. In tabel 18 blijkt onder meer uit de canonische correlatie (.79) en Wilks' Lambda (.37, p = .0005), dat het op basis van de discriminantfunctie goed mogelijk is de twee groepen van elkaar te onderscheiden. Deze waarden zijn vrijwel gelijk aan die gevonden in functie 1 bij de eerste discriminantanalyse.
De correlaties van de functiewaarde met de oorspronkelijke variabelen (r_p) laten hetzelfde beeld zien als in de vorige discriminantanalyse. Ook hier draagt de variabele 'regulering' en in mindere mate ook 'instructie' het meest bij aan de discriminantfunctie.

Tabel 18: *Gewichten van de discriminant-functie (ß) en de correlaties van de functiewaarden met de oorspronkelijke variabelen (r_p)*

Onafhankelijke variabelen	ß	r_p
Regulering	1.28	.71
Instructie	-.02	.23
Kwaliteit gehechtheidsrelatie	.38	.08
Ego-controle	.86	.07
Ego-veerkracht	.07	.06
Eigenwaarde	1.67	
can. corr.	.79	
Wilk's lambda	.37	
p	.0005	
Groepsgemiddelde	-.81 ('ontoereikend')	1.92 ('sensitief')

Tabel 19 geeft een samenvatting van de resultaten van de vergelijking tussen de werkelijke classificatie en classificatie op basis van de discriminantfunctie. Hieruit is af te leiden dat van de groep 'ontoereikend sensitieve' moeders er op basis van de discriminantfunctie 17 (89,5%) juist gerangschikt waren, terwijl 2 (10,5%) moeder onterecht als 'voldoende sensitief' geclassificeerd was. Van de 8 moeders van wie voorafgaand aan de analyse bekend was dat zij 'voldoende sensitief' waren, werden er 7 (87,5%) juist en 1 (12,5%) onjuist geclassificeerd. Het percentage correct geclassificeerde 'cases' bedraagt 88,89%. Uit deze cijfers blijkt dat het met de gevonden lineaire combinatie van de gemeten variabelen zeer goed mogelijk is de beide groepen moeders uit elkaar te houden. Er is een duidelijke verbetering te zien ten opzichte van de resultaten vermeld in tabel 17. Vooral het percentage correct geclassificeerde 'cases' is aanzienlijk in waarde toegenomen.

Tabel 19: Resultaten van de classificatie

Werkelijke classificatie		Classificatie o.g.v. discriminantfunctie	
Groepen		(1)	(2)
Ontoereikend sensitief (1)	19	17 (89,5%)	2 (10,5%)
Voldoende sensitief (2)	8	1 (12,5%)	7 (87,5%)

Percentage correct geclassificeerde 'cases': 88,89%

** Resultaten met betrekking tot vaders*

Eerder is naar voren gekomen dat aanzienlijk minder vaders aan het onderzoek hebben deelgenomen dan moeders. Als gevolg van deze en andere reeds genoemde oorzaken zijn er uiteindelijk slechts 16 vaders in de analyse opgenomen. Tabel 20 laat zien hoe deze vaders over de drie groepen zijn verdeeld.

Tabel 20: Frequentieverdeling vaders

Categorie	Frequentie
Niet-sensitief	7
Wisselend sensitief	2
Sensitief	7
Totaal	16

Gezien het geringe aantal vaders in de 'wisselend sensitieve' groep is gekozen om deze evenals in de zojuist beschreven discriminantanalyse samen te voegen met de vaders uit de 'niet-sensitieve' groep. Hierdoor ontstaan twee groepen: 'sensitieve' en 'ontoereikend sensitieve' vaders. Door middel van een discriminantanalyse is vervolgens nagegaan welke combinatie van onafhankelijke variabelen de twee groepen vaders het best onderscheidt. In het vervolg van de paragraaf zullen de uitkomsten van deze analyse worden besproken. Alvorens begonnen kan worden met de discriminantanalyse moet ook hier eerst gecontroleerd worden of de verschillende onafhankelijke variabelen niet al te zeer met elkaar correleren. De uitkomsten van deze controle staan vermeld in tabel 21.

Tabel 21: Correlatiematrix (N = 16)

Variabelen	1	2	3	4	5	6	7	8
Kwaliteit gehechtheidsrelatie (1)	1.00							
Gedragsproblematiek (2)	.41	1.00						
Emotionele ondersteuning (3)	.07	-.17	1.00					
Instructie (4)	-.51	-.18	.49	1.00				
Regulering (5)	-.29	-.20	.13	.38	1.00			
Sensitieve responsiviteit (6)	-.31	.07	.27	.14	.27	1.00		
Ego-veerkracht kind (7)	-.02	-.07	-.18	.14	-.34	-.06	1.00	
Ego-controle kind (8)	.02	.34	-.14	.13	-.23	.11	.24	1.00

De correlatiematrix in tabel 21 geeft te zien dat de gedragscomponent 'instructie' een redelijk hoge samenhang vertoont met de 'kwaliteit van de gehechtheidsrelatie' ($r = -.51$, $p \leq .05$, 2-zijdig). Aangezien de laatstgenoemde variabele sterker correleert met sensitieve responsiviteit, zal deze voor de discriminantanalyse behouden blijven.

De discriminantanalyse binnen de groep onderzochte vaders leverde geen significante functie op. De geobserveerde significantie-waarde bedroeg .456; dit stijgt uit boven het geoorloofde niveau ($p \leq .05$). Verschillen in sensitief responsief opvoedingsgedrag lijken op basis van de onderzochte variabelen minder goed aan het licht te komen bij vaders dan bij moeders. Ten gevolge van de beperkte omvang van de onderzoeksgroep moet men echter zeer voorzichtig zijn met het trekken van dergelijke conclusies.

3.3. Resultaten met betrekking tot de tweede probleemstelling van het onderzoek

3.3.1. Inleiding

De tweede probleemstelling van dit onderzoek betreft de relatie tussen de ouderlijke opvoedingsoriëntatie en de kwaliteit van het opvoedingsgedrag, oftewel de sensitieve responsiviteit. Hiervoor zijn op basis van de conformiteitseisen ten aanzien van het kind drie groepen onderscheiden, te weten 'l-conf', 'g-conf' en 'h-conf' (zie paragraaf 2.4.2. van het vorige hoofdstuk) Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag zijn voor deze drie groepen de gemiddelde scores op sensitieve responsiviteit met elkaar vergeleken. Daarbij is gebruik gemaakt van enkelvoudige variantie-analyse. De responsiviteits-scores van de Taak-Spelsituatie worden hierbij opgevat als een globale frequentie-uitspraak met drie waarden, lopend van 1 tot en met 3.
Hieraan voorafgaand is de betrouwbaarheid van de gebruikte schaal onderzocht. Dit is noodzakelijk aangezien aan de ouders niet de gehele ouderlijke opvoedingsoriëntatieschaal is voorgelegd, maar slechts 11 items van de subschaal 'aanpassing en conformiteit'[8].

3.3.2. Betrouwbaarheids-analyse

Tabel 22 geeft onder meer aan dat de waarde van Cronbach's α voor de subschaal als geheel .78 bedraagt. Deze waarde duidt erop, dat de subschaal 'aanpassing en conformiteit' redelijk betrouwbaar is. Verder valt uit de tabel af te lezen wat het verwijderen van elk afzonderlijk item voor gevolgen heeft voor de betrouwbaarheid van de subschaal als geheel. Het enige item dat bij verwijdering een verhoging van Cronbach's α te zien geeft, is item 10. Dit item correspondeert met de stelling: *'Ik vind dat het kind moet leren om te gaan met anderen zoals dat in ons gezin behoort'*. Door het weglaten van deze stelling stijgt de betrouwbaarheid van de subschaal als geheel van .78 naar .79. Deze stijging is echter dermate klein, dat aanpassing van de schaal op grond hiervan niet noodzakelijk is.

Tabel 22: Resultaten betrouwbaarheidsanalyse (N = 81)

Items	α indien item verwijderd
item 1	.78
item 2	.77
item 3	.77
item 4	.77
item 5	.75
item 6	.77
item 7	.76
item 8	.77
item 9	.76
item 10	.79
item 11	.75
Cronbach's α: .78	

[8] Deze subschaal is als bijlage aan het onderzoeksverslag toegevoegd (bijlage 2).

3.3.3. De relatie tussen ouderlijke opvoedingsoriëntatie en sensitieve responsiviteit

Tabel 23 geeft de gemiddelde sensitieve responsiviteits-scores en hun standaarddeviaties te zien voor moeders, als een functie van de drie onderscheiden conformiteits-categorieën. Moeders met een relatief hoge score op conformiteit vertonen in mindere mate sensitief responsief opvoedingsgedrag dan moeders die relatief laag en gemiddeld scoren op deze variabele. Deze resultaten lijken erop te wijzen dat moeders die nadruk leggen op aanpassing aan de door hen en de samenleving gestelde eisen en regels minder sensitief zijn dan moeders die gericht zijn op zelfbepaling. Bij toetsing met behulp van enkelvoudige variantie-analyse blijken de gevonden verschillen tussen de drie groepen echter niet significant ($F(2,28) = .34$, $p = .72$). De nulhypothese dat er geen verschil bestaat tussen de gemiddelden mag derhalve niet worden verworpen.

Tabel 23: Gemiddelde sensitieve responsiviteits-scores van moeders als een functie van de conformiteits-categorieën (N = 31)

Categorie	Gemiddelden	SD	N
l-conf	2.00	1.00	7
g-conf	2.00	1.00	9
h-conf	1.73	.80	15

De gemiddelde sensitieve responsiviteits-scores en hun standaarddeviaties voor vaders als een functie van de verschillende conformiteits-categorieën zijn weergegeven in tabel 24. Hierin is hetzelfde beeld te zien als hierboven bij de moeders: vaders die meer gericht zijn op conformiteit vertonen gemiddeld minder sensitief responsief opvoedingsgedrag dan vaders die daar niet zo de nadruk op leggen. Ook hier zijn de gevonden verschillen echter niet significant op .05 niveau ($F(2,19) = 3.22$, $p = .06$).

Tabel 24: Gemiddelde sensitieve responsiviteits-scores van vaders als een functie van de conformiteits-categorieën (N = 22)

Categorieën	Gemiddelden	SD	N
l-conf	2.38	.92	8
g-conf	2.14	1.07	7
h-conf	1.29	.49	7

Bovenstaande resultaten geven noch voor vaders, noch voor moeders significante verschillen te zien tussen de drie onderscheiden conformiteitscategorieën. Op het eerste gezicht lijken er echter wel duidelijke verschillen te bestaan tussen de hoog-conformistische ouders enerzijds en gemiddeld- en laag-conformistische ouders anderzijds. Deze tendens is door middel van een t-toets onderzocht. De resultaten hiervan zijn weergegeven in tabel 25. Af te lezen is dat zowel voor vaders als moeders duidelijke verschillen bestaan tussen beide groepen. Hierbij is echter alleen bij vaders sprake van een

significant verschil op .01 niveau (t(20) = 2.53). Wat de vaders betreft lijkt een sterk conformistische opvoedingsoriëntatie zich derhalve moeilijk te verenigen met sensitief-responsief opvoedingsgedrag.

Tabel 25: Uitkomsten t-toets

Index		Hoog-conf.	Restcat.	Verschiltoets[1]
Moeder	gem.	1.73	2.00	t = .83
st.dev.		.80	.79	
N		15	16	
Vader	gem.	1.29	2.27	t = 2.53**
st.dev.		.49	.96	
N		7	15	

**p ≤ .01

[1] De toetsen zijn 1-zijdig uitgevoerd.

3.4. Resultaten met betrekking tot de derde probleemstelling van het onderzoek

3.4.1. Inleiding

De derde en tevens laatste doelstelling van deze studie vormt het onderzoek naar de relatie tussen het optreden van levensgebeurtenissen en het voorkomen van probleemgedrag. Dit is op twee manieren onderzocht. In de eerste plaats is gekeken of de bij het PI aangemelde kinderen gemiddeld meer 'life events' hebben meegemaakt dan daar niet aangemelde, 'normale' basisschoolkinderen. Op grond van het eerder beschreven theoretische kader is de verwachting gerechtvaardigd dat de voor klinische behandeling aangemelde kinderen meer stressvolle levensgebeurtenissen hebben meegemaakt dan 'normale', niet aangemelde kinderen. Met behulp van een t-toets is onderzocht of de gevonden verschillen tussen beide groepen significant zijn.
In de tweede plaats zijn correlaties (Pearson) berekend tussen de door de ouders gegeven beoordeling van het aantal door hun kind meegemaakte gebeurtenissen en de scores op de CBCL. Hierbij bestaat de verwachting dat er bij meer stress (lees: meegemaakte gebeurtenissen) sprake zal zijn van meer probleemgedrag.

3.4.2. Vergelijking van de onderzoeksgroep met een normgroep

In tabel 26 staan de gemiddelde VMG-scores, alsmede hun standaard deviaties van zowel de onderzochte groep als de normgroep. Deze zijn berekend voor drie perioden, te weten: de gehele levensperiode (P_t), het laatste jaar (P_1) en de laatste twee jaar (P_2) voorafgaand aan het GIT-onderzoek. De informatie over de normgroep is ontleend aan een recent artikel van Veerman en Ten Brink (1993, p. 434). Het betreft hier 93 basisschool-kinderen (59 jongens en 34 meisjes) met een gemiddelde leeftijd van 10,2 jaar. Aangezien de gemiddelde leeftijd van deze kinderen hoger is dan die van de onderzochte groep (5,2 jaar) zal hiermee bij de interpretatie van de gegevens rekening moeten worden gehouden. De indeling van onderstaande tabel is eveneens ontleend aan Veerman en Ten Brink.

Tabel 26: Gemiddeld aantal meegemaakte gebeurtenissen in de klinische en niet-klinische groep

Index		Onderzochte groep	Normgroep	Verschil-toets[2]
				P_t
VMGtot[1]	gem.	5.22	4.52	t = 1.42
st.dev.		3.08	2.10	
VMGpos	gem.	2.65	4.57	t = -5.46**
st.dev.		1.87	2.17	
VMGneg	gem.	1.98	1.53	t = 1.51
st.dev.		1.65	1.72	
N		49	90	
P_1				
VMGtot[1]	gem.	2.78	.78	t = 6.12**
st.dev.		2.13	1.01	
VMGpos	gem.	1.48	1.27	t = .99
st.dev.		1.17	1.18	
VMGneg	gem.	.94	.36	t = 2.90**
st.dev.		1.29	.67	
N		48	83	
P_2				
VMGtot[1]	gem.	1.04	1.42	t = -1.21
st.dev.		1.35	1.27	
VMGpos	gem.	.42	1.90	t = -7.85**
st.dev.		.65	1.49	
VMGneg	gem.	.48	.60	t = - .75
st.dev.		.85	.94	
N		48	83	

**p ≤ .01

[1] Omdat niet iedere gebeurtenis altijd als positief of negatief aangemerkt kon worden, sommeren VMGpos en VMGneg niet tot VMGtot.
[2] De toetsen zijn 2-zijdig uitgevoerd.

Uit tabel 26 valt af te lezen dat de gevonden resultaten aan de eerder geformuleerde verwachtingen voldoen: er blijken duidelijke verschillen te bestaan tussen beide groepen. Zo heeft de onderzochte groep kinderen ondanks hun jongere leeftijd in P_t en P_1 gemiddeld meer door hun ouders als negatief gewaardeerde levensgebeurtenissen meegemaakt dan de normgroep. Dit verschil is echter alleen voor de periode van één jaar voorafgaand aan het diagnostisch onderzoek significant op .01 niveau ($t(129) = 2.90$). Ook het totale aantal meegemaakte gebeurtenissen waarbij de waardering geen rol speelt, is voor P_t en P_1 gemiddeld groter voor de door GIT onderzochte groep. Hierbij is eveneens alleen sprake van een significant verschil voor het laatste jaar ($t(129) = 6.12$). De bij het GIT-onderzoek betrokken kinderen hebben, met uitzondering van de periode van één jaar voorafgaand aan de aanmelding bij het PI, gemiddeld minder positief gewaardeerde 'life events' meegemaakt. Deze verschillen zijn volgens de t-toets significant op .01 niveau (P_t: $t(137) = -5.46$; P_2: $t(129) = -7.85$).

3.4.3. Relaties met probleemgedrag

Om de samenhang tussen het optreden van levensgebeurtenissen en het voorkomen van probleemgedrag vast te kunnen stellen zijn correlaties berekend tussen de VMG-scores en scores op de door beide ouders ingevulde CBCL (Totale Probleemscore, Internaliseren en Externaliseren).
In tabel 27 staan de correlaties tussen de beoordelingen van het aantal meegemaakte gebeurtenissen en het probleemgedrag van het kind zoals gegeven door de bij het onderzoek betrokken moeders. Hierin valt op dat alleen tussen meegemaakte negatieve gebeurtenissen in het jaar voorafgaand aan de aanmelding en de totale probleemscore een significante relatie bestaat ($r = .36$, $p = .014$, 2-zijdig).
Verder valt op dat de gevonden correlaties voor het merendeel in de veronderstelde richting liggen: het aantal als positief ervaren levensgebeurtenissen correleert overwegend negatief met probleemgedrag, terwijl het aantal als negatief ervaren gebeurtenissen en het totale aantal gebeurtenissen hoofdzakelijk positieve correlaties te zien geven.

Tabel 27: Correlaties VMG - CBCL (moeder, N = 47)

	CBCL-scores (somscores)								
VMG-scores	Totaal			Internaliseren			Externaliseren		
	P_t	P_1	P_2	P_t	P_1	P_2	P_t	P_1	P_2
VMGtot	.17	.18	.07	-.03	-.03	.04	.05	.06	.03
VMGpos	.05	-.08	.07	-.16	-.22	-.00	.05	-.11	.05
VMGneg	.25	.36**	.02	.08	.16	-.03	.13	.22	-.01

** $p \geq .01$

De correlaties tussen de VMG-scores en de scores op de CBCL voor vaders worden weergegeven in tabel 28. In tegenstelling tot de bij het onderzoek betrokken moeders bestaat er voor vaders geen significante relatie tussen probleemgedrag en het aantal negatieve gebeurtenissen dat een kind in het laatste jaar voorafgaand aan het diagnostisch onderzoek heeft meegemaakt. Wel significant echter is de relatie tussen probleemgedrag en het totaal aantal meegemaakte gebeurtenissen in dezelfde periode ($r = .37$, $p = .035$, 2-zijdig). Blijkbaar bestaat er in dit geval niet zo'n sterke relatie tussen recent meegemaakte negatieve gebeurtenissen en gedragsproblemen, maar heeft vooral het totale aantal levensgebeurtenissen een negatieve invloed op het probleemgedrag.
Eveneens significant zijn de relaties tussen de totale probleemgedragscore en het totale aantal levensgebeurtenissen vanaf de geboorte en de totale probleemgedrag-score en de negatieve gebeurtenissen in dezelfde periode (respectievelijk $r = .42$, $p = .015$, 2-zijdig en $r = .38$, $p = .031$, 2-zijdig). Hierbij geldt: hoe meer gebeurtenissen een kind heeft meegemaakt in zijn of haar gehele leven, des te meer probleemgedrag zal het vertonen.
Verder valt op dat het beeld van de vader een zeer geringe *face validity* bezit: in het merendeel van de gevallen leveren de als positief ervaren levensgebeurtenissen een positieve in plaats van de verwachte negatieve correlatie op.

Tabel 28: Correlaties VMG-CBCL (vader, N = 33)

	CBCL-scores (somscores)								
VMG-scores	Totaal			Internaliseren			Externaliseren		
	P_t	P_1	P_2	P_t	P_1	P_2	P_t	P_1	P_2
VMGtot	.42*	.37*	.02	.12	.15	-.02	.19	.18	.11
VMGpos	.32	.26	.11	.06	.06	.05	.18	.06	.30
VMGneg	.38*	.24	-.09	.17	.15	-.09	.22	.21	-.10

* $p \leq .05$

De hier gevonden verschillen tussen vaders en moeders worden veroorzaakt door de geringe overeenkomst tussen de ouders voor de CBCL totaalscore ($r = .02$, $p = .895$, 2-zijdig). Vaders rapporteren in dit onderzoek gemiddeld meer probleemgedrag dan moeders. De hierboven genoemde correlatie is echter niet significant op 5% niveau, zodat hieruit geen verdere conclusies kunnen worden getrokken.

3.5. Discussie

3.5.1. Het discriminerend vermogen van het diagnosticum ten aanzien van sensitieve responsiviteit van de ouder(s)

Naar aanleiding van de resultaten van de discriminantanalyse kan worden geconcludeerd dat de gebruikte instrumenten slechts ten dele aan het gestelde doel beantwoorden. Alleen bij moeders lijkt men op grond van de gemeten factoren verschillen in sensitief responsief opvoedingsgedrag op het spoor te kunnen komen. Met betrekking tot vaders ligt dit aanzienlijk moeilijker. Deze resultaten zouden een aanwijzing kunnen vormen voor het feit dat bij vaders andere dan de hierboven genoemde factoren een rol spelen. Op basis van het geringe aantal onderzochte vaders is een dergelijke vergaande conclusie echter niet mogelijk. Vervolgonderzoek kan hier wellicht meer duidelijkheid verschaffen.
De resultaten bij moeders duiden erop dat een onderscheid op basis van drie groepen (sensitieve, niet-sensitieve en wisselend sensitieve ouders) niet goed mogelijk is. Het lijkt vooral moeilijk niet-sensitieve moeders te discrimineren van moeders die wisselend-sensitief zijn. Een indeling waarbij deze categorieën zijn samengevoegd en er derhalve alleen een onderscheid gemaakt is tussen voldoende en ontoereikend sensitief responsief opvoedingsgedrag levert betere resultaten op. Dit geeft aan dat het wellicht niet noodzakelijk is een zeer verfijnd onderscheid aan te brengen in verschillende soorten kwaliteiten van sensitief responsief opvoedingsgedrag.
De discriminantanalyse met betrekking tot moeders laat eveneens zien welke van de hierboven genoemde factoren een grote rol spelen en welke minder. Hierbij stemmen de uitkomsten van de discriminantanalyse uitgevoerd over drie groepen zodanig overeen met die uitgevoerd over twee groepen, dat gelijkluidende conclusies mogelijk zijn. Zoals verwacht zijn het vooral de in de Taak-spelsituatie gemeten gedragsaspecten, op grond waarvan verschillen in sensitiviteit van moeders aan het licht gebracht kunnen worden. Dit meetinstrument is immers speciaal bedoeld om ouderlijk gedrag te beoordelen op sensitiviteit. De resultaten van dit onderzoek onderstrepen dit. Deze uitkomsten vormen tevens een ondersteuning van een sinds de invoering van de Taak-Spelsituatie gegroeide praktijk, namelijk de centrale plaats die dit instrument in de GIT-indicatiestelling is gaan innemen.

Uit de statistische resultaten blijkt verder dat het niet goed mogelijk is de mate van sensitiviteit van de moeder af te leiden uit de kwaliteit van de gehechtheid. Een mogelijke verklaring hiervoor is de volgende. In het theoretisch kader van het GIT-project zoals beschreven in mijn scriptie (Verbeem, 1994, p. 6-30) is ervan uitgegaan, dat de mate van sensitiviteit van de ouder een belangrijke invloed heeft op de kwaliteit van de gehechtheid; reageert de ouder consistent sensitief op de signalen van het kind, dan zal in de meeste gevallen een veilige gehechtheid ontstaan. In dit onderzoek is vervolgens gekeken of het mogelijk is op grond van onder meer de kwaliteit van de gehechtheid te bepalen of een ouder al of niet sensitief is. Daarbij is uitgegaan van de veronderstelling, dat de in het theoretisch kader geschetste relatie tussen sensitiviteit en kwaliteit van gehechtheid omkeerbaar is, in die zin dat een onveilige gehechtheid impliceert dat sprake is van weinig sensitief gedrag van de ouder. Een dergelijke relatie mag echter niet zonder meer worden omgekeerd, omdat men nooit uit het resultaat alleen kan afleiden door welke van een aantal mogelijke oorzaken dit in concreto is teweeggebracht. Als een kind onveilig gehecht is, mag daaruit bijvoorbeeld niet zonder meer worden afgeleid, dat het gedrag van de moeder weinig sensitief geweest is; aldus ontkent men namelijk de mogelijkheid dat onveilige gehechtheid andere oorzaken kan hebben dan het ontbreken van sensitiviteit bij de moeder, zoals temperament van het kind en externe factoren (bijvoorbeeld een langdurige ziekenhuisopname van moeder of kind). Het ontbreken van sensitief responsief opvoedersgedrag van de moeder vormt dus op zich een voldoende, maar geen noodzakelijk voorwaarde voor het ontstaan van een onveilige gehechtheidsrelatie.
Tot slot laten de statistische analyses zien dat de zogenaamde kindvariabelen (ego-veerkracht, ego-controle en het voorkomen van probleemgedrag) evenmin een bijdrage aan het onderscheid tussen de verschillende groepen ouders leveren. Dit resultaat is echter niet zo verwonderlijk. Kenmerken in het kind geven immers slechts een indirecte indicatie over het gedrag van de ouder. Wel geven ze belangrijke informatie over de psychische gesteldheid van het kind zelf. Als zodanig zijn ze dan ook onmisbaar voor een correcte indicatiestelling.

3.5.2. Ouderlijke opvoedingsoriëntatie versus sensitieve responsiviteit

In de analyses kunnen de eerder geformuleerde verwachtingen met betrekking tot de relatie tussen opvoedingsoriëntatie en sensitieve responsiviteit ten dele worden bevestigd. Weliswaar worden voor beide ouders verschillen gevonden tussen ouders die zeer sterk gericht zijn op conformiteit enerzijds en ouders die hier minder of nauwelijks nadruk op leggen, maar slechts wat de vaders betreft zijn deze verschillen ook statistisch significant. De eerder geformuleerde verwachting wordt in dit onderzoek derhalve wat de vaders betreft bevestigd: vaders die zeer sterk gericht zijn op conformiteit lijken hier minder adequaat te reageren op specifieke signalen en behoeften van hun kind dan vaders die hierop in mindere mate de nadruk leggen.

3.5.3. De relatie tussen het optreden van levensgebeurtenissen en het voorkomen van probleemgedrag

De analyses laten zien dat de bij het PI aangemelde kinderen gemiddeld meer door hun ouders als negatief gewaardeerde en minder als positieve gewaardeerde gebeurtenissen hebben meegemaakt dan de groep 'normale' basisschoolkinderen, dit ondanks het feit dat de kinderen uit de laatste groep aanzienlijk ouder zijn. Deze resultaten vormen een bevestiging van de aan het begin geformuleerde ver-

wachting dat kinderen met emotionele en gedragsproblemen in hun leven vaak meer levensgebeurtenissen hebben meegemaakt.
De verwachte *samenhang* tussen het optreden van levensgebeurtenissen en het voorkomen van probleemgedrag wordt in dit onderzoek bevestigd voor de totale probleemscore. Echter, deze gevonden verbanden zijn weliswaar statistisch significant, maar tegelijkertijd in grootte zeer bescheiden. Wat de scores berekend voor de twee zogenoemde 'brede band syndromen' (internaliserende en externaliserende problematiek) betreft, zijn - in tegenstelling tot bijvoorbeeld de studies van Berden (1992) en Veerman en Ten Brink (1993) - geen significante correlaties gevonden.

HOOFDSTUK 4 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

De conclusies die hier worden getrokken zijn toegespitst op:
- de resultaten van de screening en selectie
- op wetenschappelijke verantwoording
- op het overdraagbaar maken van de diagnostische procedure.

4.1. Het resultaat van de screening op contra-indicaties

Bij 94 van de 157 gezinnen zijn één of meer contra-indicatie(s) aangetroffen. Dit is een percentage van 60%. De contra-indicaties waren deels gebonden aan het ontwikkelingskarakter van de behandeling en methodiek.
Bij afsluiting van het project zijn de projectgebonden, tijdelijke contra-indicaties afgevoerd. Dit betreft bij de onderzochte groep een vermindering van het percentage contra-indicaties tot 30%. Voor de toepassing van GIT na de ontwikkelfase betekent dit dat er in ruim 2/3 van de gezinnen geen contra-indicaties zullen bestaan voor de GIT diagnostiek.

- Verbreding van de doelgroepen.
  Het idee om bij een tamelijk homogene groep gezinnen de behandelingsmethodiek te ontwikkelen is lopende het project losgelaten. Één-oudergezinnen en kinderen met lichte vormen van organische problemen werden niet meer uitgesloten van de GIT procedure. Deze ontwikkeling in de wijze van toepassing van de contra-indicaties gaande het project heeft de (on)mogelijkheden van toepassing van de GIT behandeling duidelijker gemaakt. In de behandeling is een grotere variatie ontstaan waardoor de doelgroep is verbreed.

- Voor toekomstige gebruikers is het van belang dat vooralsnog de contra-indicatie: 'onduidelijkheid over de opvoedersrol' en 'onvoldoende kennis van de Nederlandse taal' blijven gehandhaafd bij verdere toepassing van de GIT diagnostiek. Voor de toekomst wordt gedacht aan de ontwikkeling van een variant op de methodiek GIT voor allochtone gezinnen.

4.2. Het resultaat van selectie

Van de 50 gezinnen die met GIT diagnostiek zijn onderzocht kregen 28 (56%) gezinnen een GIT behandeling geadviseerd.
Kinderen en hun ouders die de speciale GIT diagnostiek hebben doorlopen kunnen op een aantal persoons, interactie en omgevingskenmerken worden beschreven. Voor de GIT behandeling, de methodiek en de implementatie ervan vormen deze gegevens waardevolle informatie. Voor een beschrijving van de onderzoeksgroep wordt naar het betreffende hoofdstuk 2.4.3. verwezen. Opvallende uitkomst daarbij is het percentage veilig gehechte kinderen dat hoger is dan het gemiddelde van de normgroep (67%: n= 1584). Bij de resultaten van toetsing wordt hier verder op ingegaan.

4.3. Het resultaat van het toetsingsonderzoek

In de loop van het project zou nader onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de diagnostische instrumenten worden uitgevoerd. De bijstelling van en aanvulling op de instrumenten worden uitgevoerd. De bijstelling van en aanvulling op de instrumenten in de aanloopfase leverde ook een nieuw hoofdcriterium in het beslissingsproces op (zie ook Voortgangsverslag 1993). Het was van wetenschappelijk en praktisch belang om deze veranderingen in de samenstelling van instrumenten, met name de invoering van de Taak-Spel-Situatie als centraal instrumentaal te onderzoeken.

- Uit dit onderzoek blijkt het een terechte beslissing om als hoofdcriterium voor de behandeling de uitkomsten van de Taak-Spel-Situatie te nemen. Het percentage correct geclassificeerde moeders is 89. Voor vaders leverde de disciminantanalyse geen significante functie op.
  Dit betekent dat het instrument, door de (discriminerende) validiteit, voor het onderscheid wel of niet sensitief-responsief opvoedersgedrag geschikt is.

- Uit het toetsingsonderzoek blijkt ook dat de verwachtingen over de relatie tussen sensitieve-responsiviteit, gehechtheid, egoveerkracht en egocontrole niet zijn bevestigd. Met dit diagnostisch instrumentarium kan slechts op een paar kenmerken een relatie worden gelegd met de sociaal emotionele problematiek van de onderzochte kinderen.
  Met dit onderzoek is het verband tussen opvoedingsoriëntatie en sensitieve responsiviteit ten dele bevestigd. Dit geldt eveneens voor de samenhang tussen meegemaakte gebeurtenissen en het voorkomen van probleemgedrag. Voor een uitgebreide uitwerking van de onderzoeksresultaten wordt naar hoofdstuk III verwezen.

- Het percentage veilig gehechte kinderen in onze onderzoeksgroep komt op 76%. Op basis van de theoretische uitgangspunten van GIT was echter de verwachting dat het percentage onveilige classificaties aanmerkelijk groter zou zijn. Het meetinstrument de 'procedure van Main & Cassidy' is bovendien in de praktijk een kwetsbaar instrument gebleken (veel onvolledige of mislukte opnames). Dit instrument is niet valide en betrouwbaar te noemen op grond van onze bevindingen.

4.4. Het resultaat van de evaluatieve diagnostiek

Deze bestond uit het verzamelen van gegevens na de behandeling voor het nagaan van een behandelingseffect van de interventie (i.c.) de GIT) op n = 1 niveau.
De totale resultaten per gezin van de nameting bieden geen houvast voor interpretaties. Hiervoor zijn een aantal mogelijke verklaringen te geven:

- Het beëindigen van de behandeling kende geen objectieve maat. Het moment van beëindiging van behandeling is een subjectieve beslissing van de ouder en de gezinsbegeleider samen. Hoewel alle gezinnen bij de afronding een zichtbare verbetering in gedrag lieten zien, was er geen objectieve norm vastgesteld. Had een gezinsbegeleider meer resultaat in gedachten, dan nog moest rekening worden gehouden met de motivatie en mogelijkheden van de ouders.

- De twijfel of de NCKS en de CBCL wel voor dit doel geschikt zijn. Van de CBCL is bekend dat de gemeten kenmerken bij kinderen

tamelijk stabiel zijn (Koot & Verhulst, 1990). Wat de NCKS betreft: ook de dimensies egoveerkracht en egocontrole blijken in de tijd niet makkelijk te veranderen door kortdurende interventies; ze behoren tot de tamelijk vaststaande persoonlijkheidskenmerken. Deze instrumenten zijn niet geschikt om veranderingen op gedragsniveau zo snel op conceptueel niveau te weerspiegelen.

- Wat de herhaling van de Taak-Spel-Situatie betreft kunnen ook geen uitspraken worden gedaan.

- Meer passend bij de behandeling is evaluatie met de methode van de Goal-Attainment-Scaling (GAS) die een meer zinvolle, concrete evaluatie oplevert. Zo was in beide gevallen van verschuiving van problematiek gescoord met de CBCL, het oplossen van de aanvankelijke problemen wel duidelijk resultaat van de behandeling. Maar met GAS worden ouders tenminste beloond met dit positieve resultaat, met de CBCL nameting daarentegen is de boodschap duidelijk negatiever: dat wat er nog meer moet verbeteren.

4.5. De overdraagbaarheid

Tijdens het project werd duidelijk dat het instrumentarium af zou moeten slanken om overdraagbaar te kunnen zijn. De afslanking vond op basis van de volgende criteria plaats:

- aangetoonde betrouwbaarheid en validiteit van een instrument: met andere woorden heeft het instrument geregistreerd wat we wilden onderzoeken
- de beslissingswaarde van een instrument: kan het instrument bijdragen aan het voorspellen van succes in de behandeling en levert het instrument relevante informatie voor de behandeling
- de hoeveelheid tijd die de afname van een instrument vraagt
- de mate van toepasbaarheid, hoeveel logistieke problemen een instrument met zich meebrengt.

Op basis van bovenstaande criteria is de diagnostiek voor de afgeslankte versie teruggebracht tot de Taak-Spel-Situatie (TSS), de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG), de Child Behavior Checklist (CBCL) en de Vragenlijst Conformisme/Aanpassing. In schema ziet het er als volgt uit:

criteria/instrument	TSS	MSC	VMG	NCKS	CBCL	Conf./ Aanp.	Home
validiteit/betrouwbaarheid	+	-	+	+	+	+	-
beslissingswaarde	+	-	+	+/-	+	+	-
tijdsinvestering	+	-	+	-	+	+	-/+
logistieke kenmerken	+	-	+	-	+	+	-
uitkomst	blijft	vervalt	blijft	vervalt	blijft	blijft	vervalt

verklaring afkortingen:

T.S.S. =	Taak Spel Situatie
MSC =	Main en Cassidy procedure
VMG =	Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen
NCKS =	Nijmegen Californië Kinder Sorteertaak
CBCL =	Child Behaviour Checklist
Conf./Aanp. =	Vragenlijst conformisme/aanpassing
Home =	Home Observation for Measurement of the Environment

De vier gehandhaafde instrumenten zijn tenslotte, *naar hun positie en betekenis bij GIT,* als volgt te karakteriseren:

- De **VMG**: is een goede, gestructureerde vragenlijst en geschikt om een 'tijdslijn' van de gezinsgeschiedenis te construeren. Het instrument verschaft informatie over gebeurtenissen ('life events') in het gezin en de bijbehorende beleving, positief of negatief. De lijst is daardoor goed te gebruiken als aanknopingspunt voor een gesprek met de ouder over het kind en blijkt een goed middel om structuur te geven aan het oudergesprek. De verschafte informatie geeft tevens inzicht in de draaglast van het gezin.
  De VMG is duidelijk een instrument om mee te **beginnen**, omdat het een ideaal opstapje verschaft naar het oudergesprek.
  De *beslisingswaarde* van de VMG is *gering*.

- De **CBCL**: ervan uitgaande dat de ouder behoefte heeft aan ondersteuning , is het van belang kinderfactoren te onderzoeken; de lijst verschaft een inventarisatie van kindproblemen en bezit een goede betrouwbaarheid en validiteit. Het instrument vraagt ouders een beeld te geven van de gedragskenmerken van het kind: ervaren ze het als een probleem? De resultaten op de CBCL werden gebruikt als een manier om de ouders te **motiveren** voor de behandeling: "Ziet u wel, u had het ook zelf al gezien". Bood een aanknopingspunt voor het "verkopen" van de behandeling. Biedt ook mogelijkheden tot het "ophangen" van werkpunten aan CBCL-categorieën.
  Ook de **beslissingswaarde** van de CBCL is **niet groot**.

- Vragenlijst **Conformisme/Aanpassing** ('opvoedings oriëntatie'): inventariseert de mate waarin ouders verwachten dat het kind zich aanpast aan eisen, regels en normen van de externe sociale omgeving. Ouders die netjes en ordelijk leven en dat hoog in het vaandel dragen - uitgaan van een vastomlijnde opvatting over "zo moet hij/zij zijn" - scoorden vaak heel hoog op dit instrument, dat voorafgaand aan de TSS werd afgenomen.
  Zowel heel laag als heel hoog scorende groepen kwamen in GIT terecht: vooral de "extremen" leken voor behandeling in aanmerking te komen. Bij extreem scorende ouders werd het advies voor GIT door de diagnosticus a.h.w. *'nadrukkelijker'* gegeven.

De **beslissingswaarde** van het instrument is **allerminst doorslaggevend**; wel heel bruikbaar als informatie over de opvoedingsstijl en -oriëntatie van ouders. Geeft ook informatie over hoe belangrijk oordelen van anderen voor iemand zijn, over het durven hebben van een eigen ('afwijkende') mening.

- **Taak-Spel-Combinatie (TSS)**: met dit instrument worden de ('tekorten' in de) ouderlijke gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie en Regulering gemeten, componenten die tevens centraal staan bij de GIT-interventie. Op gedragsniveau wordt aldus vastgesteld welke aspecten van de opvoedingsvaardigheden van ouders minder goed zijn afgestemd op het kind.
  De **beslissingswaarde** van de TSS is **doorslaggevend**, want:
  - de GIT is een behandeling die heel gedragsmatig is en op gedragsniveau intervenieert
  - het is vanzelfsprekend dat je een instrument hebt (de TSS) dat 'op hetzelfde niveau' de beslissing rechtvaardigt.

4.6. Tot slot enkele aanbevelingen en praktische punten

- De procedure van diagnostiek voor GIT werd in de projectfase succesvol ingepast in de bestaande procedure van toelating op het Pedologisch Instituut te Rotterdam. Op grond van onze ervaringen heeft intensieve samenwerking en inbedding en het brede draagvlak op beleidsniveau er in belangrijke mate toe bijgedragen dat de methode een plaats kreeg binnen de organisatie. De extra tijd die dit kostte heeft zijn vruchten afgeworpen. Een goede inbedding van GIT, als nieuwe methodiek zal in de toekomst voor geïnteresseerde organisaties of instellingen een belangrijk aandachtspunt moeten zijn. Naar onze mening is het een belangrijke voorwaarde voor succes.

- Er is ervaring opgedaan met 'nieuwe aspecten' in de toelatingsdiagnostiek. Wat betreft 'de deelname van beide ouders' en 'meer tijdsinvestering van ouders in toelatingsonderzoeken' is gebleken dat het een probleem is (en blijft) on de vaders bij het onderzoek te betrekken. Daarbij is de ervaring dat als vaders wel deelnamen de extra tijdsinvestering voor hen vanwege het werk vaak bezwaarlijk is. Dit leverde nogal eens haast en ook stress op tijdens de onderzoeken.
  Het gebruik van video beviel over het algemeen goed. Voor de uitvoering van de observaties van de Herenigingssituatie en de Taak-Spel-Situatie leverde het een schat aan informatie. De afhankelijkheid van techniek heeft zeker ook zijn nadelen; onverwachte gebeurtenissen leveren nog steeds problemen op. Het gevolg was dat met name bij de opname voor de gehechtheidsclassificatie veel opnames mislukt zijn. Bij de Taak-Spel-Situatie was het gebruik meestal probleemloos, vanwege een vast protocol en een vaste opstelling van de camera. De ouders waren snel gewend aan een videocamera op het Instituut. Tijdens het 1e gesprek met de maatschappelijk werkster bij het huisbezoek en de opnamen van de HOME ontstond er een kunstmatige sfeer. Dit heeft na een jaar geleid tot het afschaffen van de opname voor de HOME in de thuissituatie.

- Het programma van onderzoek voor de GIT-diagnostiek was overvol. Er was aanvankelijk te weinig tijd gereserveerd voor het opbouwen van het persoonlijk contact. De meer 'technische' benadering met 'instrumenten' en vragenlijsten had nadelige gevolgen voor de relatie met ouders. Er is daarom na verloop van tijd bewust meer tijd uitgetrokken voor een oudergesprek. Dit bleek in de praktijk voor beide partijen een verbetering; de openheid en het vertrouwen bij de ouders nam toe en daarmee ook de opbrengst voor de diagnosticus.

REFERENTIES

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum., Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M.D.S., & Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In: C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.). *Attachment across the life cycle*. London/New York: Routledge.

Arkesteijn, C., (1990). *Screening en selectie-onderzoek: een beslissingsgericht onderzoek, met als doel het verschaffen van een informatiebasis voor de selectie van onderzoekspersonen.* Doctoraalscriptie, Orthopedagogiek, Rijks Universiteit Leiden.

Bartels, A.A.J., (1989). De evaluatiescore: Een eenvoudige en flexibele varial van Goal Attainment Scaling. In: *Tijdschrift voor gedragstherapie,* jaarganr 2, nummer 3, september 1989.

Berden, G.F.M.G. (1992). *De ontwikkeling en toepassing van een levensgebeurtenissen-vragenlijst en van een levensgebeurtenissen-interview* Diss. Rotterdam.

Bernstein, B. (1971). A sociolinguistic approach to socialization: with some reference to educability.
In: B. Bernstein (Ed.). *Class, codes and control*. Vol. 1. Theoretical studies towards a sociology of language. London: Routledge & Kegan.

Block, J.H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In: W.A. Collins (Ed.). *Development of cognition, affect, and social relations. Minnessota Symposia on Child Psychology, Vol. 13*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Bradley, R.H. (1989). Home measurement of maternal responsiveness. In: M.H. Bornstein (Ed.). *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences*. San Francisco/London: Jossey-Bass.

Bruyn,E.E.J. de, (1988) Psychodiagnostiek. in: R. de Groot. K. Doornbos, J.D. van der Ploeg & P.A. de Ruyter (red) *Handboek Orthopedagogiek 8* pp. 1-20. Groningen Wolters-Noordhoff.

Busschbach, A.M. van, Tavecchio, L.W.C., & IJzendoorn, M.H. van (1991). *Procesevaluatie van dagbehandeling: Een vooronderzoek*. Eindrapport t.b.v. de Stichting Ontwikkelingsfonds Dagbehandeling. Leiden: Vakgroep Algemene Pedagogiek.

Erickson, M.F., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In: I. Bretherton &, E. Waters (Eds.). Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (Serial no. 209).

Janssens, J.M.A.M. & As, N.M.C. van, (1994). Kwaliteit van de ouder-kindrelatie en gedragsproblemen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 33, 165-183.*

Jongbloed, M.H.B., & Tavecchio, L.W.C. (1991). *Gezins Interactie Training en Veilige Gehechtheid. De ontwikkeling van een behandelingsmethodiek*. Subsidie aanvraag bij de Stichting Kinderpostzegels Nederland. Pedologisch Instituut Rotterdam/Rijksuniversiteit Leiden.

Jongbloed, M.H.B., Tavecchio, L.W.C., Oomen, H.W.J.M., Legtenberg, G.J.M., & Toonen, K.D.(1993). *Gezins Interactie Training. Voortgangsverslag periode 01 09 91 tot 01 03 93*. Pedologisch Instituut Rotterdam/Rijksuniversiteit Leiden.

Jongbloed, M.H.B., & Legtenberg, I. (1993). Gezins Interactie Training: Een methodiek in ontwikkeling. In: A. Clijsen, & C. Struiksma (Red.). *25 jaar PI-school: een verantwoorde praktijk*. Meppel: Krips Repro.

Joosten, F. & Heiner, W. (1993). *Reader Ontwikkelend Onderzoek*. Pedologisch Instituut Rotterdam.

Kohn, M.L. (1959). Social class and parental values. *The American Journal of Sociology, 64*, 337-351.

Kohn, M.L. (1963). Social class and parent-child relationships: an interpretation. *American Journal of Sociology, 68*, 471-481.

Koot, J.M. (1988). Relaties tussen sensitiviteit van moeders, de competentie van het kind en gehechtheid. Observatie aan een instructietaak. In: J.R.M. Gerris & J. van Acker (Red.). *Gezinsonderzoek nr. 2: Gezinsrelaties onderzocht*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Koot, J.M. (1989). Child Behavior Checklist (CBCL). Het instrument en zijn gebruiksmogelijkheden. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en onderwijs*, 5, nr. 6, 318-326.

Koot, J.M. & Verhulst, F.C.(1990), Stabiliteit van door ouders gerapporteerd probleemgedrag bij vier- tot twaalfjarigen. *Kind en adolescent II(I), 4-17*.

Legtenberg, G.J.M., & Oomen, H.W.J.M. (1994). *Gezins Interactie Training. Een cyclisch proces van afstemming tussen diagnostiek en behandeling* (nog te verschijnen).

Lieshout, C.F.M. van, Riksen-Walraven, J.M.A., Brink, P.W.M. ten, Siebenheller, F.A., Mey, J.T.H., Koot, J.M., Janssen, A.W.H., & Cillessen, A.H.N. (1986). *Zelfstandigheidsontwikkeling in het basisonderwijs*. Nijmegen: ITS.

Luttenberg, M., & Meijnen, G.W. (1985). Gezinssocialisering, sexe en lom-onderwijs. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 24*, 179-194.

Main, M., & Cassidy, J. (1988). Assessments of child-parent attachment at six years of age. (intern report).

Matas, L., Arend, R.A., & Sroufe, L.A. (1978). Continuity of adaptation in the second Year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 49*, 547-556.

Meerling (1988). *Methoden en technieken van psychologisch onderzoek. Deel 2: Data-analyse en psychometrie*. Meppel/Amsterdam: Boom.

Messing, C.T.H.M. & Nijkerk, J.H. & Scholte, E.M.(1993). Populatiekenmerken in de ambulante jeugdhulpverlening. *Kind en Adolescent, 14 (4), 227-240.*

Mey, J.Th.H., Roozendaal, J. van , Brink, P.W.M. ten, & Siebenheller, F.A. (1985). *Validering van een Q-sort ter vaststelling van ego-veerkracht en ego-controle bij kinderen*. Intern rapport 85 ON 03, SVO-project BS560. Katholieke Universiteit Nijmegen: Vakgroep Ontwikkelingspsychologie.

Pameijer, N.K. (1992). *Het hypothesetoetsend model en de diagnostiek van leer-en opvoedingsproblemen in de praktijk.* Amsterdam, Gemeentelijk Pedologisch instituut.

Riksen-Walraven, J.M.A. (1983). Mogelijke oorzaken en gevolgen van een (on)veilige eerste gehechtheidsrelatie. Een overzicht aan de hand van een model. *Kind en Adolescent, 4, nr. 1*, 23-44.

Riksen-Walraven, J.M.A., & Geerts, P. (1988). Sociale ondersteuning en veerkracht: een

vicieuze spiraal? In: P.P. Goudena, H.J. Groenendaal, & F.A. Swets-Gronert (Red.). *Kind in geding. Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen*. Leuven/Amersfoort: Acco.

Riksen-Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag en interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 28*, 16-33.

Riksen-Walraven, J.M.A.(1994).De sensitieve opvoeder: dimensies en determinanten van opvoedersgedrag. in: *Gehecht aan goede relaties* 26-38. Van Gorcum, Dekker & van de Vegt.

Scholte, E.M., & Sontag, L. (1992). *Opvoeding en ontwikkeling. Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen opvoedingsgedrag van primaire opvoeders en de ontwikkeling van jeugdigen*. Utrecht: PCOJ-werkdocument nr. 7.

Schoorl, P.M. (1993). *Opvoeding en opvoedingsproblemen in het gezinsleven*.Amsterdam/ Lisse: Swets & Zeitlinger.

Siebenheller, F.A. (1990). *Problematische opvoedingssituaties: percepties, emoties en disciplineringsreacties van ouders. Een interactionistische exploratie van antecedenten van reacties van ouders in alledaagse problematische opvoedingssituaties*. Diss. Nijmegen.

Tavecchio, L.W.C., Dijkstra, F.E.M., Oomen-v.d. Kerkhof, H.M.J.M., Roorda-Hoonée, J.G.M.T. &, Thomeer-Bouwens, M.A.E. (1990). *Gezins Interactie Training en Veilige Gehechtheid. Vooronderzoek ontwikkeling en toepassing diagnosticum*. Leiden: Vakgroep Algemene Pedagogiek.

Veerman, J.W. (1988). Bedreigende en beschermende factoren in de gezinsomgeving: gegevens uit onderzoek. In: P.P. Goudena, H.J. Groenendaal & F.A. Swets-Gronert. *Kind in geding. Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen*. Leuven/Amersfoort: Acco.

Veerman, J.W., Horst, H. van der, & Koedoot, P. (1989). *De Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG): Een experimentele handleiding*. Paedologisch Instituut Duivendrecht, afd. EPI-projecten.

Veerman, J.W., & Brink, L.T. ten (1993). Het meten van de opvoedingsomgeving met de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen. Theoretische achtergronden en onderzoeksgegevens. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 32*, 426-443.

Verbeem, E.A.(1994), *Gezins Interactie Training: een kritische analyse van de grondslagen van het diagnostisch onderzoek*. Doctoraalscriptie Rijks Universiteit Leiden.

Verhulst, F.C., Koot, J.M., Akkerhuis, G.W., & Veerman, J.W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL (Child Behavior Checklist)*. Assen: Van Gorcum.

Vermulst, A., Gerris, J.R.M., Franken, W.M., & Janssens, J.M.A.M. (1986). Determinanten van ouderlijk functioneren tegen de achtergrond van de theorie van Kohn. In: J.R.M. Gerris (Red.). *Pedagogisch onderzoek in ontwikkeling: opvoedingsprocessen, gezinsproblemen, leren, diagnostiek en probleemgedrag*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.

Wels, P.M.A., & Oortwijn, A.J. (1992). Video-hometraining. Een bijdrage tot wetenschappelijke fundering. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 31*, 3-21.

IJzendoorn, M.H., Tavecchio, L.W.C., Goossens, F.A., & Vergeer, M.M. (1988). *Opvoeden in geborgenheid. Een kritische analyse van Bowlby's attachmenttheorie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

IJzendoorn, M.H. (1992). *Het stempel van ouders op de gehechtheid van het kind*. Diesrede Rijksuniversiteit Leiden 1992.

IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1994). Intergenerationele overdracht van gehechtheid. *Kind en Adolescent, 15 (I). 1-24.*

Zijlmans, S.W.M. & Pameier, N.K. & Vorstermans, M.G.C.,(1993). Het gebruik van de Child Behavior Checklist (CBCL) in het Gemeentelijk Pedologisch Instituut. Amsterdam GPI rapporten 18.

Bijlage 1

Home

"Home Observation for measurement of the Environment " van Caldwell en Bradley (1984).

Responsiviteit/sensitiviteit is waarneembaar in het ouderlijk opvoedingsgedrag en in de wijze waarop de leefomgeving van het kind afgestemd wordt op de behoeften van het kind.(zie ook Tavecchio, 1989).
Voor meting van deze kernvariabele is gekozen voor de "Home Observation for measurement of the Environment " van Caldwell en Bradley (1984) en wel voor de versie voor 3-6 jarige kinderen.
Deze gestandaardiseerde interviewmethode bestaat uit 55 items onderverdeeld in 8 subschalen die betrekking hebben op verbale en emotionele responsiviteit en op responsiviteit m.b.t stimulering van de cognitieve ontwikkeling van het kind. Ook is er een schaal die materiële voorzieningen (speelgoed) en de kwaliteit van leefruimte checkt (Bradley, 1989). Er zijn 3 items die rechtstreeks responsiviteit meet.
Aan de Home Inventory voor 3-tot 6-jarigen is een extra cluster vragen toegevoegd, samengesteld uit items van de Elementary Home voor 6- tot 10-jarigen en gericht op het meten van het emotionele klimaat binnen het gezin. Scoring geeft een kwantitatieve maat voor de ouderlijke responsiviteit. Voorts biedt de Home Inventory de mogelijkheden om kwalitatieve informatie over de gezinsactiviteiten , gezinsregels en gedragspatronen en gedragspatronen te observeren.

Procedure: In dit onderzoek is de HOME afgenomen door de maatschappelijk werkster tegelijk met het vooronderzoek voor de toelatingsonderzoek voor het PI. Het hele interview werd op videoband geregistreerd en aan de hand hiervan werd de lijst voor vader en moeder afzonderlijk ingevuld.

Taak Spel Situatie

"De Taak-Spel-Situatie naar het model van Ericksson, Sroufe en Egeland (1985). "
Met de Taak-Spel-Situatie worden de ouderlijke gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie en Regulering gemeten.
Voor het GIT-project is het van groot belang dat men in de screening- en selectieprocedure inzicht krijgt in de kwaliteit van de interactie tussen ouders en kind. Bij de start van het project bestond de verwachting dat de score op de HOME kwantitatieve resultaten zou opleveren, die direct zouden kunnen leiden tot een verantwoorde beslissing over de vraag of het wenselijk is dat de ouderlijke responsiviteit wordt verbeterd. In de loop van de tijd bleek echter dat deze scores onvoldoende informatie bevatten over het individuele *gedrag* van een vader en/of moeder in de opvoedingssituatie. Om die reden is uiteindelijk besloten de selectie van gezinnen voor GIT-behandeling niet meer alleen te baseren op de (responsiviteits)scores van de HOME, maar op de gestandaardiseerde beschrijving van het gedrag van de ouder(s) in de opvoedingssituatie (Jongbloed et al., 1993, p. 9 v.; Legtenberg & Oomen, 1994).
Een belangrijk middel hiertoe vormt de aan Erickson et al. (1985) ontleende Taak-Spelsituatie. Hierin wordt het gedrag van ouder(s) en kind tijdens het uitvoeren van een viertal opdrachten geobserveerd

en op videoband geregistreerd. De ouders krijgen vooraf instructie over de opdrachten. Omdat het bij de uitvoering hiervan van belang is dat het kind een beroep doet op de ouder(s) voor hulp, wordt tevoren een inschatting gemaakt van het spelniveau van het kind. De sensitiviteit van het gedrag van de ouder(s) wordt geobserveerd aan de hand van de reeds eerder besproken gedragscomponenten emotionele ondersteuning, instructie en regulering.
De video-registratie van de taak-spelsituatie wordt afzonderlijk gescoord door twee observatoren, die het ouderlijk gedrag beoordelen op de mate van sensitiviteit bij het geven van emotionele ondersteuning, regulering en instructie. Hierbij hanteert men een drie-punts schaal voor de codering van het gedrag, nl. *adequaat*, *te veel* of *te weinig* in die situatie. De kwaliteit van het gedrag in deze situatie wordt beoordeeld aan de hand van de codering *niet*, *wisselend* of *meestal*.
Voor dit onderzoek zijn de responsiviteits-scores van de HOME niet in de analyses opgenomen. De scores op dit instrument bevatten namelijk zeer veel 'missing values'. Gekozen is derhalve om bij de statistische analyses uitsluitend gebruik te maken van de responsiviteits-scores van de Taak-Spelsituatie.

Procedure: zie bijlage III.

Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG)

De Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (Veerman, J. W., Horst H. van der, & Koedoot, P. (1989) meet het aantal belangrijke gebeurtenissen als mogelijke stress-maat voor kind en de ouders.

Gezien de significante samenhang tussen het aantal meegemaakte en als stressvol ervaren gebeurtenissen met tal van problemen op het psychosomatische en psychische vlak (Veerman, 1988) is binnen dit onderzoek de Vragenlijst Meegemaakte gebeurtenissen gebruikt.
Ouders kruisen op een vragenlijst aan of een bepaalde gebeurtenis in het leven van het onderzochte kind is voorgekomen. Ook geven ze aan wanneer dit was en of de gebeurtenis een positieve of van negatieve beleving was. Op deze wijze ontstaat een score van het totaal aantal meegemaakte gebeurtenissen, het aantal positieve en het aantal negatieve gebeurtenissen over verschillende periodes.
Tevens schetst dit instrument een tijdpad van de gezinsgeschiedenis. De gegevens worden dan ook beschouwd als belangrijke aanknopingspunten bij het voeren van een oudergesprek en het zicht krijgen op de draaglast/draagkracht verhouding bij de ouders(zie ook het oudergesprek par....).
Procedure: de vragenlijst wordt thuis achtergelaten door de maatschappelijk werkster. Ouders vullen gezamenlijk in en brengen hem mee naar de onderzoeksochtend op het PI.

Vragenlijst conformisme aanpassing

Uit de Ouderlijke Opvoedingsoriëntatieschaal van Vermulst,Franken en Gerris (1985), Siebenheller (1990, p.67) zijn 11 items uit de subschaal Aanpassing/conformiteit gebruikt. Genoemde subschaal geeft de mate aan waarin de ouder verwacht dat het kind zich aanpast aan de externe sociale omgeving, d.w.z. eisen, regels en normen van de ouder zelf, vanuit het gezin en vanuit de samenleving. Een hoge score wijst erop dat de ouder veel nadruk legt op aanpassing aan de door hem en de samenleving gestelde eisen en regels.
In navolging van Siebenheller zijn de ouders in dit onderzoek op grond van de percentielscore op de subschaal Aanpassing en Conformiteit, in drie groepen verdeeld namelijk:

- ouders met een lage score op " conformiteitseisen ten aanzien van het kind" (=l-conf);
- ouders die gemiddeld scoren op "conformiteitseisen ten aanzien van het kind" (=m-conf);
- ouders die hoog scoren op "conformiteitseisen ten aanzien van het kind(= h-conf).

Procedure: De vragenlijsten werden door vader en moeder afzonderlijk ingevuld tijdens onderzoek op het PI.

Main en Cassidy procedure

De kwaliteit van de gehechtheidsrelaties van het kind.
Het instrument "Assessment of parent/child attachment at 6 years of age" is ontwikkeld door de Amerikaanse onderzoeksters Mary Main en Jude Cassidy (1988).
Een manier om de kwaliteit van de gehechtheid te observeren is de analyse van de hereniging van ouder en kind na een scheidingssituatie. Het instrument berust op dezelfde vooronderstellingen die ten grondslag liggen aan de Vreemde Situatie (Ainsworth, 1977). De reacties van het kind op het weerzien met de gehechtheidsfiguur na een scheidingssituatie weerspiegelen zijn ervaringen in de interactie met zijn gehechtheidsfiguren.
Een belangrijk verschil met de procedure van de 'strange situation ' is dat tijdens de herenigingssituatie ernaar wordt gestreefd het kind zo weinig mogelijk stress te laten ondergaan. Het doel van het instrument is te onderzoeken welk "beeld" een ouder oproept bij een ontspannen spelend kind. De vooronderstelling is dat een ontspannen spelend kind de terugkeer van zijn ouder ofwel als verstorend (onveilig gehecht) ofwel als juist niet verstorend (veilig gehecht) zal ervaren.

Procedure: binnen dit vooronderzoek werd zoveel mogelijk voldaan aan de door Main & Cassidy gestelde voorwaarden.
Na een vrije spelsituatie van ongeveer een kwartier in een ruim van speelgoed voorziene spelkamer, vindt de hereniging tussen ouder en kind plaats. De kamer moet zodanig ruim zijn dat ouder en kind elkaar gemakkelijk kunnen ontmoeten, maar dat er ook voor het kind de mogelijkheid is zich terug te trekken en contact te vermijden.
Ongeveer 5 minuten voordat de ouder binnenkomt wordt het kind er terloops van op de hoogte gesteld dat zijn/haar ouder in aantocht is.
De ouder heeft geen enkele instructie gekregen met betrekking tot zijn/haar gedrag bij de hereniging met het kind. De scoring is op het kind gericht: de beoordeling van (verandering in) het spelgedrag met en zonder de ouder, de exploratie in spelsituatie zonder de ouder en de wijze van begroeting van de ouder en het gedrag na hereniging.
10 Minuten voor de ouder binnenkomt tot 5 minuten na de hereniging wordt alles op videoband opgenomen.
De banden zijn blind gescoord door een betrouwbare scoorder van de Vakgroep Algemene pedagogiek. Er is gebruik gemaakt van de hoofdcategoriën A, B, en C en de acht daarbij behorende subcategorieën. Categorie D is niet in het onderzoek gebruikt.

Nijmegen-Californië Kinder-Sorteertechniek (NCKS) versie 1991

De persoonskenmerken egoveerkracht en egocontrole zijn met een voor Nederlandse kinderen gevalideerd meetinstrument, de Nijmegen Californië Kinder Sorteertechniek (van Lieshout et al, 1986) gemeten. Met behulp van deze NCKS kunnen personen die het kind goed kennen een beschrijving geven van het zelfstandig functioneren van kinderen van 3 tot ongeveer 17 jaar.
Deze Q-sort bestaat uit 100 kaartjes die verwijzen naar concrete gedragingen en eigenschappen van kinderen. De kaartjes worden volgens een gestandaardiseerde methode in 9 categorieën gesorteerd. Deze categorieën lopen van "meest opvallend afwezig" tot "meest opvallend aanwezig".
Het aldus verkregen gedragsprofiel wordt vervolgens gecorreleerd met twee ideaaltypische standaardprofielen, een voor egoveerkracht en een voor egocontrole. Sinds 1991 bestaat er bij de verwerking van de gegevens van de Q sort ook de mogelijkheid om de berekenigen in standaardschaalscores uit te voeren. Het concept is onderverdeeld in 11 mega-items. Het begrip veerkracht is daarmee beter gedifferentieerd. De volgende schalen zijn voor het GIT onderzoek gebruikt:
Egoveerkracht, Egobroosheid, Ego-overcontrole, Ego-ondercontole en Prosociale competentie, en antisociale competentie. De andere schalen te weten: Creativiteit, Depressiviteit, Zelfwaardering, Vitaliteit en Sociale Waardering zijn voor klinische behandeling gebruikt. In de screening en selectie hebben deze gegevens echter niet meegespeeld.
Bij de nieuwe versie wordt ook een onderscheid gemaakt tussen ego-ondercontrole en ego-overcontrole. Het blijkt in onze onderzoeksgroep meerdere malen voor te komen dat een kind in de ene situatie heel geremd (hoge score op over-controle) en in andere situaties onbeheerst (hoge score op ondercontrole) reageert.

Procedure:
Ouders verdelen ieder apart de kaartjes over de 9 hierboven genoemde categorieën.
De aanwezige proefleider geeft instructies, overtuigt zich ervan dat de ouders de bedoeling hebben begrepen en bewaakt de tijd. De procedure neemt ongeveer een uur in beslag.

De Child Behavior Checklist (CBCL) en de Teacher Reþort Form (TRF)

Voor de meting van de gedragsproblematiek bij het kind zijn twee vragenlijsten gebruikt: de *Child Behavior Checklist (CBCL)* en de *Teacher Report Form (TRF)*. Beide instrumenten komen naar inhoud en vorm zodanig overeen, dat zij hieronder gelijktijdig besproken zullen worden.
De CBCL is een door Achenbach en Edelbrock in 1983 ontwikkelde onderzoeksprocedure om op gestandaardiseerde wijze van ouders informatie te verkrijgen over zowel competentie als emotionele en gedragsproblemen van kinderen in de leeftijdscategorie van 4 tot 16 jaar. Binnen het GIT-project hanteert men de Nederlandse vertaling van deze vragenlijst en een voor leerkrachten ontwikkelde versie daarvan, de TRF. Beide instrumenten zijn voor Nederland genormeerd en gevalideerd (Koot, 1989, p. 318 v.; Verhulst, Koot, Akkerhuis & Veerman, 1990, p. 7 v.).
De CBCL bestaat uit 20 vaardigheids- of competentievragen (niet gebruikt) en 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen. Ouders kunnen op een driepuntsschaal (score 0, 1 en 2) aangeven in hoeverre het genoemde gedrag al dan niet van toepas-

sing is op hun kind. Op grond van deze gegevens wordt behalve een Totale Problemen score ook een score berekend voor twee zogenoemde 'brede band syndromen': internaliserend (naar binnen gekeerd) en externaliserend (naar buiten gekeerd) probleemgedrag. Het gehele patroon van gedragingen van het onderzochte kind kan vervolgens worden weergegeven in een zogenaamd probleemprofiel (het CBCL-profiel). Hiervoor worden alle ruwe scores omgezet in T-scores en in percentielscores en uitgezet in een profiel. Hierdoor wordt een vergelijking mogelijk van het gescoorde CBCL-profiel van het betreffende kind met gestandaardiseerde scoringsprofielen.
Voor dit onderzoek is bij de analyses uitsluitend gebruik gemaakt van de informatie afkomstig uit het tweede deel van de CBCL, namelijk de 120 probleemgedragitems. Uitgangspunt hierbij vormen de somscores voor probleemgedrag. Deze somscores worden bepaald door het optellen van alle, door de ouders omcirkelde, probleemgedragitems (scores 1 en 2). Doordat uit onderzoek normeringsgegevens beschikbaar zijn voor deze somscores, rekening houdend met de leeftijd en het geslacht van het kind, is het mogelijk om in te schatten of de verkregen score in de *normale range* of in de *klinische range* valt. *Een kind dat in de normale range scoort lijkt op een kind uit de algemene bevolking (normgroep); emotionele en gedragsproblemen zijn nauwelijks of matig aanwezig. Een kind dat in de klinische range scoort lijkt op een kind dat voor hulpverlening is aangemeld (klinische groep); er is duidelijk sprake van emotionele en gedragsproblemen. Als grens wordt het 90ste percentiel van de scores van de onderscheiden normgroepen uit de algemene bevolking gehanteerd. Voor de meeste normgroepen komt dit neer op een T-score ≥ 63. Alleen voor de groep 4-5 jarige meisjes ligt de grens op een T-score ≥ 62.'*
Ook in dit onderzoek wordt een probleemgedrag-score gebaseerd op het tweede deel van de CBCL, uitstijgend boven het 90e procentueel omschreven a;s een klinische probleemscore.

Procedure: De ouders vullen ieder afzonderlijk de vragenlijst in, tijdens de onderzoekochtend op het PI en de TRF is per post naar de leerkracht gestuurd.

Bijlage 2

Subschaal aanpassing en conformiteit van de ouderlijke opvoedingsoriëntatieschaal van Vermulst et Al. (1985)

		helemaal mee eens	tamelijk mee eens	beetje mee eens	beetje mee oneens	tamelijk mee oneens	helemaal mee oneens
1.	Het kind moet leren zich t.a.v. zijn ouders te gedragen zoals het behoort						
2.	In de opvoeding geldt de regel dat het 't beste is als het kind zonder te vragen doet wat er gezegd wordt.						
3.	De bedoeling van mijn opvoeding is dat mijn kind precies weet wat in de volwassen wereld van hem gevraagd wordt						
4.	Het kind moet leren dat de regels en gebruiken in het gezin erg belangrijk zijn						
5.	De opvoeding is pas geslaagd als het kind geleerd heeft zich aan te passen aan de eisen van zijn opgeving						
6.	Je moet je kind niet te veel zelf later beslissen. Later kent het dan de grens niet meer van wat wél en van wat niét kan						
7.	Het is belangrijk dat kinderen hun ouders gehoorzamen						
8.	Het kind moet zich neerleggen bij het standpunt van de opvoeder						
9.	Een kind moet leren dat het zich later moet houden aan geldende opvattingen en regels						
10.	Ik vind dat het kind moet leren om te gaan met anderen zoals dat in ons gezin behoort						
11.	Het kind moet leren het advies van de opvoeder op te volgen						

Bijlage 3

Instructie voor de programma-leid(st)er (i.p.) waarin opgenomen de instructie voor ouders (i.o.)

De taak van de opnameleid(st)er bestaat uit de voorbereiding en de uitvoering van de Taak Spel Situatie.

Algemene voorbereiding

- Het regelen van de toestemmingsprocedure voor video-opnames (voor formulier zie bijlage).
- Het bekijken van een Taak/Spel-situatieband
- Kennis nemen van de theoretische achtergronden van dit instrument lees bijv : ....
- Inschakelen van een assistent voor de opvang gedurende korte tijd (5. minuten) dat het kind even moet wachten.
- Algemene uitleg over datgene wat de ouder kan verwachten, bijvoorbeeld in uitnodigingsbrief of telefonisch contact.
- Nagaan van het puzzelniveau van het kind. Informatie via leerkracht (zie bijlage voor formulier) of anders.

I.P.
De uitvoering in stappen

1 - Het klaarmaken van de onderzoekruimte
2 - Klaarzetten van spelmateriaal
3 - Het geven van de introductie aan ouders en kind
4 - het uitleggen van het protocol van uitvoering
5 - het afsluiten van het onderzoek

Stap 1

Het klaarmaken van de onderzoeksruimte
Zoek een geschikte ruimte voor een opname. Denk aan de factoren geluidsoverlast en teveel of te weinig licht. Ook moet er in de kamer voldoende ruimte zijn voor spel naast het meubilair en er moet spelmateriaal opgeborgen kunnen worden (bijv. kast of kist).

Zet het meubilair in een geschikte opstelling voor de opname en zet de apparatuur klaar.
Belangrijk voor de opstelling is:
- Een camera op een vaste plaats (zodanig dat het ouders en kind zo min mogelijk stoort tijdens de opname)
- Een televisie voor de controle van het opnamebeeld
- Video met band gebruiksklaar
- Flinke tafel
- Drie stoelen
- Kast (kist) met speelgoed

LET OP: Controleer de apparatuur en probeer zonodig een keer uit of alles werkt!

Stap 2

Het klaarzetten van het spelmateriaal
Voor de puzzeltaak een van te voren uitgezochte puzzel.
Voor de kleiopdracht een flink stuk zachte klei.
Voor de vrij spel situatie het benodigde speelgoed.
Behalve de puzzel moet het materiaal apart staan tot het gebruikt moet worden.
Op tafel kan de puzzel klaar staan met daarnaast een ouderinstructieblad (hierop een opsomming van de onderdelen van de TSS voor de ouders).

Stap 3

Het geven van een introductie aan ouders en kind

I.P.

Na ontvangst van de ouders en kind, aan het kind uitleggen dat je zijn/haar vader en moeder eerst een paar nieuwe spelletjes wilt laten zien.

Vertel het kind:
"Het duurt maar even en daarna zullen je vader en moeder met jou de spelletjes gaan doen".
Breng kind naar opvangpersoon, bijvoorbeeld een secretaresse of assistente (stagiaire).

Neem ouders mee naar de spelkamer, die al is opgesteld voor de TSS. Laat ouders gaan zitten en ga zelf tussen hen in zitten, op de stoel van het kind.

Vertel de ouders:

I.O.
"We vragen alle ouders om **samen** met hun kind een aantal taakjes te doen. Wij willen graag weten hoe ... in een nieuwe situatie met iets nieuws omgaat. We willen graag weten hoe iets gaat als hij/zij hulp nodig heeft. Of ... een beroep op U doet voor hulp en hoe het samenwerken verloopt. U mag dus helpen want het is nieuw en onbekend voor hem/haar. Dat is wat we aan U willen vragen.

Natuurlijk, dit is ook onbekend en nieuw voor U, dus zullen we het materiaal eerst bekijken. Als U dan straks samen met .... de puzzel begint komt alles U al wat bekender voor".

Stap 4

Het uitleggen van het protocoolvan uitvoering

Met de puzzel, de klei en het instructie-vel erbij vertel je:

I.O.
"Er zijn vier verschillende spelletjes waarvan we graag willen dat u die aan uw kind voorlegt.
1. Het eerste spel is dit: hier is een puzzel die u samen met ..... gaat maken.
2. In het tweede 'spel' gaat u samen met ..... kleien. U vertelt dat het (een) beest(en) mag maken. U kunt ..... daarbij helpen.
"De klei zet ik zo apart, uit het zicht, bijv. op de vensterbank. Daar kunt U hem straks vinden".
3. Het derde spel is meer een praatspel: u vraagt aan..... zoveel mogelijk namen van dingen die wielen hebben, te noemen. U mag daarbij zoveel aanwijzingen en hints geven als u wilt, U mag dus wel helpen maar niet voorzeggen.
4. Het vierde spel mag gekozen worden uit de volgende dingen zand-poppenkast- lego en poppenhuis.
"U vindt het poppenhuis daar, de zandtafel daar etc..".

I.P.
Duur van de opname

Vertel de ouder dat het totaal ongeveer 20 minuten duurt en dat jij de tijd zult bewaken.

I.P.
Geef uitleg

"U vraagt zich misschien af waarom we dit allemaal zo doen".
over het hoe en waarom op de volgende manier:

De spelletjes en opdrachten zijn met opzet zo uitgekozen dat het kind uw hulp nodig heeft. Het gaat ons er niet om hoe goed of slecht het spelletje gaat. Maar meer welke manieren van helpen U gebruikt. Ook geeft het ons informatie over.... die voor de schoolsituaite heel nuttig is. Bijvoorbeeld: hoe lang wacht hij met hulp vragen"?

"Van deze taken en spelletjes maken we een video-opname. (de camera staat nu nog niet aan). Na afloop hebben we nog even tijd om te praten over wat er gebeurde en om een paar reacties van u op de spelletjes te horen. Ook kunnen we naar de band kijken als U dat wilt".

I.P.

Vat nog een keer samen:
U begint zo dadelijk eerst met de puzzel. En U zegt:
"Nu gaan we samen deze puzzel maken". Na # 5-10 minuten legt u die weg. Daarna komt de klei op tafel. Na ongeveer dezelfde tijd gekleid te hebben ruimt U die op en doet U met hem/haar een raadselspelletje. Is dat klaar dan mag ... samen met U kiezen voor vrij spelen. Daarvoor staan hier de poppenkast, de poppenhuis, lego klaar. Ook kunt U de zandtafel gebruiken als U wilt.

I.P.

Check:
"Heeft U nog vragen? Heb ik het duidelijk genoeg uitgelegd"?

Enkele veel voorkomende vragen zijn:
vraag:
"Is het de bedoeling dat ik hem help of juist niet"?
antwoord:
Het is de bedoeling dat U samen aan de opdrachtjes werkt. Hoeveel U helpt hangt van U zelf af, probeer het maar zoveel mogelijk op thuis te laten lijken, zoals U meestal met hem speelt.
vraag:
"En als hij/zij nou langer over die puzzel doet dan 5 minuten "?
antwoord:
"Het gaat erom dat alle vier de onderdelen aan bod komen. Iets hoeft niet beslist af te zijn. Het hoeft ook niet beslist 5 minuten per onderdeel te duren. Het ene onderdeel vraagt soms meer tijd dan het andere. We laten het aan Uzelf over te beslissen over te gaan naar het volgende onderdeel.

I.P.

Het instructie-papier op tafel achterlaten samen met de puzzel.
De rest op de afgesproken plaats zetten.

I.P.start

Hierna ga je het kind ophalen en wijst het zijn plaatsje aan.
Je geeft aan dat de ouders kunnen beginnen en zet de camera aan.
Je wenst ze succes en noemt het tijdstip dat je terug komt. Je gaat weg.

Stap 5

Het afsluiten van het onderzoek

I.P. duur

Tijd goed bewaken. Bij terugkomst reageren op de situatie d.m.v. invoegen. Bijvoorbeeld de resultaten bewonderen van het kleien. Zet vervolgens de camera uit.

I.P. nabespreking

Het is mogelijk om na afloop kort in te gaan op de ervaringen met de TSS. Soms is het goed om samen naar een stukje van de bandopname te kijken.

DEELRAPPORT III
project
GEZINS INTERACTIE TRAINING

De Methodiek

Eindrapport ten behoeve van de
Stichting Kinderpostzegels Nederland
Rotterdam Pedologisch Instituut
Leiden Vakgroep Algemene Pedagogiek
mei 1995

Auteurs:
drs. G.J.M. Legtenberg
drs. M.H.B. Jongbloed

met bijdragen van
drs. H.W.J.M. Oomen- van de Kerkhof



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

Inleiding	De ontwikkeling van de methodiek GIT	1
	Voorgeschiedenis GIT	1
	De methodiek van het ontwikkelen	1
Hoofdstuk 1.	**De methodiek GIT, voorbeeld van een behandeling**	3
1.1.	Inleiding	3
1.2.	Het behandelingsaanbod	3
Hoofdstuk 2.	**Kenmerken, mogelijkheden en grenzen van de Gezins Interactie Training**	7
2.1.	De theoretische uitgangspunten van de GIT	7
2.1.1.	De gehechtheidstheorie als normatief en beschrijvend referentiekader voor de GIT	8
2.1.2.	De leertheorie als referentiekader voor de gedragsbeïnvloeding	10
2.3.	*Doelgroep van Gezins Interactie Training*	11
2.4.	Beperkingen en mogelijkheden van de Gezins Interactie Training	12
2.4.1.	Contra-indicaties: beperkingen van GIT	12
2.4.2.	Indicatie stelling: mogelijkheden van GIT	14
2.5.	Gezins Interactie training: een vorm van home-training	14
2.6.	Samenvatting	14
Hoofdstuk 3.	**Voorwaarden om met GIT te kunnen werken**	17
3.1.	Inleiding	17
3.2.	Eisen die het uitvoeren van de GIT stelt aan een gezinsbegeleider	17
3.2.1.	Diagnostiek	17
3.2.2.	Intake fase	17
3.2.3.	Behandeling	17
3.2.4.	Evaluatie	17
3.3.	Algemene kennis en vaardigheden	18
3.3.1.	Algemene kennis	18
3.3.2.	Algemene vaardigheden	18
3.4.	GIT-specifieke vaardigheden	18
3.4.1.	Model voor interactie met de ouders	18
3.4.2.	Kenmerken van de interactie tijdens de behandelingsfase	19
3.4.3.	Praktijkvoorbeelden van GIT specifiek communicatie van de gezinsbegeleider	19
3.4.4.	Het aanleren van GIT specifieke vaardigheden	20
3.5.	Voorwaarden vanuit de organisatie	20
3.5.1.	Invoering van GIT in eigen organisatie	20
3.6.	De organisatie en het toepassen van GIT	22
3.6.1.	Tijdsplanning	23
3.6.2.	Materiële voorzieningen: video-apparatuur en opname ruimte	23
Hoofdstuk 4.	**Instrumenten in de Gezins Interactie Training**	25
4.1.	De Taak-Spelsituatie	25
4.2.	De Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS)	25
4.3.	De Checklist Semi-Gestructureerd Interview	26
4.4.	De Satisfactieschaal	28

Hoofdstuk 5.	**De methodiek GIT**	29
5.1.	Methodiekbeschrijving	29
5.1.1.	Diagnostiekfase	29
5.1.2.	Motivatiefase	29
5.1.3.	Intakefase	30
5.1.4.	Behandelfase	30
5.1.5.	Evaluatie	30
5.1.6.	Afbouwfase	30
Hoofdstuk 6.	**Diagnostische fase**	31
6.1.	Theoretische uitgangspunten van de diagnostiek	31
6.2.	Indicerende diagnostiek	32
6.3.	Procedure van screening en selectie voor GIT	32
6.3.1.	Screening op contra-indicaties	32
6.3.2.	Diagnostiek	33
6.3.3.	Indicatiestelling	34
6.3.4.	Hoofdcriterium bij de beslissing tot behandeling	34
6.4.	Praktische uitvoering van de diagnostiek	35
6.5.	Adviesgesprek	38
Hoofdstuk 7.	**Motivatiefase**	39
7.1.	Motivatie	39
7.1.1.	Stadia van verandering	40
7.2.	Vaardigheden gezinsbegeleider	41
7.2.1.	De praktijk	42
7.3.	Motiverende gesprekstechnieken	43
7.3.1.	Non-verbale technieken	44
7.3.2.	Verbale gesprekstechnieken	44
7.4.	GIT-voorbeelden	46
7.5.	Conclusie	48
Hoofdstuk 8.	**Intakefase**	49
8.1.	Overdracht	49
8.2.	Voorbereiding gesprek 1	50
8.2.1.	Semi-Gestructureerd Interview	50
8.2.2.	Introductie werkwijze GIT	50
8.3.	Gesprek 1	52
8.4.	Voorbereiding gesprek 2	52
8.4.1.	De werkpunten	52
8.5.	Gesprek 2	53
8.5.1.	Stellen van doelen door ouders	53
8.5.2.	Stellen van doelen door de gezinsbegeleider	54
8.5.3.	Relatie doelstellingen - problematiek bij aanmelding	55
8.6.	Voorbereiding op de behandelfase	55
8.7.	GIT als mediatietherapie	56
Hoofdstuk 9.	**Behandelfase**	57
9.1.	De opname	57
9.2.	Voorbereiding	57
9.2.1.	Keuze fragmenten	58
9.3.	Het nagesprek	58
9.4.	Theoretische kaders en gedragsbeïnvloeding	59
9.5.	Gedrag: antecedenten en consequenten	60
9.6.	Technieken	61
9.7.	Technieken om gedrag te versterken	62
9.7.1.	*Positieve bekrachtiging*	62

9.7.2.	Negatieve bekrachtiging	64
9.8	Technieken om ongewenst gedrag te verzwakken	64
9.8.1.	Belonen van tegengesteld gedrag	65
9.8.2.	Uitdoving door middel van negeren	65
9.8.3.	Time-out	67
9.8.4.	Overcorrectie (ook wel positieve oefening)	68
9.8.5.	Verzadiging (ook wel negatieve oefening)	68
9.8.6.	Straf	68
9.9.	Technieken om nieuw (gewenst) gedrag aan te leren	70
9.9.1.	Model-leren	70
9.9.2.	Shaping	73
9.9.3.	Chaining	75
9.10.	Technieken vanuit de stimuluskant: stimulus controle procedures	75
9.10.1.	Discriminatietraining	76
9.10.2.	Generalisatietraining	76
9.10.3.	Fading	77
9.11.	Overige interventies	78
9.11.1.	Opdrachten geven	78
9.11.2.	Registratieopdracten	78
9.11.3.	Gedragsoefening	80
9.11.4.	Gedragsinstructie	81
9.11.5.	Positief herstructureren	82
9.12.	Overige belangrijke aspecten ten aanzien van de GIT behandeling	83
9.12.1.	Andere door ouders ingebrachte problemen naast die ten aanzien van het aangemelde kind	83
9.12.2.	Terugkijken van de video in bijzijn van het kind	84
9.12.3.	Rijping of leren	85
9.12.4.	Locus of control Gevoel van competentie	85
9.12.5.	Faciliterende en belemmerende factoren in de behandeling	86
9.12.6.	De ouder als cameraman: voors en tegens	88
9.12.7.	Eénoudergezin	89
9.12.8.	Draaglast ouders	90
Hoofdstuk 10.	**Evaluatie**	91
10.1.	Evalueren	91
10.2.	Goal Attainment Scaling	91
10.3.	GIT-voorbeeld	93
Hoofdstuk 11:	**De Afbouwfase**	95
11.1.	Procedure	95
11.2.	Compilatie video-band	96
11.3.	Satsfactieschaal	
Referenties		97

Bijlage I
Bijlage II
Bijlage III
Bijlage IV
Bijlage V

Voorwoord

Het Project Gezins Interactie Training is afgerond en de methodiek Gezins Interactie Training (GIT) is - na drie jaar ontwikkeling - beschreven.
Deze beschrijving is het werk van meerdere personen. Ineke Legtenberg, heeft vooral gewerkt aan hoofdstukken 6, 7, 8, 9, 10 en 11; Marijke Jongbloed schreef hoofdstukken 1, 2, 3, 4, 5 en de handleidingen van de instrumenten (bijlage I, II, III, IV en V). Bijdragen van Rineke Oomen-van de Kerkhof (Eindrapportage GIT deelrapport II) zijn verwerkt daar waar doelgroep van de GIT en de diagnostiek beschreven is (hoofdstukken 3 en 6).
Dat we GIT op deze manier konden beschrijven is te danken aan de gezinnen die mee wilden doen aan dit project maar vooral aan de gezinsbegeleiders die aldoende van een globaal idee deze GIT maakten. Marjan Boele, Ineke Legtenberg, Koosje Naudts, Charlotte Oele en Martine Veelbehr waren bereid om de werkbegeleiders/methodiekontwikkelaars steeds weer inzicht en inspraak te geven in hun manier van werken. Op basis van hun creativiteit en professionaliteit kon deze methodiek ontwikkeld worden.
De methodiek ontwikkeling was het werk van Ineke Legtenberg, Sytske de Jong (eerste projectjaar), Marian Pauw (pilot-study) en Marijke Jongbloed.
Vanuit de formatieve evaluatie werd de methodiek ontwikkeling kritisch gevolg door de Vakgroep Algemene Pedagogiek Leiden in de persoon van: Louis Tavecchio, Klaas Toonen en Mieke Verhoeven (eerste projectjaar). Door hun rol als "extern geweten" bewaakten ze de kwaliteit van het ontwikkelen).
In dit deelrapport wordt het resultaat van het ontwikkelen, de methodiek beschreven. Het proces van ontwikkelen en de evaluatie daarvan zijn neergelegd in deel rapport I (Jongbloed, M.H.B. en Tavecchio, L.W.C. 1995).
Lies van Dooren en Sasja Driever verzorgden de lay-out van dit rapport.
We hopen dat door deze beschrijving van de Methodiek veel hulpverleners geïnspireerd worden om gezinnen volgens de methodiek GIT te helpen.

Rotterdam, Juni 1995
Marijke Jongbloed
Ineke Legtenberg

Inleiding

De ontwikkeling van de methodiek GIT

Voorgeschiedenis GIT

De Gezins Interactie Training (GIT) is als onderzoeks- en ontwikkelingsproject ontstaan uit een onderzoeks-initiatief in 1988 van Dr. L. Tavecchio van de Vakgroep Algemene Pedagogiek van de Universiteit Leiden.
De gehechtheidstheoretische verklaring voor (een deel van) de bij jongens in bepaalde sectoren van het S.O. gesignaleerde ontwikkelingsproblematiek (vgl. de beide voorafgaande versies van de subsidie-aanvraag) zou oorspronkelijk in het kader van meer fundamenteel, empirisch onderzoek op zijn merites worden getoetst. Dat was althans de opzet van de eerste versie van een bij de Stichting Kinderpostzegels Nederland (SKN) ingediende subsidie-aanvraag (Tavecchio e.a., 1988). De subsidiegever bleek echter voldoende vertrouwen in de (gehechtheids-)theoretische verklaring voor gedrags- en leerproblemen bij jongens te hebben, zodat de voorkeur uitging naar subsidiëring van een praktijkgericht project, waarin sprake zou zijn van interventie bij "probleemgezinnen". De ontwikkeling van een interventie voor "probleemgezinnen" bleek goed te passen bij de behoefte van het Pedologisch Instituut Rotterdam aan een gestructureerde, laagdrempelige vorm van gezinsbehandeling.
In de tweede versie van de subsidie-aanvraag (Tavecchio, Jongbloed, e.a., 1989) werd dan ook veel plaats ingeruimd voor de "methodiekontwikkeling", i.c. de ontwikkeling en toepassing van een interventiemethodiek die gebaseerd is op de gehechtheidstheorie, de leertheorie en op de algemene uitgangspunten van hometraining.
Vanuit het project: 'GIT' (Gezins Interactie Training) is vervolgens door het Pedologisch Instituut Rotterdam in nauwe samenwerking met de Universiteit Leiden een vorm van gezinsbehandeling ontwikkeld, die zich richt op gezinnen met een kleuter waarbij er sprake is van een verstoorde ontwikkeling, waardoor het kind niet optimaal binnen het reguliere onderwijs kan (of zal kunnen) functioneren.

De methodiek van het ontwikkelen

Bij de start van het project waren er, op grond van theoretische kennis en praktijkervaring binnen de sectie jeugdzorg van het Pedologisch Instituut, noties over hoe de begeleiding van een gezin vanuit de algemene principes van Home-training (v.d.Boogaart & Wintels, 1988) zou kunnen plaatsvinden, met andere woorden: er bestond een eerste methodiekversie. Vanuit de inbreng van de twee deelnemende instellingen is gekozen voor de twee theoretische kaders, te weten de gehechtheidstheorie en de leertheorie.
De methodiek GIT is ontwikkeld volgens de methode van ontwikkelend onderzoek, nader te karakteriseren als praktijkgericht onderzoek, dat primair gericht is op het opsporen van die factoren die belangrijk zijn voor (veranderings)processen met een nauw daarmee verbonden formatieve evaluatie om dit proces van ontwikkelen nauwgezet te volgen en te kunnen verantwoorden. (Zie: Eindrapportage GIT deelrapport I.)
Het ontwikkelingsproces van de GIT is (analoog aan Gravemeijer, 1985) te beschrijven als het ontwerpen van een samenhangend geheel van behandelingsactiviteiten. Dit geheel van activiteiten heeft

voor de onderzoeker het karakter van een hypothese en geeft een antwoord op de vraag: "Hoe kun je ouders leren om adequater met hun kind om te gaan?" Het antwoord bestaat dan uit een geheel van behandelingsactiviteiten, waarmee de hulpverlener vorm en inhoud kan geven aan zijn hulp aan ouders. Bij het construeren van dit samenhangend geheel van behandelingsactiviteiten liet de onderzoeker zich leiden door theoretische en aan de behandelingspraktijk ontleende opvattingen. Het ontwikkelingsproces werd, wat betreft de theoretische uitgangspunten, geleid door noties over interactie tussen ouders en kind (gehechtheidstheorie) en noties over hoe gedrag van ouders beïnvloed kan worden (leertheorieën-gedragstherapie). Daarnaast waren de ervaring van de behandelaars en de daaruit voortkomende inzichten over hoe met ouders om te gaan, hoe ouders ander gedrag aan te leren belangrijke bronnen van beschikbare kennis.
In de praktijk van het onderzoek is bij alle behandelingen binnen het project vastgelegd wat de hulpverlener aan de ouders als hulp heeft aangeboden, hoe de hulpverlener de ouders geleerd heeft meer houvast te hebben in moeilijke situaties, welke beslissingen er zijn genomen in het proces van behandelen, en wat er gedurende de behandeling veranderd is binnen het gezin. Daarnaast is door middel van vragenlijsten en evaluatiegesprekken ook aan de ouders gevraagd hoe ze de behandeling hebben ervaren en in hoeverre ze tevreden zijn over het behaalde resultaat. Ook de ervaringen van ouders zijn zo gebruikt om deze vorm van hulp te optimaliseren.
Vanuit de bestudering van de informatie over de behandeling en de invloed ervan op het gezin zijn richtlijnen opgesteld voor de wijze waarop een hulpverlener effectief hulp kan bieden aan de opvoedingsproblemen in de gezinnen. Het geheel van handelingsvoorschriften dat door middel van deze werkwijze ontstaat is de methodiek GIT. De Gezins Interactie Training zoals die nu wordt gegeven aan gezinnen met een kind op de PI-school is daarmee over te dragen aan hulpverleners, die op dezelfde wijze hulp willen verlenen aan gezinnen met kinderen met een verstoorde ontwikkeling, in de eigen werksetting. GIT kan nu middels trainingen aan andere hulpverleners worden geleerd.
De wijze waarop de methodiek GIT tot stand is gekomen is op de voet gevolgd en geëvalueerd in een proces van formatieve evaluatie. Op basis van de formatieve evaluatie kon worden aangegeven in hoeverre de methodiek GIT voldoet aan de kwaliteitseisen van geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, navolgbaarheid, controleerbaarheid en aannemelijkheid (Jongbloed en Tavecchio, 1995).
De formatieve evaluatie vond plaats onder verantwoordelijkheid van dr. L.W.C. Tavecchio van de Universiteit van Leiden, Vakgroep Algemene Pedagogiek.
Het eindprodukt van het onderzoeksproject GIT bestaat uit:

- **Eindrapportage GIT deelrapport I: De Formatieve Evaluatie**; het verslag van het proces van ontwikkelen en de beoordeling van de wetenschappelijke fundering van de ontwikkelde methodiek.
- **Eindrapportage GIT deelrapport II: Een diagnostische procedure** om die gezinnen met een kind met een verstoorde ontwikkeling te selecteren waarvoor GIT een passend hulp aanbod is met daarbij de verantwoording van het proces van ontwikkeling.
- **Eindrapportage GIT deelrapport III: Het handboek voor de methodiek GIT** op basis waarvan een training kan worden gegeven om GIT over te dragen aan andere hulpverleners.

HOOFDSTUK 1. DE METHODIEK GIT, VOORBEELD VAN EEN BEHANDELING

1.1. Inleiding

Bij aanmelding voor de PI-school[1] blijkt dat de ouders vaak al langere tijd zorg om het kind hebben. Ook zijn er kinderen die al hulp hebben gekregen vanuit bijvoorbeeld RIAGG of MKD. Ouders geven vaak aan dat de opvoeding van dit kind niet zo vanzelfsprekend verloopt als de opvoeding van hun andere kind(eren). In zo'n situatie kan het voor ouders prettig zijn een tijdlang hulp te krijgen bij de opvoeding. Bovendien kan door ondersteuning thuis het effect van de hulp die het kind op school krijgt, groter worden.

Ouders geven voorbeelden als:
"Onze zoon is zo verschrikkelijk tegen de draad in. Als je hem iets vraagt zegt hij per definitie "nee". De meest gewone dingen zoals naar bed gaan, eten of speelgoed opruimen, draaien uit op een strijd. We weten echt niet meer hoe we daar nog mee om moeten gaan."
"Onze kinderen maken samen zoveel ruzie. Hoe kunnen we ze vaker gezellig samen laten spelen?"
"De jongste is erg driftig. Als er iets niet naar haar zin is, gaat ze vreselijk te keer. Soms echt volkomen onverwachts. Niets helpt. Als je boos wordt, wordt het alleen nog maar erger."
"Ons dochtertje is heel rustig, maar ook heel gesloten. We komen er maar niet achter wat er in haar hoofd omgaat. Ze heeft bijna geen vriendjes. Vooral de school maakt zich zorgen."

Met behulp van de Gezins Interactie Training kunnen we ouders helpen als er problemen zijn ontstaan bij de alledaagse opvoeding. Zo worden ouders met een kind aangemeld voor de onderbouw van de PI-school uitgenodigd voor de 'Gezins Interactie Training' als blijkt dat deze ouders met deze vorm van gezinsbehandeling te helpen zijn. Als er sprake is van een indicatie GIT en het kind kan geplaatst worden op de school volgt een adviesgesprek waarin het behandelingsaanbod Gezins Interactie Training wordt gedaan. Als de ouders na uitleg en demonstratie van de methode instemmen met het hulpaanbod, volgt de intake fase en behandeling.
We komen dan regelmatig bij de ouders op bezoek. De ouders geven aan waaraan ze willen werken. Samen met de hulpverlener wordt met behulp van video-opnames gekeken naar wat er *goed* gaat. De ouders leren zo hoe ze moeilijke situaties aan moeten pakken. Door deze ondersteuning thuis kan het kind meer profiteren van de hulp die op school geboden wordt.

1.2. Het behandelingsaanbod

Als voorbeeld van hoe een behandeling eruit ziet, beschrijven we hier het aanbod GIT aan de ouders van Dennis.
Dennis werd voor de PI-school aangemeld omdat op basis van de ervaringen op de peuterspeelzaal getwijfeld werd aan de haalbaarheid van regulier kleuter onderwijs. De klachten bij aanmelding

[1] *PI-school; SO school verbonden aan het Pedologisch Instituut Rotterdam

waren: Dennis is druk, wild, luistert slecht en heeft een achterstand in taal-spraak ontwikkeling.
Er waren geen contra-indicaties. Uit het diagnostisch onderzoek bleek dat de ouder-kind interactie niet optimaal was. Centraal voor de indicatie GIT stond de informatie uit de analyse van de interactie tussen ouders en kind in een gestandaardiseerde taak-spel situatie (de TSS) de geanalyseerd is met een binnen de GIT ontwikkeld observatie schema (de GIOS). gebaseerd op de principes uit de gehechtheidstheorie (Erickson, et al, 1985; Koot, 1986). Op basis van deze analyse werd vooral de interactie van moeder en Dennis als onvoldoende sensitief-responsief gekarakteriseerd.
De ouders gaven aan de opvoeding van Dennis moeilijk te vinden. Hij was ook thuis moeilijk te reguleren, luisterde niet, was lastig. Dennis heeft nog één (baby)broertje. Op grond van gegevens uit het onderzoek werd de indicatie GIT gesteld.

Na de toelatingsvergadering volgde een adviesgesprek door de maatschappelijk werkende van de school en de ouders van Dennis kregen het advies plaatsing op de Piloot en Gezins Interactie Training.
De maatschappelijk werkende gaf informatie over GIT en ook kregen de ouders een folder om nog eens na te kunnen lezen waar het nu om gaat.
Hierna wisten de ouders dat:

- de gezinsbegeleider regelmatig op bezoek komt in het gezin.
- de Gezins Interactie Training dat wat *goed* gaat in het gezin als uitgangspunt neemt voor de aanpak van problemen. De ouder leert hierbij van zijn succeservaringen.
- samen met de ouders geïnventariseerd wordt aan welke situaties/problemen ze willen werken: de zogenaamde werkpunten;
- dat er video-opnames gemaakt zullen worden van alledaagse situaties, zoals het moment waarop de kinderen uit school komen, de maaltijd of een spelsituatie, en dat de keuze voor deze opnamesituaties afhankelijk is van de gekozen werkpunten;
- de video-opnames samen met de ouders bekeken en besproken worden in een volgend bezoek (zonder de kinderen);
- dat gestreefd zal worden naar minimaal 1 gesprek en 1 opname (een sessie) per drie weken;
- op basis van de werkpunten een aantal keren tijdens de behandeling (telkens na vier sessies) met de ouders gekeken zal worden of de behandeling aan de verwachtingen voldoet en hoe de situatie dan is. Als de ouders in een dergelijke evaluatie aangeven op deze wijze verder te willen gaan wordt bekeken welke werkpunten nog aandacht vragen en volgt weer een serie sessies;

De ouders van Dennis gaven hierna aan wel te willen beginnen met de GIT en de GIT-gezinsbegeleider maakte een eerste afspraak met het gezin.
In dit eerste gesprek werd na de kennismaking aanvullende informatie gevraagd bij de gegevens uit het toelatingsonderzoek. Bovendien demonstreerde de gezinsbegeleider met behulp van de video-opname van de taak-spelsituatie uit het toelatingsonderzoek aan de ouders hoe de werkwijze eruit ziet.
In een kort daaropvolgend tweede gesprek werd met de ouders afgesproken wat de werkpunten zouden zijn en met welk punt de ouders wilden beginnen.

De ouders van Dennis kozen de volgende werkpunten:
- Dennis leren langer en rustiger door te spelen.
- Dennis leren aan tafel beter door te eten.
- De ouders leren hoe met Dennis om te gaan wanneer hij angstig is.
- Dennis leren beter met andere kinderen om te gaan.

Uitgangspunt van de Gezins Interactie Training is dat ontwikkelings- en gedragsproblemen van kinderen mede te verklaren zijn vanuit de interactie ouder-kind. Dit betekent dat om de werkpunten te kunnen bereiken het noodzakelijk is ook behandelingsdoelen te formuleren die betrekking hebben op de interactie tussen ouder(s) en kind. Voor dit gezin formuleerde de gezinsbegeleider de volgende behandelingsdoelen:

1. De ouders leren om middels emotionele ondersteuning en instructie het gedrag van Dennis te reguleren in plaats van zoals nu meestal gebeurt middels bevelen en geboden, fysieke inperking en straf zijn gedrag te reguleren.
2. De ouders informatie geven over kleuters zodat ze meer weten over de behoeften van hun kind in deze ontwikkelingsfase.
3. Moeder leren meer taal te gebruiken in de omgang met haar kinderen.

Er volgde een serie van vier sessies.
Als eerste werkpunt werd door de ouders gekozen: Dennis leren langer en rustiger te laten door spelen.
Het drukke overbeweeglijke gedrag werd door de gezinsbegeleider benoemd als enthousiasme waarbij Dennis geen maat wist en de ouders hem maat moesten leren.
Daarvoor werden een aantal opnames gemaakt in een spelsituatie thuis.
Het bleek dat Dennis vaak gewenst gedrag liet zien maar dat hij daar onvoldoende expliciet voor werd beloond.
Door fragmenten te laten zien waarop Dennis positief (rustig) reageerde en de aandacht van de ouders sterk te richten op dit gewenste gedrag en de wijze waarop dit beloond kon worden, trad er snel een verbetering in.
Daarnaast werd aan de ouders uitgelegd dat het voor 'onze' kinderen *beter is zo vroeg mogelijk in te grijpen. Moeder liet vaak uit medelijden* ongewenst gedrag heel lang toe, waarna ze als het haar teveel werd heel fel ingreep, waar ze dan ook weer spijt van had.
Het beter eten aan tafel werd 'vanzelf bereikt' nadat de amandelen waren geknipt.
Na vier sessies werd geëvalueerd en werden opnieuw vier sessies afgesproken.
Aan het derde werkpunt werd gewerkt door met de ouders te praten over de manier waarop ze tot nu toe al reageerden wanneer Dennis angstig was en hen te prijzen voor hun verstandige aanpak. Ook werd er uitleg gegeven over vroegkinderlijke angsten, en werd er een opname gemaakt op zolder. Deze opname werd door ouders en gezinsbegeleider bekeken en er werd met de ouders geoefend wat zij tegen Dennis zouden kunnen zeggen als ze de opname later samen met hun zoon zouden bekijken.
Het vierde werkpunt werd vooral betrokken op de omgang met het broertje.
Met de ouders werden vooral fragmenten bekeken waarbij het de ouders goed lukte hun aandacht over beide kinderen te verdelen.

Ook werd met hen besproken dat het leren omgaan met andere kinderen ook een doelstelling van de school is.
Bij de volgende evaluatie bleken de ouders heel tevreden over de gedragsveranderingen van hun kind.

Figuur 1.1.: Opbouw van de behandeling

SCREENING EN SELECTIE		
INTAKE-FASE	TWEE GESPREKKEN	
BEHANDELINGSBLOK	VIER SESSIES	1-3 KEER
EVALUATIE	EEN GESPREK	
AFBOUW-FASE	TWEE SESSIES	

Afgesproken werd om de begeleiding af te bouwen in twee volgende sessie met geruime tijd er tussen. In deze laatste sessies werd door de gezinsbegeleider op basis van de opnamen het positieve effect van de competente wijze van omgaan met Dennis door de ouders bekrachtigd. Daarnaast werd besproken hoe zij in de toekomst om zouden kunnen gaan met eventuele problemen. Tenslotte kregen de ouders een videoband van de gezinsbegeleider met daarop verschillende momenten met gewenst succesvol gedrag van de ouders met het advies hier nog eens naar te kijken als er terugval in het gedrag van Dennis zou zijn.

Bij de eind-evaluatie gaven de ouders in het nagesprek maar ook op de satisfactielijst aan heel tevreden te zijn met de door hen bereikte resultaten. Met name ook het positieve commentaar van de omgeving op het (andere) gedrag van Dennis bleek een belangrijke factor in hun gevoel van succes.
In de evaluatie van de behandelingsdoelen kwam naar voren dat uit de analyse van de laatste video-opnames bleek dat de ouders sensitiever reageren. Ze zijn beter in staat de behoeften van Dennis in te schatten en daar hun gedrag op af te stemmen. Bovendien gebruikt moeder in de interactie meer taal en geeft emotionele ondersteuning en instructie om Dennis' gedrag bij te sturen.
Het resultaat van de wijze van interveniëren binnen de GIT is dat ouders niet geconfronteerd worden met hun falen, maar juist met hun mogelijkheden. Dit verhoogt hun gevoel van competentie als opvoeder. Zo vaak mogelijk wordt het effect van hun gedragsverandering zichtbaar gemaakt in het verkrijgen van gewenst gedrag van het kind, de opvoedingssituatie zelf wordt de beloning voor competent opvoeders gedrag. De ouders (her)vinden weer plezier in het opvoeden van hun kind.
Door de behaalde gedragsverandering wordt de sensitieve-responsiviteit van de ouder-kind relatie vergroot waardoor de ontwikkeling van het kind gestimuleerd wordt en het kind zich in allerlei situaties dus ook op school meer competent kan gedragen.

HOOFDSTUK 2. KENMERKEN, MOGELIJKHEDEN EN GRENZEN VAN DE GEZINS INTERACTIE TRAINING

Bij het ontwikkelen van de Gezins Interactie Training zijn vooraf uitgangspunten opgesteld waaraan de te ontwikkelen methodiek moest voldoen. (Jongbloed & Tavecchio, 1991). Deze uitgangspunten betreffen enerzijds inhoud van de methodiek die bepaald wordt door de gekozen theoretische referentiekaders en anderzijds de keuze voor home-training, de vorm waarbinnen de interventies zijn ontwikkeld. Ook de groep ouders en kinderen waarvoor de GIT is ontwikkeld werd van te voren omschreven. Vanuit deze keuzen zijn de mogelijkheden en beperkingen van de GIT aan te geven, en zijn indicaties en contra-indicaties vastgelegd.

2.1. De theoretische uitgangspunten van de GIT

Centraal binnen de Gezins Interactie Training staat de kwaliteit van de ouder-kind interactie, d.w.z. de wijze waarop de ouders de relatie met het kind aangaan. Binnen de Gezins Interactie Training wordt een goede relatie getypeerd vanuit de gehechtheidstheorie. "een goede relatie is te omschrijven als een relatie waarin een kind zich veilig voelt en waarin het in staat is zijn competentie zo goed mogelijk te ontwikkelen" (Riksen-Walraven, 1994). Het gevoel van veiligheid en competentie bouwt het kind op basis van de ervaringen die het in de interacties met de ouders opdoet. Zowel in de GIT diagnostiek als tijdens de GIT behandeling staat de kwaliteit van de ouder-kind interactie centraal. Uit onderzoek (Van IJzendoorn, et al, 1992) blijkt in klinische populaties de rol van de ouders bij het totstandkomen van een veilige gehechtheidsrelatie groter te zijn dan die van het kind.
Ouders slagen er bij allerlei typen kinderen vaak toch in hun kind die ervaringen te laten opdoen waardoor een veilige relatie wordt opgebouwd.
Het uitgangspunt van de GIT is dat een aantal ouders er **niet** in slaagt een goede relatie met het kind op te bouwen, vaak mede door de specifieke eisen die hun kind stelt aan de opvoeding. Dit heeft naast de kindkenmerken invloed op de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind. Vanuit de gehechtheidstheorie kunnen uitspraken worden gedaan over de invloed die gehechtheidsrelaties hebben op de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind.
Daar waar sprake is van niet optimaal opvoedersgedrag èn problemen in de ontwikkeling van het kind kan Gezins Interactie Training worden aangeboden.
Voorafgaande aan de behandeling moet dan worden vastgesteld wat de gewenste veranderingen zijn in het gedrag van de ouders om tot een kwalitatief goede ouder-kind interactie te komen: bepaalde gedragingen van de ouders zullen moeten toenemen terwijl andere zullen moeten afnemen. De basis voor deze beoordeling is gelegen in de gehechtheidstheorie. De **gehechtheidstheorie** vormt hiermee het normatieve en beschrijvend kader voor de GIT.
Om het opvoedersgedrag te beïnvloeden in de gewenste richting wordt gebruik gemaakt van gedragsbeïnvloedende technieken uit de **leertheorie**.

2.1.1. De gehechtheids-theorie als normatief en beschrijvend referentiekader voor de GIT

Centraal in het diagnostisch onderzoek en de behandeling staat de beoordeling van de kwaliteit van de ouder-kind interactie in gehechtheidstermen. De beoordeling van het opvoedersgedrag is gebaseerd op **het centrale concept van de gehechtheidstheorie; de Sensitieve-responsiviteit**. Onder sensitief-responsief gedrag wordt verstaan de mate waarin de opvoeder signalen van het kind opmerkt, deze juist interpreteert, in staat en bereid is daarop effectief te reageren en zo een gevoel van vertrouwen, toegankelijkheid en bereikbaarheid weet op te roepen (Riksen-Walraven, 1989).
Met andere woorden: responsiviteit heeft betrekking op de reacties van de opvoeder op het gedrag van het kind, sensitiviteit verwijst naar actief opvoedersgedrag dat aangepast is aan het ontwikkelingsniveau en de actuele toestand van het kind (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).
Sensitieve-responsiviteit blijkt positief samen te hangen met een veilige gehechtheid, exploratief gedrag en een gezonde sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling (zie o.a. Koot, 1988). Door de sensitiviteit van de opvoeder kan het kind een positief beeld vormen van de eigen effectiviteit èn van de beschikbaarheid van anderen, het kind ontwikkelt zelfvertrouwen en vertrouwen in de ander. De belangrijkste aanname uit het theoretisch kader van de gehechtheidstheorie is dat sensitieve-responsiviteit van de opvoeder een belangrijke, zo niet de belangrijkste determinant van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is. "De oorzaak van een gebrek aan sensitieve-responsiviteit kan liggen op verschillende niveau's tussen het uitzenden van een signaal door het kind en de uiteindelijke response van de opvoeder. Zo is het mogelijk dat de opvoeder signalen niet opmerkt, ze niet juist interpreteert, niet wil reageren, niet kan reageren of niet beschikt over de juiste response." (Riksen-Walraven 1994).
Binnen de methodiek GIT is daarom gekozen voor de ontwikkeling van een behandeling die zich richt op beïnvloeding van het opvoedingsgedrag van de ouder(s) en daarmee op verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind interactie. Door de behandeling wordt de sensitieve responsiviteit van de ouders vergroot, het opvoedersgedrag geoptimaliseerd.
Op basis van deze opvattingen over de wijze waarop de ouder-kind interactie de ontwikkeling van het kind beïnvloedt, wordt vooraf - in de diagnostische fase - en tijdens de Gezins Interactie Training gekeken naar de wijze waarop de ouders en het kind met elkaar omgaan. Het gedrag van het kind wordt ook geobserveerd om na te gaan in hoeverre het kind reageert op, of kan reageren op de ouder(s).
"Bepaalde aangeboren kenmerken van kinderen, zoals een moeilijk temperament of lichamelijke of verstandelijke handicaps kunnen het voor ouders heel moeilijk maken om het kind in interacties die ervaringen te laten opdoen die het nodig heeft voor het opbouwen van een gevoel van veiligheid." (Riksen-Walraven, 1994).
Tijdens de ontwikkeling van de GIT is gebleken dat vooral bij kinderen met sterk afwijkend gedrag - zoals bijvoorbeeld bij kinderen met ADDH of een Pervasive Ontwikkelingsstoornis - het voor ouders moeilijk is hun gedrag goed af te stemmen op de behoeften en mogelijkheden van hun kind. Bij de andere kinderen in het gezin ervaren ze dan niet die problemen in de omgang die ze bij het aangemelde kind wel ervaren.
Ouders van een "bijzonder" kind zullen eigenlijk extra sensitief, inventief, flexibel en volhardend moeten zijn (Riksen-Walraven,

1994). Een behandeling zoals GIT kan deze ouders helpen dit extra's aan hun kind te bieden.
Zoals gesteld is het doel waarop de GIT zich richt het verbeteren van het sensitief-responsief gedrag van de ouders. Dit betekent dat moet kunnen worden aangeven welk gedrag van de ouders vanuit deze optiek gewenst of ongewenst is.
Er is hiervoor een observatie schema ontwikkeld, nl. de Gezins Interactie Observatieschaal (GIOS).
Uit literatuur is bekend dat bij een ouder de sensitiviteit van zijn of haar gedrag gemeten kan worden aan een aantal functionele dimensies (Koot, 1988).
Op basis van aan de gehechtheidstheorie ontleende opvattingen over kwaliteit van interacties tussen ouders en kind vindt een gestandaardiseerde beschrijving plaats met behulp van de GIOS.
Het gaat om **functionele gedragscomponenten** in het opvoedersgedrag van de ouders, geoperationaliseerd op basis van werk van Erickson et al (1985), Koot (1988) en Van Lieshout (1986).
Deze functionele gedragscomponenten zijn: **Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering, en Afstemming.**

Emotionele Ondersteuning;
De mate van emotionele beschikbaarheid en toegankelijkheid van de opvoeder.
Het gaat hierbij om gedrag waarmee de ouder het kind motiveert, affectie deelt, het kind aanmoedigt en ruimte geeft zelf iets te doen. En om reacties op signalen van het kind waarbij het aangeeft behoefte te hebben aan contact en troost.
Voorbeeld: *"Een aai over de bol" of : "ik vind het fijn dat je zo'n mooie tekening voor mij gemaakt hebt."*

Instructie
Het geven van informatie noodzakelijk voor de ontwikkeling van kennis en vaardigheden of informatie nodig om een taak tot een goed einde te brengen.
Dit kan de ouder doen door iets uit te leggen, informatie te geven, reacties te geven op gewenst of ongewenst gedrag van het kind door de aandacht van het kind te richten, door te structuren.
Voorbeeld: *"Draai eerst de puzzel-stukjes maar eens om met de plaatjes naar boven."*

Regulering
De wijze waarop en mate waarin de opvoeder het gedrag van het kind probeert te sturen of onder controle te houden. De ouder stelt bijvoorbeeld vragen, geeft suggesties of verklaart. Ook valt onder deze component het geven van opdrachten, bevelen of verboden, straffen en fysiek ingrijpen.
Voorbeeld: *"Ruim eerst je kamer op voor je gaat spelen"*

Afstemming
Het kwalitatieve aspect van de interactie: de Afstemming wordt beoordeeld door aan te geven of het gedrag van de ouder voldoende is afgestemd op de behoefte van het kind in betreffende situatie. Gekeken wordt of het gedrag van de opvoeder aansluit bij de signalen van het kind (Timing en Tempo), respect heeft voor de autonomie van het kind en hoe de emotionele toon is. Daarnaast kijken we of het gedrag van de ouder is afgestemd op het ontwikkelingsniveau van het kind.

Kindkenmerken
Omdat ook de wijze van reageren van het kind bepalend is voor de wederkerigheid van de interactie en daarmee indirect ook voor de kwaliteit van de interactie, wordt ook gekeken naar de wijze waarop het kind zich beschikbaar stelt binnen de interactie.
Gelet wordt op de sociale componenten van het gedrag: de competentie, de mate van zelfstandigheid en de emotionele componenten van het gedrag; de mate van affectief en communicatief zijn en het enthousiasme van het kind.
Kenmerken van het kind die de interactie negatief beïnvloeden kunnen het ouders heel moeilijk maken hun kind voldoende positieve ervaringen op te laten doen om tot een gevoel van veiligheid en competentie te komen.
De kindkenmerken zijn zo mede bepalend voor de kwaliteit van de ouder-kind interactie, dat ze onderdeel uitmaken van de beschrijving van de ouder-kind interactie binnen GIT. De beschrijving van de kindkenmerken wordt gebruikt om na te gaan in hoeverre hierdoor negatieve effecten op het opvoedersgedrag van de ouders zijn ontstaan, bijvoorbeeld omdat het kind weinig responsief is en daardoor weinig "belonend" voor de ouders. Op basis van de beschrijving van het gedrag van de ouders vanuit de functionele gedragscomponenten kan aangegeven worden welk gedrag van de ouders vermeerderd dan wel verminderd moet worden of nieuw moet worden aangeleerd om de kwaliteit van de ouder-kind interactie te verbeteren.
Geoperationaliseerd in de GIOS speelt de gehechtheidstheorie een belangrijke rol in verschillende fasen van de GIT en wel bij:
- de screening en selectie van de gezinnen in het toelatingsonderzoek en wel in de Taak-Spel Situatie (6.3.2.).
- het vaststellen van de behandelingsdoelen (8.5.2.).
- de observatie, analyse en beoordeling van de ouder-kind interactie tijdens de video-opnames in de behandeling (9.2.1.).
- de evaluatie van de behandeling (10.1.; 10.2.; 10.3.).

Vanuit de gehechtheidstheorie kan zo worden aangegeven - op basis van de interactie analyse met de GIOS - hoe door ander gedrag van de ouders meer gewenst gedrag van het kind kan ontstaan. Vanuit de gehechtheidstheorie kan echter **niet** worden aangegeven hoe die gedragsveranderingen bereikt kunnen worden.

2.1.2. De leertheorie als referentietiekader voor de gedragsbeïnvloeding

Zoals aangegeven vormt de gehechtheidstheorie het normatieve kader van de Gezins Interactie Training. Dat wil zeggen dat door middel van de uit deze theorie afgeleide operationalisaties van opvoedersgedrag (GIOS) aangegeven kan worden aan welke kenmerken/karakteristieken een optimale ouder-kind interactie moet voldoen. Gedragscomponenten als Emotionele Ondersteuning, Instructie en Regulering dienen optimaal aanwezig te zijn. Bovendien moet er sprake zijn van een goede Afstemming van de ouder.
De gezinsbegeleider probeert het gedrag van de ouders zodanig te beïnvloeden dat dit in de gewenste richting verandert zodat een optimale ouder-kind interactie tot stand kan komen. Daartoe maakt zij gebruik van verschillende gedragsbeïnvloedende technieken die gebaseerd zijn op de leertheorie, technieken die ook binnen de gedragstherapie toegepast worden. De gezinsbegeleider zal daarbij de technieken echter zó toepassen en (gedeeltelijk) overdragen aan ouders dat er tussen gezinsbegeleider en ouder óók sprake is van een sensitief-responsieve relatie. Dit houdt concreet in dat de gezins-

begeleider ook model staat voor de gedragingen die de ouders moeten leren dan wel vaker moet tonen. Tegenover ouders die bijvoorbeeld te weinig emotioneel ondersteunen en te regulerend optreden zal de gezinsbegeleider juist wat meer ruimte bieden en veel motiveren, aanmoedigen en affectie delen.
In hoofdstuk 9 worden de verschillende interventies behandeld die de gezinsbegeleider in relatie tot de ouders hanteert om verandering van gedrag bij de ouders te bereiken.
Binnen de GIT wordt gebruik gemaakt van operante technieken zoals die ook binnen de gedragstherapie toegepast worden. Deze technieken baseren zich op het principe dat gedrag bepaald wordt door wat er op het gedrag volgt, de zogenoemde consequenten.
Deze kunnen verschillende vormen aannemen. Als het gevolg prettig is zal het gedrag versterken. Wanneer het echter om een negatieve, een vervelende consequentie gaat zal het gedrag juist minder vaak optreden. Ook wanneer er geen consequentie meer op het gedrag volgt zal het gedrag na een poos niet meer voorkomen. Met behulp van operante technieken kan bereikt worden dat gedrag wordt:

- versterkt: het neemt dan in frequentie toe
- verzwakt: de frequentie neemt af;
- opgebouwd: nieuw gedrag wordt geleerd;
- gebracht onder controle van andere stimuluscondities.

De gedragsversterker voor de ouder is binnen de GIT - uiteindelijk - het gewenste gedrag van het kind.
Binnen de GIT gaan we dus op zoek naar de tekorten die in het gedrag van de ouders zichtbaar zijn en op basis hiervan worden behandelingsdoelen opgesteld. Deze behandelingsdoelen zijn gericht op verandering van ouderlijk gedrag. Belangrijk is dat bij het bereiken van de doelen steeds gewerkt wordt aan het opdoen van succeservaringen door de ouders. De positieve aspecten in het gedrag van de ouder worden belicht. Met het toepassen van deze gedragsveranderende technieken wordt vaak ook informatie overgedragen over de werkwijze van deze technieken. Met de ouders wordt dan bijvoorbeeld besproken wat het effect is van belonen of wat het effect is van ongewenst gedrag negeren. Wanneer de ouders impliciete of expliciete kennis opdoen over deze effecten dan zullen zij ook beter in staat zijn de technieken te hanteren in hun relatie naar het kind. Want ook bij een verbeterde interactie - een verbeterde relatie tussen ouder en kind - kunnen er nog gedragingen blijven die ouders veranderd willen zien. Binnen de GIT wordt de ouders geleerd hoe ze hun kind gewenst gedrag kunnen aanleren (8.7.).

2.3. Doelgroep van Gezins Interactie Training

De Gezins Interactie Training richt zich op gezinnen met kinderen van 4-7 jaar, met een verstoorde ontwikkeling waardoor de opvoeding van het kind in het gezin problemen op levert en waardoor het kind vaak niet (meer) optimaal van het regulier onderwijs kan profiteren.
Bij aanmelding blijkt vaak dat ouders al langere tijd zorgen om hun kind hebben. Ook waren er kinderen die al eerder hulp hadden gekregen vanuit bijvoorbeeld RIAGG of MKD.
De voor de GIT screening en selectie aangemelde kinderen en hun ouders zijn te beschrijven met de volgende kenmerken:
De kinderen zijn gemiddeld 5.2 jaar en er zijn 5 maal zoveel jongens als meisjes. Ze hebben gemiddeld meer stressvolle gebeurtenissen meegemaakt dan niet-aangemelde kinderen. De mate van probleemgedrag (CBCL) is bij de helft van het aantal kinderen in de klinische range. De ouders geven aan dat het soort problemen dat valt onder de categorie externaliserende problemen, (beweeglijk, driftbuien, niet

luisteren) thuis de overhand heeft. Op school komen even vaak externaliserende als internaliserende (teruggetrokken, angstig) problemen voor. De kinderen kenmerken zich door weinig egoveerkracht en een neiging tot te zwakke egocontrole.
De ouders behoren wat hun opleiding en beroepsniveau betreft tot de groep laag-geschoolden en ongeschoolden. Ze hebben samen met hun kind veel stressvolle gebeurtenissen meegemaakt. De gezinnen zijn in 2/3 van de gevallen volledige gezinnen. 16% van de gezinnen is een één-ouder gezin en 10% heeft een bijzondere samenlevingsvorm (LAT, mee opvoedende grootouders e.d.). De ouders hebben een sterke neiging tot conformisme en aanpassing als het gaat om hun verwachtingen van de opvoeding: bij moeders is die neiging nog sterker dan bij vaders. De onderzochte ouders blijken meer inadequaat dan adequaat opvoedingsgedrag te vertonen. De gedragscomponent waarop vaders en moeders inadequaat scoren zijn vooral Emotionele ondersteuning. Alleen in Regulering zijn de onderzochte vaders in iets meer dan de helft van de gevallen inadequaat.
De reden van aanmelding van de kinderen bij de PI-school is vaak:
- achterstand in diverse ontwikkelingsgebieden met name taal/-spraak en motoriek
- gedragsproblemen als driftbuien, ongeconcentreerdheid overbeweeglijk, dan wel faalangstig, kwetsbaar
- specifieke ontwikkelingsstoornissen, bijv. pervasieve ontwikkelingsstoornis

Problemen die door ouders genoemd werden en waarmee ze geconfronteerd worden in de alledaagse opvoedingssituatie zijn ondermeer:
- ongehoorzaamheid
- slaapproblemen
- slecht of niet willen eten
- angsten
- vaak huilen
- moeilijk samenspelen met andere kinderen
- niet tegen zijn/haar verlies kunnen.
- niet zelfstandig kunnen spelen
- wiegen/schommelen
- driftbuien
- druk, impulsief
- slecht praten

Het zijn deze problemen waaraan ouders willen werken als ze het behandelingsaanbod GIT accepteren.

2.4. Beperkingen en mogelijkheden van de Gezins Interactie Training

2.4.1. Contra-indicaties: beperkingen van GIT

Binnen de GIT worden de ouders met name aangesproken op hun rol als opvoeder.
Beperkingen voor de indicatie GIT worden dan ook vooral bepaald door beperkingen van de ouders. Deze kunnen zowel van persoonlijke als van situationele aard zijn.
Of er sprake is van contra-indicaties wordt nagegaan voordat de feitelijke diagnostiek wordt afgenomenen. De contra indicaties zijn:
Ernstige persoonlijke problematiek bij (een van) de ouders of andere gezinsleden.
Uit de dossieranalyse bleek bij (19%) van de gezinnen sprake van ernstige persoonlijke problematiek van één van de ouders of andere gezinsleden. Om een GIT te kunnen uitvoeren moet er ruimte zijn in

het gezin. Anders gezegd: ouders moeten tijd en energie over hebben om in de behandeling te willen en kunnen steken. Deze groep ouders heeft te maken met veel verschillende moeilijkheden en zorgen tegelijk en gedurende een langere tijd. Er is vaak sprake van een cumulatie van stress. De ouders zitten in een crisissituatie.
Aanwezigheid van persoonlijke problematiek komt vaak samen voor met relationele problemen van de ouders/opvoeders. Het is niet duidelijk hoe die met elkaar samenhangen, maar wel duidelijk is dat ze elkaar versterken. Een bredere en intensieve benadering van het hele gezin als systeem zou hier een geschiktere aanpak kunnen zijn, waarbij in een later stadium GIT alsnog kan worden overwogen.
Er zijn gezinnen waarin de persoonlijke problematiek van één van de ouders, of andere gezinsleden zo domineert dat een GIT behandeling niet de meest geëigende vorm van hulp op dit moment is. In onze onderzoeksgroep bleek een aantal van deze ouders al hulp te ontvangen voor de gesignaleerde problemen (Oomen-van de Kerkhof, 1994).
Het is goed mogelijk om GIT toe te voegen aan een bestaande behandeling van ouder(s) (na intensief overleg met de andere behandelaar(s)).
Zo werd bij een gezin GIT toegevoegd aan de afbouwfase van een PAAZ behandeling van moeder. Het doel van deze combinatie was moeder weer wat sterker te richten op haar rol als opvoeder, de relatie met het kind te optimaliseren en haar competentie-gevoel als opvoeder te vergroten door het bieden van succeservaringen.

Onduidelijkheid in de gezinssituatie

Er is geen duidelijkheid wie van de verschillende volwassenen rond het kind de primaire opvoeder(s) zijn.
Van de gescreende gezinnen bleek 12 % een wisselende, of ingewikkelde samenlevingsvorm te hebben. Kinderen met ouders met een LAT relatie, of gezinnen met één (werkende) ouder, waar de rol van de grootouders of familie bij de opvoeding erg groot is, zijn hier voorbeelden van. Doorslaggevend was niet het gegeven op zich maar de onduidelijkheid over door welke personen het betreffende kind werd opgevoed. Met andere woorden onduidelijkheid over welke personen als opvoeder aan te spreken waren.
Middels een andere vorm van gezinsbegeleiding zal eerst de situatie rond het kind aangepakt moeten worden om tot een duidelijke opvoedingssituatie te komen.

Geen mogelijkheid tot hulp in de gezinstaal

In onze situatie was de taal bij 7% van de gezinnen een beperkende factor omdat de ouders zich alleen voldoende konden uitdrukken in een taal die geen van de gezinsbegeleiders ter beschikking had.

Figuur 2.1.: Verdeling van de contra-indicaties binnen de onderzoeksgroep PI-school

Geen contra-indicaties	68%
Ernstige persoonlijke problematie ouder(s)	19%
Onduidelijke gezinssituatie	12%
Geen hulp in eigen taal gezin	7%

2.4.2. Indicatie stelling: mogelijkheden van GIT

Gezien de doelstellingen en uitgangspunten van de GIT is de indicatie voor een GIT behandeling vooral gebaseerd op de kwaliteit van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, namelijk de mate van sensitieve responsiviteit. **Dit betekent dat de GIT als behandelingsvorm vooral dan in aanmerking komt als de tekorten in opvoedingsvaardigheden van de ouders een belangrijk onderdeel uitmaken van de totale problematiek.** Uit onderzoek blijkt (Oomen-van de Kerkhof, 1995) dat deze groep ouders ook inderdaad geselecteerd kan worden door middel van het - specifiek voor GIT ontwikkelde - diagnosticum.
Op basis hiervan kan de indicatie GIT onderscheiden worden van indicaties voor andere behandelingsvormen als:

- Ouderbegeleiding
- Gezinstherapie/relatie therapie
- Psychotherapie voor de ouders
- Psychotherapie voor het kind met ouderbegeleiding.
- Dagbehandeling
- Intensieve thuishulp

2.5. Gezins Interactie Training: een vorm van home-training

De GIT wil ouders ondersteunen bij de opvoeding van hun kind in alledaagse situaties. Daarom is een vorm van gezinsbehandeling ontwikkeld gebaseerd op de algemene uitgangspunten van home-training (Van de Boogaart en Wintels, 1988). **Dit betekent dat de hulp zich afspeelt in het hier en nu, bij de ouders thuis en aansluit bij dat wat de ouders dagelijks als moeilijk ervaren.**
Basisveronderstelling van de GIT is dat ontwikkelings- en gedragsproblemen van kinderen mede te verklaren zijn vanuit de opvoedingssituatie. Door daarin gewenste veranderingen te bewerkstelligen zullen de problemen van de kinderen verminderen. Deze uitgangspunten zijn ook terug te vinden in andere vormen van gezinsbegeiding of home-training (De Ruyter, 1991).
Wanneer bij een gezin de indicatie GIT gesteld is en de ouders deze vorm van hulpverlening accepteren, kan de behandeling starten. Samen met de ouders wordt besproken waaraan in de behandeling gewerkt wordt en welke de te bereiken doelen zijn. Daarna wordt thuis een video-opname gemaakt van een alledaagse situatie. Aan de hand van fragmenten uit de opname die gewenst opvoedersgedrag bevatten wordt de opname in een volgend gesprek met de ouders (zonder kinderen) nabesproken. Aansluitend daarop volgt weer een opname, enzovoort. Na vier opnamen en bijbehorende gesprekken vindt samen met de ouders een evaluatie plaats waarin besproken wordt of de behandeling aan de verwachtingen voldoet en hoe de situatie dan is. Op basis van deze evaluatie wordt samen met de ouders nagegaan welke werkpunten zijn bereikt en welke werkpunten in een eventueel volgend blok worden aangepakt. Als de werkpunten zijn bereikt volgt de afbouwfase en wordt de behandeling daarna afgesloten.
Door de flexibele structuur van de GIT kan een gezinsspecifieke behandeling worden aangeboden.

2.6. Samenvatting

Als behandelingsvorm kan de GIT daarom getypeerd worden door de volgende aspecten:
Inhoud:

- De GIT is gebaseerd op twee theoretische referentiekaders. De betekenis van gedrag van ouders en kind wordt ontleend aan de concepten uit de **gehechtheidstheorie**; de GIT **beïnvloedt Sensitieve-responsiviteit van ouders in de interactie** met hun

kinderen. De interventies binnen de GIT krijgen vorm volgens principes uit de **leertheorie**; de GIT richt zich zowel op het **aanleren van opvoedingsvaardigheden** als op het veranderen van **attitudes** van ouders.
- De GIT is een behandelingsmethodiek waarvoor een **expliciete (contra-)indicatie** kan worden gegeven.

Vorm:
- Door de vorm **home-training** is de behandeling laagdrempelig en intensief, gericht op het hele gezin.
- Door de opbouw van de GIT kan een **gezinsspecifiek behandelingsaanbod** worden gedaan binnen een vastgelegde methodiek.

HOOFDSTUK 3. VOORWAARDEN OM MET GIT TE KUNNEN WERKEN

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de algemene kennis en de vaardigheden waarover een GIT gezinsbegeleider moet kunnen beschikken om een GIT training te kunnen uitvoeren. Daarnaast geven we een overzicht van de specifieke kennis en vaardigheden zoals ze binnen de methodiek zijn uitgewerkt en die via een GIT training en met behulp van de beschrijving van de methodiek kunnen worden aangeleerd.
Voor implementatie stelt het uitvoeren van de GIT, naast eisen aan de kennis en vaardigheden van de gezinsbegeleider, ook enige eisen aan de organisatie met name op materieel gebied.

3.2. Eisen die het uitvoeren van de GIT stelt aan een gezinsbegeleider

Om zelfstandig te kunnen werken moet een gezinsbegeleider zelf een gezinsspecifiek GIT programma kunnen opzetten en uitvoeren. Uitgaande van de specifieke vaardigheden die elk onderdeel van de behandeling vraagt kan zo worden aangegeven wat een GIT gezinsbegeleider moet kunnen om een GIT behandeling optimaal uit te voeren.

3.2.1. Diagnostiek

- Het GIT diagnosticum afnemen, uitwerken en interpreteren.
- Op basis van de interpretatie van het GIT diagnosticum een indicatie voor wel of geen GIT geven.
- Aangeven op basis van het afgenomen diagnosticum over welke vaardigheden de ouder moet beschikken om een meer optimale opvoedingssituatie te kunnen realiseren.
- Aangeven in hoeverre kindkenmerken een rol spelen bij het in stand houden van de problematiek.

3.2.2. Intake fase

- Op basis van de informatie uit het diagnosticum en de intake de behandelingsdoelen formuleren, door aan te geven welk opvoedersgedrag moet worden verminderd of vermeerderd en welke kennis moet worden aangereikt om tot een meer Sensitief-responsieve opvoedingssituatie te komen.
- Behandelingsdoelen koppelen aan voor ouders "moeilijke situaties" om zo samen met de ouders werkpunten te formuleren.

3.2.3. Behandeling

- Het opstellen en plannen van de stappen in het behandelingsproces.
- Een keuze maken uit de binnen GIT beschreven technieken in relatie tot de te bereiken behandelingsdoelstellingen en deze vervolgens uitvoeren.
- De communicatie aanpassen aan de behoefte van de ouders.

3.2.4. Evaluatie

- Aangeven in hoeverre de geplande behandeling en de feitelijke behandeling overeenkomen, zowel tijdens als na de behandeling.
- Analyseren welke de belemmerende en/of faciliterende factoren zijn tijdens de behandeling.
- Op basis van zo'n evaluatie de behandelingsdoelen kunnen bijstellen.

3.3. Algemene kennis en vaardigheden

Uit de bovenstaande eindtermen waaraan een GIT gezinsbegeleider moet kunnen voldoen om de methodiek GIT uit te voeren kan, afgeleid worden welke meer algemene kennis en vaardigden een GIT-gezinsbegeleider moet hebben (het veronderstelde opleidingsniveau is minimaal HBO) en wat door middel van een GIT-training moet worden overgedragen.

3.3.1. Algemene kennis

Vanuit de vooropleiding zal een gezinsbegeleider moeten beschikken over:

- kennis van de ontwikkeling van een kind.
- kennis van de verschillende fasen in de ontwikkeling van het gezin en de daarbij behorende specifieke aspecten van het gezinsfunctioneren (gezinstaken).
- kennis van het functioneren van sociale netwerken en de invloed ervan op het gezinsfunctioneren.
- kennis van de invloed van religieuze en culturele aspecten van het gezinsklimaat.
- kennis van de leertheorie.

3.3.2. Algemene vaardigheden

Bij het ontwikkeling van GIT is t.a.v. de "vooropleiding" uitgegaan van een op het werkveld gerichte opleiding op minimaal HBO niveau. Bijvoorbeeld HBO, richting Jeugdhulpverlening of Maatschappelijk werk. Doctoraal Kinder- en Jeugdpsychologie of Orthopedagogiek.
Op basis van deze vooropleiding zal de GIT gezinsbegeleider moeten beschikken over:

- basis vaardigheden t.a.v. communicatie (gesprekstechnieken) om een van te voren gepland gesprek wat betreft stijl en inhoud te uitvoeren.
- een werk-relatie aan kunnen gaan met het cliëntsysteem.
- kunnen invoegen in het cliëntsysteem.
  a) kennis kunnen nemen van de ecologie van het gezin (impliciete systeem van waarden/normen, religieuze overtuiging).
  b) de taal kunnen spreken van het gezin.
  c) iets kunnen toevoegen aan het gezinssysteem zonder daarmee - ongewild- de ecologie te veranderen.
  d) tijdelijk deel uitmaken van het sociaalnetwerk van het gezin.
  e) planmatig kunnen werken.

3.4. GIT-specifieke vaardigheden

3.4.1. Model voor interactie met de ouders

De methodiek GIT gaat er van uit dat, door de wijze waarop de gezinsbegeleider communiceert met de ouders, de gezinsbegeleider model staat voor de wijze waarop de ouders optimaal kunnen communiceren met hun kinderen. Dit betekent dat de gezinsbegeleider een sensitief-responsieve interactie zal aangaan met de ouders.
Aan het gedrag van de gezinsbegeleider zijn dan ook dezelfde functionele gedragscomponenten te onderscheiden als die vanuit de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS) worden onderscheiden aan het gedrag van de ouders in de ouder-kind interactie (bijlage II). Ook de gezinsbegeleider zal dus emotioneel ondersteunen, informatie overdragen en reguleren. De gezinsbegeleider zal daarbij zijn gedrag zo optimaal mogelijk "Afstemmen" op de behoeften en de mogelijkheden van de ouders.
Door middel van de analyse van de Taak- Spel- Situatie en de analyse van de video-fragmenten tijdens de behandeling kan steeds weer worden bepaald welke gedragscomponenten van de ouders extra

benadrukt moeten worden, dus van welke gedragscomponenten de gezinsbegeleider vooral modelgedrag moet laten zien.
Bijv: De intake fase wordt gekenmerkt door relatief veel "informatie overdracht".
Daarnaast moet er veel aandacht zijn voor het optimaliseren van de motivatie van de ouders (hoofdstuk 7).
In de behandelingsfase zal de kleuring van de communicatie vooral bepaald worden door de gezinsspecifieke behandelingsdoelen. De afbouw wordt gekenmerkt door meer "Emotionele Ondersteuning". De ouders worden gesteund en aangemoedigd om de nieuwe vaardigheden te blijven toepassen in de dagelijkse situatie.

3.4.2. Kenmerken van de interactie tijdens de behandelingsfase

Vanuit de analyse van de probleemsituatie en de doelstelling van de behandeling kan een van de functionele aspecten van het gedrag van de gezinsbegeleider planmatig meer de aandacht krijgen.
Een paar voorbeelden:

- *Ouders zijn faalangstig t.a.v. de opvoeding van hun kind en voelen zich niet competent: De gezinsbegeleider geeft extra aandacht in zijn communicatie aan "Emotionele Ondersteuning."*
- *De ouders vinden het moeilijk om aan te sluiten bij het ontwikkelingsniveau van het kind: De gezinsbegeleider geeft informatie over het ontwikkelingsniveau van het kind en de specifieke kenmerken van de ontwikkelingsfase van het kind.*
- *Ouders worden uitgedaagd iets nieuws te proberen: De gezinsbegeleider zal extra aandacht geven aan "Informatie" en "Emotionele Ondersteuning".*

In de interactie worden steeds alle functionele aspecten van de interactie onderscheiden waarbij afhankelijk van de situatie er accenten gelegd worden op een of twee van de functionele componenten.

3.4.3. Praktijkvoorbeelden van GIT specifiek communicatie van de gezinsbegeleider

De voorbeelden van communicatie van gezinsbegeleider zijn steeds reacties van de gezinsbegeleider op wat de ouders laten zien in de geselecteerde clips.

Emotionele Ondersteuning

Onder expliciet complimenteren met wat ze doen en wat ze ermee bereiken.
Voorbeeld I: compliment
"Ik vond het zo goed dat u allebei Erwin een compliment gaf toen hij zijn speelgoed opruimde."
Voorbeeld II: compliment
Vader (i.p.v. moeder) brengt Sandra nu regelmatig naar bed. De gezinsbegeleider vraagt: "Hoe is U dat gelukt?" Moeder: "Ik heb tegen Sandra gezegd dat zij pappa mocht vertellen hoe ik het altijd doe." Gezinsbegeleider: "Een prima idee. Ik zal dat onthouden."
Voorbeeld III: emoties delen.
Moeder vertelt met een trots en blij gezicht hoe ze Edwin had voorbereid op het bezoek bij de dokter en hoe rustig en prettig Edwin zich toen gedroeg.
Gezinsbegeleider: Ik kan me goed voorstellen dat U trots op Edwin was toen de dokter zei dat hij Edwin zo nauwelijks herkende.

Informatie

Voorbeeld I: uitleggen
"U kunt het taalgebruik van Jarold stimuleren door hem vragen te stellen, hem aan te vullen of hem ideeën te geven".
"Ik zou u een paar tips willen geven over wat u aan een kind van deze leeftijd zou kunnen vragen.

U zou nog wat meer in kunnen gaan op de fantasie van Jarold, bijvoorbeeld door te vragen: 'Wie wonen er in dat huis?' enz.".
Voorbeeld II: uitleggen
Moeder vraagt hoe het nu komt dat Jarold nu zo vooruitgaat. De gezinsbegeleider zegt:
"Dat komt voor het grootste deel door wat kinderen van anderen leren. Wat Jarold nu aan ontwikkeling laat zien is voor het grootste gedeelte te danken aan wat u steeds met hem gedaan hebt".
Voorbeeld III: uitleggen
"U laat dingen aan Jarold over en u geeft Jarold de vrijheid. Het is voor een kind ook erg belangrijk om vorm te kunnen geven aan zijn eigen ideeën. U laat hier een goede afwisseling zien tussen leiding geven en uw kind volgen".

Reguleren

Voorbeeld I: opdracht geven, met emotionele ondersteuning en informatie geven.
"Ik wil graag iets met U bespreken. Ik heb gemerkt dat u soms dingen over Wouter aan mij wilt vertellen. Dat is prima, ik vind het ook fijn dat te horen. U vertelt dan zowel over dingen die niet goed gaan als over dingen die wel goed gaan. Voor Wouters ontwikkeling is het beter als u probeert om, waar hij bij, is vooral die dingen te vertellen die goed gegaan zijn. De dingen die niet goed gaan kunt aan mij vertellen bij onze gesprekken over de video-opname."

Afstemmen

Om tot een goede sensitief-responsieve relatie te komen moet de gezinsbegeleider de planning van de interventie en de stijl van omgang met de ouders steeds weer afstemmen op de mogelijkheden, het niveau en de behoeften van de ouders.

3.4.4. Het aanleren van GIT specifieke vaardigheden

Door middel van een training zal de toekomstige GIT-gezinsbegeleider de toepassing van de communicatie techniek en de verschillende gedragstherapeutische interventie technieken die binnen GIT gebruikt worden aangeleerd krijgen vanuit de context van het proces van behandelen van de GIT methodiek. Door supervisie en werkbegeleiding kan de toepassing in de praktijk dan verder begeleid worden zodat de gezinsbegeleider na enig tijd zelfstandig te werk kan gaan.

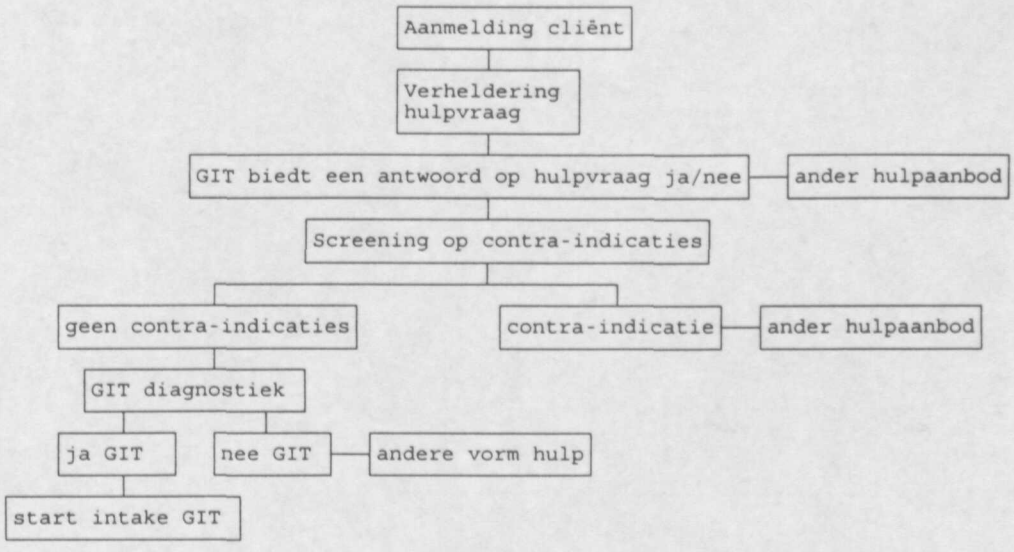
3.5. Voorwaarden vanuit de organisatie

3.5.1. Invoering van GIT in eigen organisatie

De Gezins Interactie Training kan vrij eenvoudig worden ingevoerd in een bestaande hulpverleningssituatie. Afhankelijk van het binnen een organisatie gehanteerde model van verwerking van aanmeldingen kan op verschillende momenten binnen het intake proces "GIT gericht" gewerkt worden.
Doordat expliciete contra-indicaties geformuleerd zijn (2.4.1.) kan na screening op deze contra-indicaties de GIT diagnostiek plaats vinden. Op basis van de contra-indicatie en de hulpvraag kan een eenvoudige voorselectie van gezinnen plaatsvinden alvorens aan de uitgebreidere diagnostiek te beginnen.

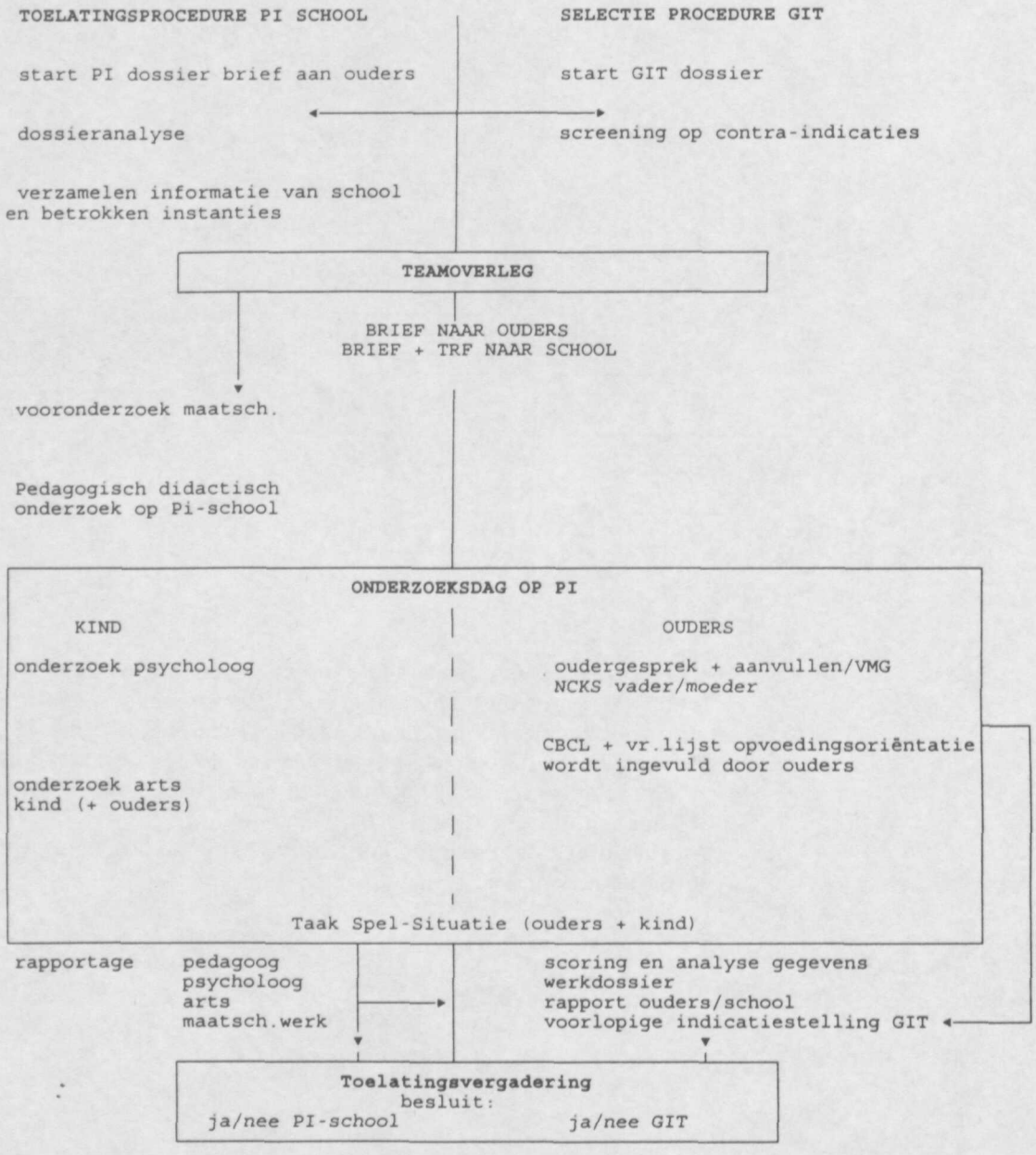
Een voorbeeld van het verloop van een algemene intake naar GIT intake:

Figuur 3.1.: Voorbeeld I, model voor screening en selectie



Als er sprake is van een bredere intake procedure bijvoorbeeld omdat er een meervoudige hulpvraag is zoals bijvoorbeeld bij een toelatingsonderzoek bij plaatsing op het Speciaal Onderwijs kan de GIT diagnostiek eenvoudig worden ingebouwd in de bestaande diagnostische procedure. Als aan het eind van deze procedure de indicatie GIT gesteld wordt, kan de GIT Intake volgen.
Voorbeeld van zo'n geïntegreerde diagnostische procedure (Pi-school Rotterdam):

Figuur 3.2: Voorbeeld II Screening en selectie procedure[2]



Gebruikte afkortingen in het schema:
CBCL = Child Behavior Checklist
TRF = Teacher Report Form, de leerkracht versie van de Child Behavior Checklist.
VMG = Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen
Deze instrumenten zijn beschreven in bijlage V

3.6. De organisatie en het toepassen van GIT

De uitvoering van de behandeling kan binnen een hulpverleningsorganisatie zonder problemen plaats vinden als - naast de aanvullende training van de hulpverleners tot GIT gezinsbegeleider - aan een aantal basis voorwaarden ten aanzien van tijd, materiële voorzieningen wordt voldaan

[2] Model II is gehanteerd tijdens de projectfase van GIT.

3.6.1. Tijdsplanning

De gezinsbegeleider moet enigszins flexibele werktijden hebben om video-opnames te kunnen maken op tijden die passen bij de mogelijkheden van het gezin en bij de afgesproken werkpunten. Dit betekent in de praktijk dat veel opnames gemaakt worden in de (na)middag of het begin van de avond. Dit is voor schoolgaande kinderen de tijd dat ze het meest intensief bezig zijn thuis. Bij de opname zullen zowel het kind als (meestal) beide ouders aanwezig moeten zijn. Ook de nagesprekken laten zich niet altijd in kantoortijd plannen. Om de ouders gemotiveerd te houden en de belasting van de behandeling niet te verzwaren wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de wensen van de ouders. Afhankelijk van de gezinssituatie kunnen de nagesprekken bij de ouders thuis of bij de hulpverlenende instantie worden gehouden.

3.6.2. Materiële voorzieningen: video-apparatuur en opname ruimte

Om met de GIT te kunnen werken heeft de gezinsbegeleider minimaal een compact videocamera (CAM recorder) met statief en een televisie(monitor) nodig.
De videocamera kan tevens gebruikt worden om bij de ouders thuis de geselecteerde fragmenten op hun TV af te spelen. Veel ouders blijken echter over een video-recorder te beschikken. Er kan veel efficiënter gewerkt worden als de gezinsbegeleider ook een videorecorder heeft en zo de verschillende opnames kan verzamelen op een "grote" band. Door gebruik van een grote band met recorder wordt het snel opzoeken van de "goede" fragmenten meer comfortabel. Bovendien kan zo makkelijk een verzamelband gemaakt worden om aan het eind van de behandeling aan de ouders aan te bieden (11.2.).
Daarnaast is voor de diagnostiek een neutrale ruimte nodig waar de ouders de Taak-Spel opdrachten met hun kind kunnen uitvoeren. Door middel van de video-camera op een statief kan dan van de Taak-Spelsituatie een opname gemaakt worden zonder dat de gezinsbegeleider bij de uitvoering van de taken blijft.

Figuur 3.3.: Voorwaarden implementatie GIT

VOORWAARDEN GIT
Vooropleiding minimaal (gericht) HBO-niveau
Basis kennis en vaardigheden t.a.v. gezinsgericht werken
GIT specifieke kennis en vaardigheden middes een GIT-training
Flexibele werktijden
Aanpassing diagnostisch procedure aan mogelijkheden van de organisatie
Neutrale ruimte voor opname Taak-Spelsituatie
Minimaal Compact video-recorder, statief en TV(monitor)

HOOFDSTUK 4. INSTRUMENTEN IN DE GEZINS INTERACTIE TRAINING

In de Gezins Interactie Training worden in de verschillende fasen van de behandeling instrumenten gebruikt ter ondersteuning van het beslissingsproces van de hulpverlener.
In dit hoofdstuk zullen we kort ingaan op de instrumenten die specifiek voor GIT zijn ontwikkeld. Dit zijn de Taak-Spel Situatie (TSS), de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS,) de Checklist, Semi Gestructureerd Interview (SGI). De Goal Attainment Scale die binnen GIT gebruikt wordt is een variant van de GAS, de evaluatie score, ontleend aan Bartels (1989). Omdat de GAS-evaluatiescore niet specifiek voor GIT is ontwikkeld wordt deze niet in dit hoofdstuk beschreven maar in het hoofdstuk Evaluatie (10.2.).

Figuur 4.1.: Overzicht van de binnen GIT gehanteerde instrumenten

Screening en selectie fase	Taak-Spelsituatie en de GIOS
Intake fase	Checklist, Semi Gestructureerd Interview
Behandeling	GIOS
Evaluatie	De Goal Attainment Scaling De GIT Satisfactie Schaal

4.1. De Taak-Spelsituatie

In de Taak-Spelsituatie (TSS) worden de ouderlijke gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Aanpassing gemeten. Een belangrijk middel hiertoe vormt de aan Erickson, et al (1985) ontleende TSS. Hierin wordt het gedrag van de ouders en het kind tijdens het uitvoeren van een viertal opdrachten op video-band geregistreerd en vervolgens geobserveerd. Het belang van de TSS is dat het een gestandaardiseerde observatie-situatie biedt, die zo is geënsceneerd dat er bij het kind behoefte aan hulp en steun van de ouder(s) onstaat. De ouders krijgen vooraf instructie over de opdrachten. Omdat het bij de uitvoering hiervan de bedoeling is dat het kind een beroep doet op de ouders voor hulp, wordt van te voren een inschatting gemaakt van het spelniveau van het kind. De sensitive-responsiviteit van het gedrag van de ouders wordt geobserveerd en geanalyseerd met behulp van de Gezins Interactie Observatie Schaal. De wijze van afname van de TSS , de instructie aan ouders, de opdrachten en de toestemming voor videoregistratie van de TSS zijn beschreven in de **handleiding TSS bijlage I.**

4.2. De Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS)

Met de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS) kan de observatie van de interactie van ouders met hun kind gestandaardiseerd worden beschreven. Met behulp van de Gezins Interactie Observatie Schaal kan worden gekeken in hoeverre het gedrag van de ouder past bij de mogelijkheden en behoeften van het kind: er wordt gekeken naar de sensitieve- responsiviteit van de interactie. De ouder-kind interacties

die met de GIOS geanalyseerd worden zijn steeds op video vastgelegd.
Met behulp van de GIOS kan een gestandaardiseerde beschrijving gemaakt worden van de kwaliteit van de ouder-kind interactie. Hierbij gaat de GIOS uit van de functionele gedragscomponenten (zie 2.1): Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming. De gedragscomponenten worden achtereenvolgens geoperationaliseerd in gedragscategorieën. Van elke categorie kan bij de scoring worden aangeven of dit gedrag in de geobserveerde situatie voorkomt en in welke mate.
Voor de gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie en Regulering en bij de kindcomponenten wordt aangegeven of het gedrag Adequaat, Te Veel of Te Weinig is, of Niet van Toepassing.
Adequaat: Het gedrag van de ouder past bij de moeilijkheden en behoeften van het kind.
Te veel: De ouder doet meer dan nodig is in die situatie.
Te weinig: De ouder biedt minder dan de behoeften en mogelijkheden van het kind in die situatie vragen.
Niet van Toepassing (n.v.t.) Als een bepaalde gedrag van de ouder niet voorkomt, maar ook niet nodig is vanuit de behoeften van het kind in die situatie wordt dit aangegeven met "n.v.t." in de kolom Adequaat.

De Afstemming van het gedrag van de ouder kan worden gescoord als Niet, Wisselend, of Meestal.
Niet: De ouder laat deze observatie categorie onvoldoende zien.
Voorbeeld: *De ouder respecteert de autonomie van het kind niet*
Wisselend: De ouder is niet consistent in dit gedrag,
Voorbeeld: *De emotionele toon is dan weer warm dan weer afstandelijk of vlak.*
Meestal: Gedurende de observatie voldoet de ouder vrijwel steeds aan de omschrijving.
Voorbeeld: *De timing van de ouder past (meestal) goed in de interactie reeks.*

Kindkenmerken
Het gedrag van het kind wordt binnen de verschillende categorieën gescoord als: Niet, Wisselend of Meestal.
Meestal: Het gedrag van het kind is (overwegend) overeenkomstig zijn mogelijkheden.
Voorbeeld: *Het kind werkt met plezier aan een puzzel maar vraagt hulp als hij het niet meer overziet.*
Wisselend: Het kind laat hierbij gedrag zien dat niet steeds past bij zijn mogelijkheden.
Niet: Het gedrag van het kind heeft niet het niveau dat je op basis van zijn mogelijkheden zou verwachten.

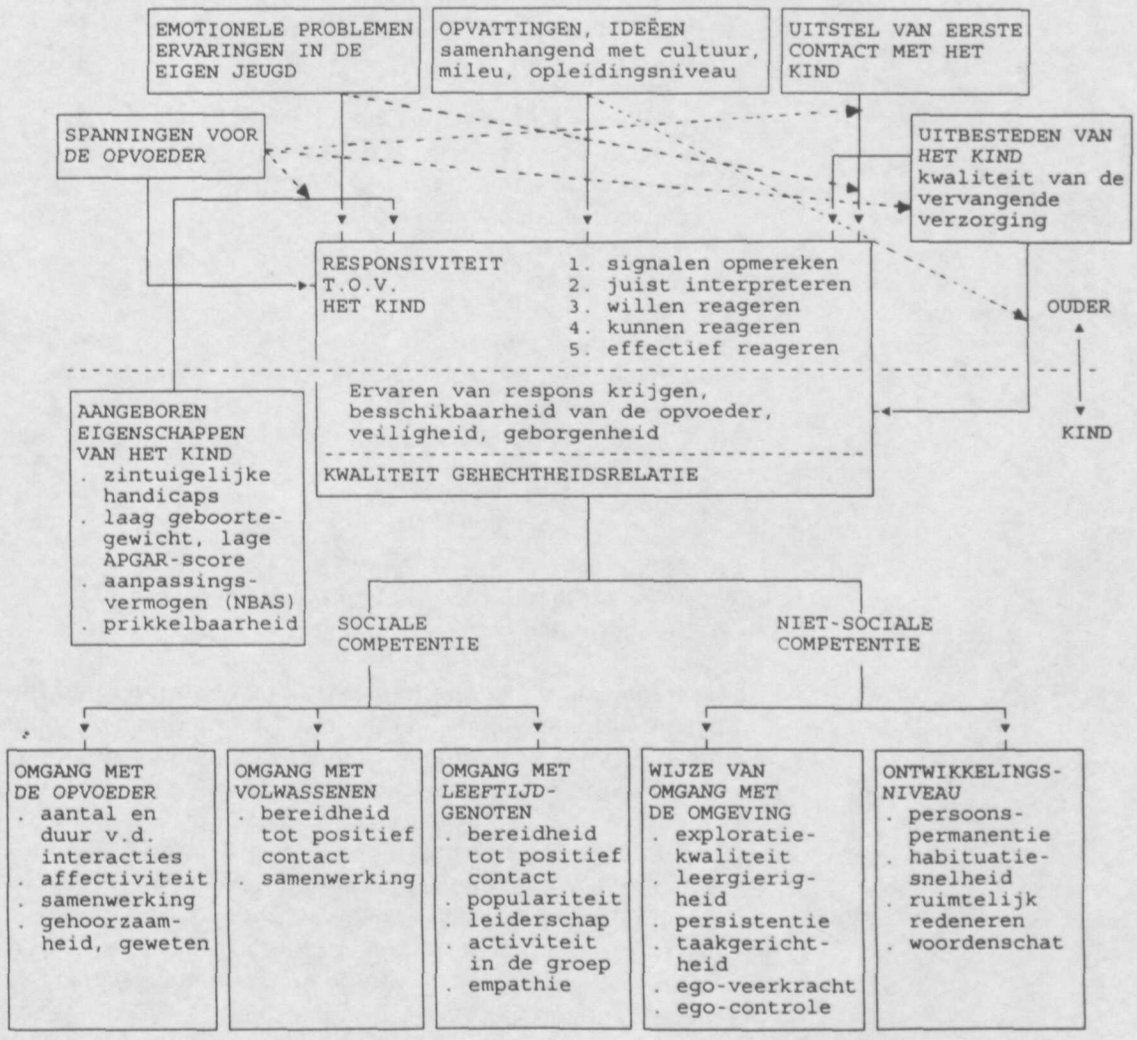
De handleiding van de GIOS met daarin de theoretische onderbouwing, de operationalisatie van de gedragscategorieën, de wijze van scoring en de scoreformulieren zijn opgenomen als bijlage II.

4.3. De Checklist Semi-Gestructureerd Interview

De Checklist Semi-Gestructureerd Interview wordt ingevuld nadat de diagnostische fase is afgesloten en de ouders ingestemd hebben met het hulpaanbod GIT. De kennis vanuit de diagnostische fase moet overgedragen en geordend worden als basis voor het begin van de behandeling, de "Intake fase". Tevens moet worden nagegaan welke informatie er nog niet voldoende aanwezig is of ontbreekt (vanuit het

perspectief van de behandeling). Hiervoor is een checklist ontwikkeld waarin op een gestandaardiseerde wijze alle informatie kan worden geordend en waarin na die ordening aangegeven kan worden welke informatie nog ontbreekt. De informatie wordt geordend vanuit de - binnen de gehechtheids theorie veronderstelde - factoren die inwerken op de kwaliteit van de interactie.
Bij het ontwikkelen van de checklist is als basis voor de ordening uitgegaan van een model van Riksen - Walraven (1983) waarin een overzicht wordt gegeven van de ouder- en kindfactoren waarvan uit empirisch onderzoek is gebleken dat ze van invloed zijn op de kwaliteit van de ouder-kind interactie.

Figuur 4.2.: Mogelijke oorzaken van een onveilige gehechtheidsrelatie (Riksen-Walraven, 1983)



In de checklist worden de verschillende determinanten van de kwaliteit van de ouder kind interactie omschreven.
De kwaliteit van de ouder-kind interactie wordt zoals eerder aangegeven in de diagnostische fase gescoord met de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS). In de Taak Spelsituatie daarnaast wordt er informatie verzameld over ouders en kind door middel van een aantal vragenlijsten. Ook kan er informatie zijn over het kind vanuit eerdere hulpverlening en/of aanvullend onderzoek door psycholoog, pedagoog of maatschappelijk werk, of kinderpsychiater.
Met deze checklist kan zo worden nagegaan in hoeverre alle voor de behandeling belangrijke informatie aanwezig is. Op een overzichtsschema kan worden aangegeven welke informatie nog ontbreekt. Dit overzicht vormt de basis voor een gesprek met de ouders dat daardoor de vorm heeft van een semi-gestructureerd interview.
De verschillende factoren die door Riksen-Walraven zijn aangegeven zijn zoals vermeld uitgangspunt geweest voor het model van de checklist en passend gemaakt op de situatie binnen de GIT.
De factoren waarbinnen de informatie in de checklist geordend worden zijn:

I Kindfactoren

1. Medische voorgeschiedenis
2. Opvoedingsgeschiedenis
3. Specifiek organische kenmerken
4. Ontwikkelingsniveau kind
5. Probleemgedrag
6. Competentie

II Opvoedersfactoren

1. Opvoedingsvaardigheden
2. Stressfactoren opvoeder
3. Emotionele problemen, ervaringen in eigen jeugd
4. Opvoedingsstijl
5. Sociaal netwerk

III Hulpvraag

1. Verwachtingen t.a.v. het kind en acceptatie
2. Behoefte aan hulp

De handleiding van de Checklist: Semi-gestructureerd Interview is als bijlage III toegevoegd. Hierin wordt een theoretisch onderbouwing gegeven van het instrument, de wijze van invullen van de checklist en aanwijzingen voor het gebruik worden verder uitgewerkt.

4.4. De Satisfactieschaal

Na het beëindigen van de behandeling wordt aan de ouder(s) een Satisfactie schaal gegeven met het verzoek deze (samen) in te vullen en op te sturen. De lijst is bedoeld om nog eens - nu met wat meer afstand tot de behandeling en de gezinsbegeleider - informatie te leveren over de beleving van de ouders van de behandeling en over hun ervaringen met de gezinsbegeleider.
De mening van de ouders over de wijze waarop ze geholpen zijn wordt hier nadrukkelijk gevraagd. De bedoeling van de lijst is om - naast het checken van hun tevredenheid over het resultaat van de behandeling - al uitvoerig besproken aan de hand van de GAS in het laatste gesprek, ook geïnformeerd te worden over de tevredenheid van de ouders wat betreft de vorm van de behandeling.
De Satisfactieschaal is als bijlage IV toegevoegd.

HOOFDSTUK 5. DE METHODIEK GIT

5.1. Methodiekbeschrijving

In de volgende hoofdstukken wordt de methodiek van de Gezins Interactie Training beschreven zoals deze bij beëindiging van het project vormgegeven is. Deze methodiek is in nauwe samenwerking met de praktijk ontwikkeld (zie 1.2.).
Voor de beschrijving van de methodiek is gekozen voor een opsplitsing van de behandeling in een aantal fasen die achtereenvolgens uitgebreid beschreven worden. Fasen die ook in de behandeling te herkennen zijn met eigen - voor die fase specifieke - activiteiten.
De fasering in de GIT-behandeling is als volgt:
- Diagnostiekfase
- Intakefase / Motivatiefase
- Behandelfase
- Evaluatie
- Afbouwfase.

Duidelijk zal zijn de verschillende fasen per behandeling in een verschillend tempo doorlopen zullen worden. De behandelfase en evaluatiefase kunnen per behandeling meerdere keren na elkaar doorlopen worden.
De opbouw van een behandeling is schematisch als volgt weer te geven:

Figuur 5.1.: Opbouw van de behandeling

SCREENING EN SELECTIE		
INTAKE-FASE	TWEE GESPREKKEN	
BEHANDELINGSBLOK	VIER SESSIES	1-3 KEER
EVALUATIE	EEN GESPREK	
AFBOUW-FASE	TWEE SESSIES	

:

5.1.1. Diagnostiekfase

Naast de diagnostische procedure wordt aangegeven welke activiteiten de gezinsbegeleider onderneemt om de overstap te maken van deze fase naar de motivatie- of intakefase. Deze beide fasen staan niet geheel los van elkaar. Wanneer bijvoorbeeld gestart wordt met de motivatiefase zal in die motiverende gesprekken tussen ouder(s) en gezinsbegeleider zeker ook al gesproken worden over bijvoorbeeld de problemen die door ouders ervaren worden bij het opvoeden van hun kind. Hieruit volgen dan al de punten waaraan gewerkt zal worden in de behandeling.

5.1.2. Motivatiefase

In het hoofdstuk 'motivatiefase' wordt beschreven hoe de gezinsbegeleider de motivatie van ouders om deel te nemen aan de GIT kan diagnostiseren en van welke technieken zij gebruik kan maken om de motivatie tot verandering bij de ouders te vergroten.

5.1.3. Intakefase

Dan volgt een beschrijving van de intakefase. In deze fase worden problemen nauwkeuriger in kaart gebracht en ook wordt een eerste aanzet gemaakt de structuur van de onderlinge probleemgedragingen te beschrijven. De werkwijze binnen een GIT behandeling wordt aan ouders uitgelegd en door ouders wordt uitgesproken of ze al dan niet deelnemen aan de GIT-behandeling. Beginsituatie en einddoelen voor de behandeling worden vastgelegd ten behoeve van de evaluatie in een later stadium.

5.1.4. Behandelfase

In het hoofdstuk behandelfase wordt verduidelijkt hoe het protocol van de behandeling eruit ziet en welke elementen van belang zijn bij het maken van een opname en het voeren van een nagesprek. Bovendien staan de interventies waarvan de gezinsbegeleider gebruik maakt beschreven geïllustreerd met voorbeelden uit de ontwikkelperiode. Op regelmatige momenten tijdens de behandeling vindt er een evaluatie van de behandeling plaats.

5.1.5. Evaluatie

Beschreven is wanneer een evaluatie plaatsvindt. Het instrument dat gebruikt wordt - Goal Attainment Scale - wordt beschreven en de erop volgende stappen in de behandeling aangegeven.

5.1.6. Afbouwfase

Indien na een evaluatie besloten is dat de behandeling afgesloten kan worden dan gaat de afbouwfase van start. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de organisatorische maar ook op de inhoudelijke kant van de afronding van een behandeling.

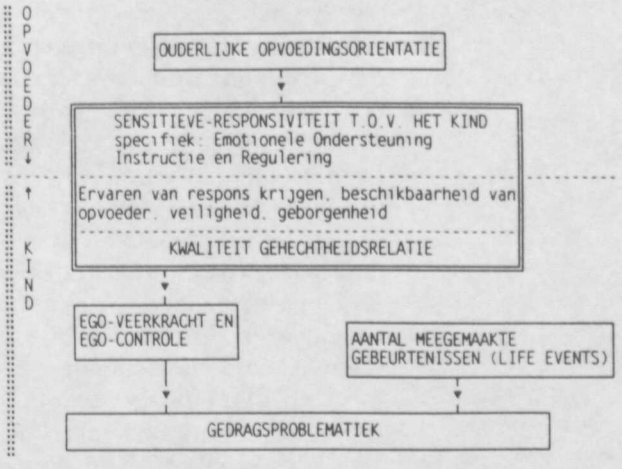
HOOFDSTUK 6. DIAGNOSTISCHE FASE

Voor ouders staat de diagnostische procedure los van de GIT - het is immers nog niet duidelijk of GIT de voor deze ouders aangewezen vorm van hulp is. In dit hoofdstuk wordt aangegeven wat de theoretische uitgangspunten zijn waarop het GIT diagnosticum is ontwikkeld. De diagnostische procedure die beschreven wordt is de procedure zoals die wordt uitgevoerd op de PI-school. Deze procedure kan aangepast worden aan de werkwijze van de eigen instelling. Een voorbeeld van aanpassing van de diagnostische procedure is weergegeven in paragraaf 3.5.

6.1. Theoretische uitgangspunten van de diagnostiek

Zoals in de gehele GIT staat ook in het diagnostisch onderzoek de kwaliteit van de ouder-kind interactie centraal. Meer specifiek: de beoordeling van het opvoedersgedrag is gebaseerd op het concept sensitieve-responsiviteit en de ouderlijke opvoedingsoriëntatie. Daarnaast worden specifieke kindkenmerken en de mate van probleemgedrag gemeten. Voor het inventariseren van de omgevingsfactoren worden de meegemaakte gebeurtenissen van het gezin gecheckt. Voor een overzicht van de samenhang van de verschillende factoren volgt hier een schema, dat is geïnspireerd op het model van Riksen-Walraven (1989). Hierin zijn relaties vereenvoudigd weergegeven, wat het gevaar heeft dat de voorduurende wisselwerking onvoldoende tot uitdrukking komt. Het transactionele karakter van ouder, kind en omgevingsfactoren is het achterliggende theoretische kader voor de diagnostiek.

Figuur 6.1.: Schematische weergave van de in de diagnostiek veronderstelde relaties



In de diagnostische fase worden de volgende variabelen onderzocht:

1. Sensitieve-Responsiviteit van de opvoeder(s): Ouderlijke gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming.
2. Aantal meegemaakte belangrijke gebeurtenissen als mogelijke stress-maat voor kind en ouders.

3. De opvoedinsoriëntatie van de ouders.
4. De gedragsproblematiek van het kind.

6.2. Indicerende diagnostiek

De gezinnen worden met het oog op de mogelijkheid van een Gezins Interactie Training onderzocht met die diagnostische middelen die speciaal voor deze behandelingsvorm zijn gekozen of ontwikkeld. Met andere worden: **deze** diagnostiek is in de eerste plaats bedoeld om tot **deze** behandeling te adviseren of haar af te wijzen. We rekenen de GIT diagnostiek dan ook op de eerste plaats tot de indicerende diagnostiek[3] omdat van te voren vaststaat welke de soort behandeling is die wel of niet geïndiceerd wordt.
Binnen deze context kan psychodiagnostiek gedefinieerd worden als het op wetenschappelijk verantwoorde wijze verzamelen van informatie omtrent de persoon en zijn situatie met het oog op het nemen van beslissingen (de Bruyn, 1988). In een probleemsituatie die leidt tot de aanmelding van het kind voor het Pedologisch Instituut, levert de analyse van de gezinssituatie een afgestemde behandeling op.

6.3. Procedure van screening en selectie voor GIT

De diagnostische fase is in drie stappen te verdelen:
- de screening op contra-indicaties
- de diagnostiek met een advies
- de indicatiestelling voor behandeling; de selectie.

6.3.1. Screening op contra-indicaties

Zoals aangegeven in paragraaf 2.4.1. kan vanuit de eisen die de GIT behandeling stelt aan ouders al voor de feitelijke diagnostiek gescreend worden voor welke gezinnen GIT wel dan niet de meest aangewezen behandelingsvorm is. Beperkingen voor de indicatie GIT worden vooral bepaald door beperkingen van de ouders, omdat de GIT zich vooral richt op het aanspreken van ouders in hun rol van opvoeder. De ouders moeten tijd en energie over hebben om in de behandeling te kunnen en willen investeren. De besprekingen van de ouders die een contra-indicatie vormen voor GIT kunnen zowel van persoonlijke als van situationele aard zijn:
Er zijn een aantal contra-indicaties
- **Ernstige persoonlijke problematiek bij een van de ouders**. Bij deze gezinnen domineert de individuele problematiek zó dat GIT niet de meest geëigende vorm van hulp is voor dit gezin. In onze onderzoeksgroep bleek er vaak al hulp te zijn voor deze problemen. In overleg met de behandelaar is het mogelijk GIT toe te voegen aan een bestaande behandeling. GIT kan zo onderdeel uitmaken van een groter behandelingsplan.
- **Onduidelijkheid in gezinssituatie**. Er is geen duidelijkheid wie van de verschillende volwassenen rond het kind primaire opvoeder is. Vaak is hierbij spraken van een wisselende of ingewikkelde samenlevingsvorm van de volwassensene(n) rond het kind. (LAT-relatie, woongroep, éénouder gezin met steun van grootouders of familie.) Niet dit gegeven op zich, maar de onduidelijkheid, over door welke personen het betreffende kind nu feitelijk wordt opgevoed, is doorslaggevend. Door middel van een andere vorm van begeleiding zal eerst de situatie rond het kind moeten worden aangepakt om tot een duidelijke opvoedingssituatie te komen.

[3] Dit type diagnostiek noemt men ook wel screenende of selecterende diagnostiek.

- **Geen mogelijkheid tot hulp in de gezinstaal**. In een aantal gezinnen is Nederlands niet de gezinstaal. Als ouders zich alleen functioneel kunnen uitdrukken in een taal de gezinsbegeleider niet ter beschikking heeft kan er geen GIT worden aangeboden.

6.3.2. Diagnostiek

Bij een gezin dat GIT diagnostiek krijgt wordt het vermoeden onderzocht of en op welke wijze de opvoedingssituatie c.q. de kwaliteit van het ouderlijk opvoedersgedrag bijdraagt aan het in stand houden van de sociaal-emotionele problemen van het kind. In de rapportage over het onderzoek worden de condities beschreven die het probleemgedrag in stand houden.
Om tot deze vaststelling te komen wordt bij elk gezin de Taak-Spelsituatie (TSS) afgenomen. De Taak-Spelsituatie is een aan Erickson, e.a. (1985) ontleende gestandaardiseerde situatie om de sensitieve-responsiviteit van de ouder-kind interactie te observeren (zie handleiding TSS; bijlage I). De TSS is zo opgezet dat het kind tijdens de observatie hulp moet inroepen van de ouders om aan een aantal opdrachtjes te kunnen voldoen.
Geobserveerd wordt hoe de interactie tussen ouder(s) en kind tijdens de TSS verloopt. De interactie wordt beschreven en geanalyseerd met behulp van de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS). (Zie voor handleiding GIOS; bijlage II.)
Van elk gezin wordt zo vastgesteld of en welke de tekorten zijn op de ouderlijke gedragscomponenten: Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming.
Naast de kwaliteit van de ouder-kind interactie wordt gekeken naar de ouder en kind factoren die de kwaliteit van de interactie kunnen beïnvloeden. Met name de opvoedingsoriëntatie van de ouders speelt hierbij een belangrijke rol. De verwachting is dat een opvoedingsoriëntatie die sterk gericht is op conformiteit zich moeilijk laat verenigen met sensitief-responsief opvoedersgedrag. Een hoge score op de Vragenlijst Conformisme en Aanpassing wordt dan ook gezien als een negatieve factor voor de sensitieve-responsiviteit. (Voor de beschrijving van deze vragenlijst zie bijlage V.)
Het aantal meegemaakte stressvolle gebeurtenissen geïnventariseerd met de vragenlijst VMG (zie voor beschrijving bijlage V) wordt in de afweging van de resultaten meegenomen. Deze gebeurtenissen kunnen een beeld geven van de periodes van mogelijk beperkte beschikbaarheid van de ouders. Daarnaast kan een kind door het ontbreken van gevoelens van veiligheid meer problemen ervaren bij het verwerken van deze gebeurtenissen, wat weer kan leiden tot psycho-sociale problemen bij het kind.
De ernst van de psycho-sociale problemen van het kind wordt naast de informatie van de andere disciplines bepaald met de CBCL of TRF, vragenlijsten die aangeven wat de perceptie is van het probleemgedrag van het kind door de ouders en (eventueel) de leerkracht. De diagnostiek resulteert in een beeld van het gezin en de problemen rondom het kind op basis van de uitkomsten van de verschillende onderdelen van deze procedure.

Figuur 6.2.: Schema diagnosticum GIT

Instrument	Type	Wat meet het	Resultaat
Taak-Spelsituatie (Erickson, Sroufe & Egeland, 1985; Matas, Arend & Sroufe, 1978) Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS)	Gestandaardiseerde observatie en analyse van ouder-kind interactie	Ouderlijke responsiviteit	Opvoedings kwaliteit van ouders; specifiek: Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming
Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (Veerman, e.a., 1989)	Schriftelijke vragenlijst	Meegemaakte gebeurtenissen in het gezin	Stress door negatieve ervaringen in gezinsgeschiedenis
Vragenlijst Conformisme/aanpassing (Verhulst, e.a., 1986)	Schriftelijke vragenlijst	Ouderlijke opvoedingsoriëntatie	Mate van normrigiditeit
CBCL, Child Behavior Checklist en TRF, Teacher Report Form (Achenbach & Edelbrock, 1983)	Schriftelijke vragenlijst	Mate van afwijkend gedrag van het kind	Beeld van ouders en leerkracht over de mate van probleemgedrag van het kind

6.3.3. Indicatiestelling

Nadat ook in tweede instantie - op basis van informatie van andere disciplines - is geconstateerd dat er geen contra-indicaties zijn wordt het gezin voor de definitieve indicatiestelling nog op een aantal punten gewogen. Deze criteria vormen een belangrijke maatstaf voor de kans van slagen van de behandeling.
Een belangrijke algemene indicatie is de behoefte van ouders aan hulp. Al tijdens de onderzoeksprocedure wordt duidelijker hoe ouders zelf het probleem beleven, en of ze gemotiveerd zijn of kunnen worden eraan te werken. Voor GIT zijn de volgende afwegingen als belangrijke indicatiecriteria naar voren gekomen:

- Dit gezin is gebaat bij een GIT behandeling gezien de ernst van de kindproblematiek.
- Deze behandelings is op **dit** moment aangewezen.
- De investering is voor de ouder(s) in deze periode haalbaar.
- Het aanbod van deze behandeling sluit aan bij de hulpvraag van de ouders.

De uitkomst hiervan werd gecombineerd met de onderzoeksresultaten en leidden tot de definitieve indicatiestelling.

6.3.4. Hoofdcriterium bij de beslissing tot behandeling

Het hoofdcriterium voor de indicatie GIT is het resultaat van de Taak-Spelsituatie. De kwaliteit van de ouder-kind interactie wordt in de TSS geobserveerd en beschreven met de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS). Krijgen de ouders voor de gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming de score Te Weinig of Teveel en behalen ze daarmee een eindscore die een inadequate afstemming van gedrag op het kind liet zien dan leidde dit tot een GIT behandelingsadvies, mits de hierboven genoemde criteria positief waren. Samen met de verdere informatie uit de diagnostische procedure is dit de basis voor de indicatiestelling. Het voordeel van deze wijze van indicatiestelling is dat er voor een behandeling een base-line meting

beschikbaar is, waaraan het effect van de behandeling kan worden afgemeten.

Figuur 6.3.: Beslissingen in de screening en selectie

Contra-indicaties => Ja => Geen GIT

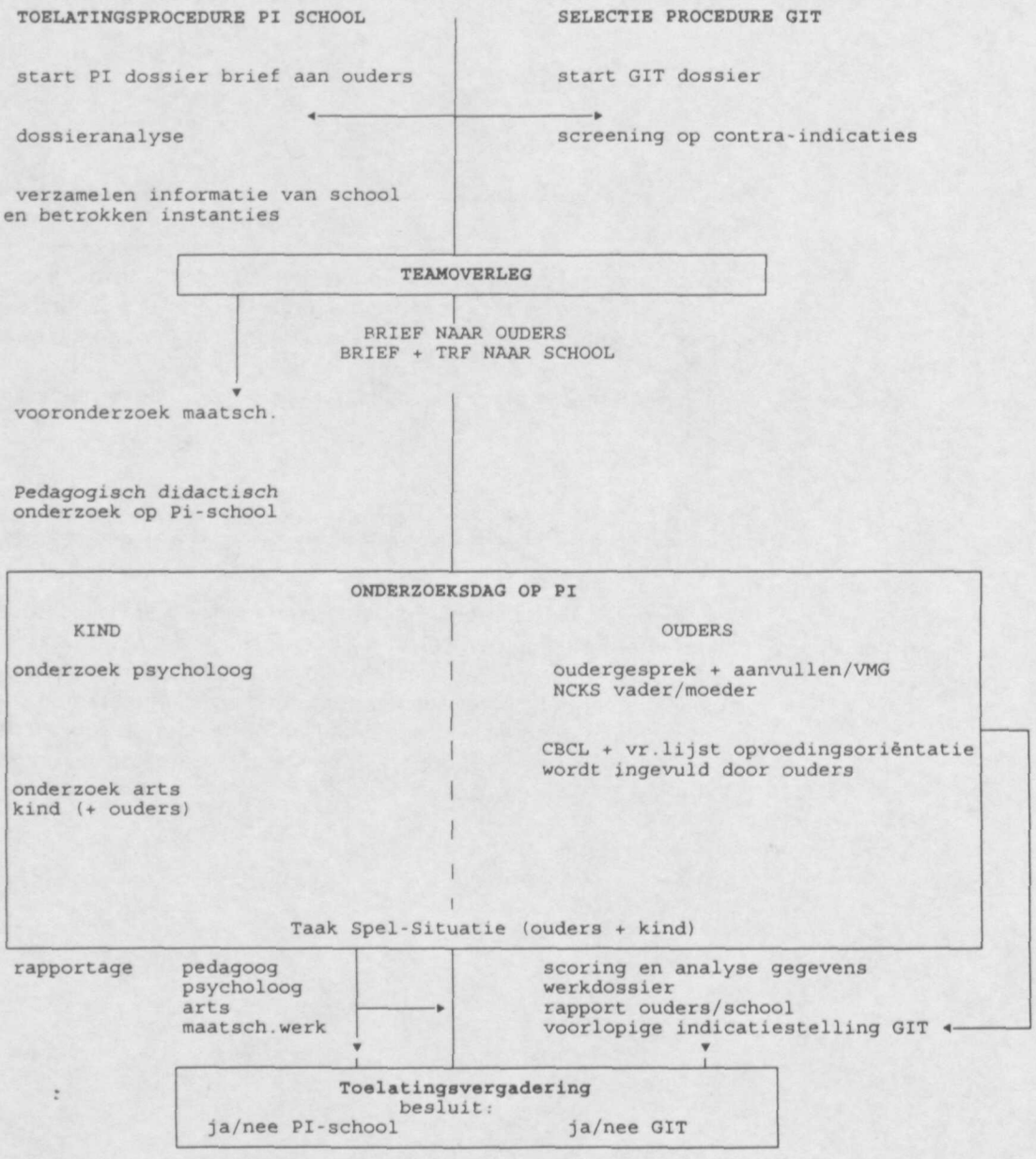
=> Nee

diagnostische procedure		
geen tekort opvoedings-vaardigheden ↓ geen hulpvraag ↓ GEEN GIT	tekort aan opvoedings-vaardigheden ↓ hulpvraag ↓ GIT ↓ intake fase	tekort aan opvoedings-vaardigheden ↓ geen hulpvraag ↓ GIT ↓ motiveringsfase

6.4. Praktische uitvoering van de diagnostiek

Hieronder volgt een beschrijving van de wijze waarop de activiteiten voor screening en selectie zijn gerealiseerd binnen de bestaande organisatie van de PI-school. De procedure van screening en selectie verloopt in een aantal stappen die zijn afgestemd op de toelatingsprocedure van de school. In het volgende schematisch overzicht van de werkwijze zijn de standaard procedure en de GIT procedure weergegeven.

Figuur 6.4.: Voorbeeld Screening en selectie procedure[4]



Gebruikte afkortingen in het schema:
CBCL = Child Behavior Checklist
TRF = Teacher Report Form, de leerkracht versie van de Child Behavior Checklist.
VMG = Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen
Deze instrumenten zijn beschreven in bijlage V

Er zijn verschillende fasen en stappen:

1) Informatie verzamelen

- Het samenstellen van een dossier, na de aanmelding
- Het verzamelen van relevante informatie over kind en gezin
- De screening van het dossier op contra-indicaties voor GIT

[4] Dit model is gehanteerd tijdens de projectfase van GIT.

- Het teamoverleg; in dit overleg neemt de toelatingscommissie het gezamenlijke besluit tot onderzoek, accepteert de aanmelding of verwijst. De GIT diagnosticus besluit of de GIT (diagnostiek)procedure kan worden uitgevoerd.

2) **Vooronderzoek**

- De maatschappelijk werkster doet een (t)huisbezoek en laat specifiek voor GIT de VMG lijst achter.
- Zij doet schriftelijk verslag aan de overige leden van de toelatingscommissie ter voorbereiding van de onderzoeken op het PI. Ook de GIT diagnosticus krijgt aanvullende informatie voor het komende contact met de ouders.

3) **GIT onderzoek op PI-school**

- De (beide) ouder(s) worden uitgenodigd met het kind op het Pedologisch Instituut. Daar vindt het toelatingsonderzoek plaats met daarbinnen de GIT diagnostiek.
  Het GIT diagnostisch onderzoek is te onderscheiden in:
  . Informatie-inwinnen via vragenlijsten over het kind en over de ouder zelf. De ouders leveren nu de **VMG** in die ze thuis hebben ontvangen van de maatschappelijk werkende. Vervolgens vullen ze beide de **CBCL** in.
  . Een **oudergesprek**. De onderzoeker gaat met de ouders in gesprek over de mogelijke behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding (mede op basis van de informatie van het maatschappelijk werk).
  . Observatie van de interactie van de ouders met kind door middel van de **Taak-Spelsituatie**.
  Ander onderzoek ten behoeve van de toelatingsprocedure:
  . Er vindt medisch en psycho-diagnostisch onderzoek van het kind plaats.
  Deze diverse onderzoeken nemen samen met de GIT diagnostiek een hele ochtend in beslag waarbij beide ouders aanwezig zijn. De directeur van de school doet op een andere dag een pedagogisch-didactisch onderzoek, meestal op de school van het kind.

4) **Fase van beslissing nemen**

- Door iedere discipline (ook de GIT diagnosticus) afzonderlijk wordt een klinische rapportage gemaakt. De GIT diagnosticus ontvangt de klinische rapportage van de andere disciplines.
- In teamvergadering worden alle gegevens en standpunten samengebracht.
- Op basis van de gegevens wordt de beslissing genomen plaatsing op de PI-school: ja/nee.
- Vervolgens de beslissing **indicatie GIT ja/nee.**

Voordelen van deze geïntegreerde werkwijze.

- Door de screening en selectie aan het begin van het traject te plaatsen heeft de GIT een (bewust gekozen) voorrangsplaats als behandelingsvorm.
- De ouders worden niet te veel belast, ze hoeven maar één keer te komen voor het onderzoek.
- De GIT diagnosticus kan gebruik maken van de informatie van de andere disciplines, arts, maatschappelijk werk, psycholoog en schooldirecteur om een zo breed mogelijk beeld van kind en ouders te vormen. Deze informatie wordt opgenomen in de checklist SGI (voor handleiding zie bijlage III) zodat de overdracht van informatie naar de intake-fase gestandaardiseerd verloopt.

- Dit leidt tot een tweede screening op contra-indicaties. Hierdoor kunnen op dit moment toch nog contra-indicatie(s) aan het licht komen op grond van nieuwe gegevens over de ouders, bijvoorbeeld de zwaarte van persoonlijke of gezinsproblematiek.
- Gegevens over gezinsachtergronden, de gezinsgeschiedenis, kenmerken en de kwaliteit van de ouder-kind interacties werden in de toelatingsonderzoeken altijd al impliciet meegenomen. Door de GIT diagnostiek worden nu een aantal meet- en observatie instrumenten geïntroduceerd die deze variabelen expliciet maken. De hiermee verkregen aanvullende informatie over opvoedingsvaardigheden (m.n. op gedragsniveau) van ouders, wordt door alle leden van de toelatingscommissie als waardevolle informatie beschouwd.
- Van alle kinderen worden de rapporten met de onderzoeksresultaten van de GIT diagnostiek ter beschikking gesteld aan het begeleidingsteam van de school. Zo kunnen gegevens van de CBCL en TRF worden gebruikt bij het uitzetten van een behandelplan op school.

6.5. Adviesgesprek

In het adviesgesprek volgend op de onderzoeksprocedure dat de maatschappelijk werker met de ouders voert, wordt afhankelijk van de situatie allereerst de schoolindicatie met de ouders besproken. In ditzelfde gesprek worden, indien er een positieve GIT-indicatie is, de ouders gemotiveerd deze vorm van ouderbegeleiding te accepteren. De maatschappelijk werker vertelt in het kort wat de GIT inhoudt en geeft de ouders een folder waarin de GIT doelstellingen en werkwijze beschreven staan. Dit is het moment waarop de ouders voor het eerst met de GIT in aanraking komen. Dit gesprek is het laatste in de diagnostiekfase.
Wanneer de ouders instemmen met de GIT dan loopt de procedure verder.
Als ouders afwijzend tegenover de GIT staan (en er ook geen andere vorm van ouderbegeleiding is die geïndiceerd is voor de ouders), is er in de intakefase expliciete aandacht voor de motivatie(vergroting) van de ouders. De intakefase beslaat dan mogelijk wel een langere tijd. Doel ervan is de ouders in die 'motivatiefase' zo te begeleiden dat ze in staat zijn een doordachte beslissing te nemen over al dan niet aan de GIT deelnemen. Daartoe is het belangrijk dat de gezinsbegeleider in deze 'motivatiefase' aan verschillende aspecten aandacht besteedt en goede motiverende gesprekstechnieken gebruikt. In het hoofdstuk over motivatie wordt hieraan aandacht besteed en wordt een model van motivatie gepresenteerd.

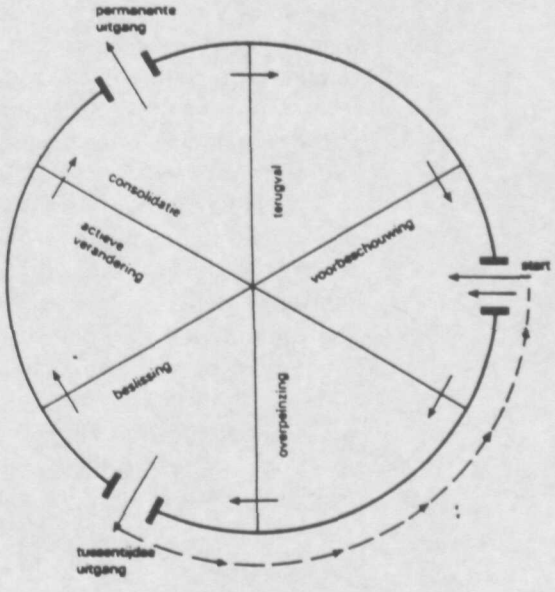
HOOFDSTUK 7. MOTIVATIEFASE

7.1. Motivatie

De motivatie van ouders is een belangrijke factor in de behandeling. Een behandeling met ouders die gemotiveerd zijn zal soepeler verlopen dan met ouders die nauwelijks of niet gemotiveerd zijn. Motivatie is echter geen vaststaand gegeven en kan net zo goed beïnvloed worden als ander gedrag. Het is een proces dat in stadia verloopt. Deze stadia zijn door Prochaska en DiClemente weergegeven in het zogenaamde draaideurmodel omdat de stadia diverse malen doorlopen kunnen worden (Prochaska & DiClemente, 1984). Uit opmerkingen die ouders maken kan afgeleid worden in welk stadium van veranderingsbereidheid zij zich bevinden.

Een geringe of geen motivatie betekent niet dat ouders geen enkele verandering willen. Het betekent mogelijk wel dat de ouder(s) onvoldoende kennis hebben van de problemen en hun rol daarin en zich er daarom minder bezorgd over maken. Ook kan het zijn dat de ouder zich al niet zo heel stevig in zijn schoenen voelt staan en sterk twijfelt aan zijn capaciteiten om in zijn eigen gedrag en in de relatie met zijn kind verandering aan te brengen. Dit kunnen redenen zijn waarom ouders laten merken dat ze niet staan te springen om begeleiding.
Wanneer dit zo is, is het heel belangrijk dat de gezinsbegeleider niet te hard van stapel loopt door begeleiding op te dringen of door het er meteen maar bij te laten zitten. De gezinsbegeleider dient dan juist te achterhalen in welk stadium van verandering ouders zijn en rekening te houden met een aantal met elkaar samenhangende motivatie-blokkades die het veranderingsproces bij de ouders kunnen belemmeren.

Figuur 7.1.: de stadia van veranderingsbereidheid (Prochaska & DiClemente, 1984)



In dit hoofdstuk zullen de verschillende stadia in de veranderingsbereidheid van cliënten worden beschreven. Ingegaan wordt op hindernissen die maken dat de stap van het ene naar het volgende stadium niet wordt gezet. De basishouding van de gezinsbegeleider in deze fase van de behandeling wordt aangegeven en gesprekstechnieken die bruikbaar zijn in het motiveringsproces worden behandeld. Voorbeelden zijn afkomstig uit de ontwikkelperiode van de GIT.

7.1.1. Stadia van verandering

Het draaideurmodel is zo opgebouwd dat je vanaf binnenkomst van het ene stadium als het ware doorgaat naar het volgende stadium en het model doorloopt tot een werkelijke verandering in gedrag ten aanzien van het probleem heeft plaatsgevonden. Bij de overgang naar een volgend stadium kunnen zogenoemde blokkades aanwezig zijn waardoor niet doorgegaan wordt naar het volgend stadium. Ook deze blokkades worden beschreven. Tussentijds verlaten van het draaideurmodel kan ook, er is dan geen blijvende verandering ontstaan.

7.1.1.1. Voorbeschouwing

Wanneer ouders zich in het stadium van de voorbeschouwing bevinden, ontkennen de ouders dat er sprake is van een probleem. Het zijn anderen die laten weten dat er iets aan de hand is. Ouders zijn niet bereid te veranderen.

Blokkades

Van voorbeschouwing naar overpeinzing:
- onvoldoende kennis m.b.t. de problemen; deze kennis dient dan eerst vergroot te worden.
- een te laag gevoel van eigenwaarde; wanneer iemand zich ervan bewust wordt een probleem te hebben dan treedt een daling op in het gevoel van eigenwaarde. Mensen hebben de neiging zich te beschermen tegen het idee dat er problemen zijn. Erkenning van het feit dat er een probleem is, geeft een deuk in het gevoel van eigenwaarde. Dat gevoel van eigenwaarde moet dan ook zo hoog zijn dat de ouders ruimte hebben om over ongewenst gedrag van zichzelf te praten. Daaraan kan de gezinsbegeleider bijdragen door waar mogelijk signalen van eigenwaarde die ouders geven te onderkennen en die te versterken.

7.1.1.2. Overpeinzing

Geven ouders aan de ene kant aan dat er wel iets aan de hand is maar maken ze anderzijds ook duidelijk dat ze zelf geen reden zien daaraan iets te veranderen dan bevinden ouders zich in het stadium van de overpeinzing. Op dit moment worden voor- en nadelen nog tegen elkaar afgewogen, het besluit om te gaan veranderen is nog niet genomen.

Blokkades

Van overpeinzing naar besluitvorming:
- de angst om de voordelen van de huidige situatie te verliezen; voor- en nadelen van de huidige situatie worden tegen elkaar afgewogen en er zal gesproken worden over voor- en nadelen van de nieuwe situatie. De voordelen van de nieuwe situatie zullen nadruk krijgen.
- het gevoel dat men niet in staat is te veranderen: een te laag gevoel van competentie; de gezinsbegeleider zal waar mogelijk ouders laten merken wat ze goed doen en welk positief effect hun gedrag heeft op hun kind.
- gebrek aan bezorgdheid over de problemen (de kennis van de problemen kan er dan wel zijn); zodra ouders hiervan iets laten blijken gaat de gezinsbegeleider daarop in op zo'n manier dat

ouders daarover meer zullen praten en nadenken, waarmee de bezorgdheid zal kunnen groeien.

7.1.1.3. Besluit

In dit stadium valt de beslissing om al dan niet te gaan veranderen. De ouders kunnen besluiten tot niet veranderen, in dat geval verlaten zij de draaideur. Besluiten ze wel te veranderen dan is het belangrijk dat de gezinsbegeleider de ouders helpt een veranderingsmethode te vinden die bij hen past.

Blokkades

Van besluitvorming naar actieve verandering:
- ouders krijgen begeleiding/oplossingsstrategieën opgedrongen die niet bij hen passen. Heel belangrijk is dat ouders (telkens) keuze mogelijkheden krijgen. Het hebben van een keuze vergroot namelijk de motivatie voor de gekozen optie. Hier zou de gezinsbegeleider indien mogelijk de keuze kunnen laten tussen meerdere vormen van gezinsbegeleiding.

7.1.1.4. Actieve verandering

Als het besluit tot veranderen genomen is en de verandering wordt ingezet hebben ouders het stadium van de actieve verandering bereikt. Ouders willen zich dan actief inzetten om het probleemgedrag aan te pakken. Belangrijk in dit stadium is dat je ouders helpt een veranderingsmethode te vinden die bij hen past. In het stadium van de actieve verandering zullen zich momenten voordoen waarin de ouder(s) kortdurend terugvalt in het oude gedrag. Met ouders dient besproken te worden dat dit erbij hoort, iets nieuws leren -en dat geldt ook voor opvoedingsvaardighedengebeurt met vallen en opstaan. Het dient niet geïnterpreteerd te worden als een echte terugval naar het oude gedrag.

7.1.1.5. Consolidatie

Het laatste stadium, dat van de consolidatie, is wellicht het moeilijkste omdat nu de verandering moet worden vastgehouden. Het nieuwe gedrag moet een nieuwe gewoonte worden. Pas als dat gebeurd is, kunnen ouders werkelijk het model verlaten.

7.1.1.6. Terugval

Wanneer ouders niet in staat zijn de veranderingen vast te houden, is er sprake van een terugval en wordt opnieuw in de draaideur gestapt. Als ouders al vaker geprobeerd hebben hun eigen opvoedkundig gedrag zonder veel succes te veranderen en ze hebben vaker een terugval meegemaakt dan kan dat leiden of al geleid hebben tot frustraties.

Op het moment dat ouders aan het begin van de GIT ingestemd hebben met de begeleiding wil dat niet zeggen dat deze hele motivatie-cirkel doorlopen is en op genoemde punten niet meer gelet zou hoeven worden. Integendeel de ervaring leert dat met name een laag gevoel van competentie bij de ouders die aan GIT deelnemen langere tijd blijft bestaan. En dat het gedurende de gehele begeleiding heel belangrijk blijft met de ouders te onderhandelen over wat er gebeurt. De ouders wordt niets opgedrongen.

7.2. Vaardigheden gezinsbegeleider

De grondhouding van de gezinsbegeleider dient zo te zijn dat deze werkt vanuit het zogenaamde **motiveringsmodel**:
- leg nadruk op **persoonlijke keuzevrijheid** en verantwoordelijkheid bij de ouders; belangrijk is dat ouders het gevoel hebben zelf controle te hebben over of ze in hun gedrag dingen veranderen of niet;
- probeer bij ouders **beslissingen om te veranderen** uit te lokken (en niet op te leggen; tracht hen niet te overtuigen);

- reflecteer: geef selectief die aspecten waaruit kennis, bezorgdheid met betrekking tot een probleem blijkt en competentie van de ouders terug;
- onderhandel met de ouders over de behandeldoelen, deze worden niet door de gezinsbegeleider opgelegd. Belangrijk hierbij is na te gaan welke mogelijke veranderingen voor de ouders haalbaar en wenselijk zijn, ze moeten de gedragsveranderingen uiteindelijk aan hun eigen inspanning kunnen toeschrijven omdat de kans op een blijvende verandering dan groter is dan wanneer verandering aan factoren buiten henzelf toegeschreven wordt;
- het ervaren van **weerstand** tegen de verandering heeft te maken met de **interactie tussen gezinsbegeleider en ouder** en dient niet te worden beschouwd als ontkenning van de problemen door de ouder. Het kan te maken hebben met een gebrek aan kennis, bezorgdheid, competentie en eigenwaarde bij de ouders. De gezinsbegeleider dient mogelijk interventies te gebruiken die deze aspecten weer op een optimaal niveau brengen.

7.2.1. De praktijk

Het aangrijpingspunt in het motiveringsgesprek met de ouders wordt veelal gevonden in de schoolproblemen die het kind heeft. De ouders zijn meestal bereid om thuis bepaalde dingen met het kind te doen als dat betekent dat het kind daarvan op school profijt heeft. Veel ouders zijn echter moeilijk aan te spreken op hun competentie als opvoeder.
Wanneer de insteek naar ouders toe de prestaties op school zijn, dient de gezinsbegeleider attent te zijn op te hoge verwachtingen die ouders (dan) gaan hebben ten aanzien van het presteren op school van hun kind. In een aantal gevallen lijkt het de enige motivatie van ouders te zijn: een verbetering van het cognitief functioneren van hun kind. Vermogens van kinderen moeten echter niet overschat worden door ouders. Hoezeer ze een kind op ZMLK-niveau ook belonen, op een bepaald ogenblik heeft dit kind de top van zijn kunnen bereikt en kan het niet verder groeien. Belangrijk is dan ook wanneer overleg plaatsvindt met de ouders over de zogenoemde werkpunten (zie 8.4.1.) dat dan ook besproken wordt wat je **niet** kunt bereiken: goed leren, een slimmer en intelligenter kind. Als er niets overblijft wat de ouders nog willen bereiken, en wat reëel is, begin je in ieder geval niet aan een heilloze klus.
Met ouders kan dan ook besproken worden wat wél haalbaar is, welk resultaat bereikt kan worden. Ouders kunnen dit overdenken en beslissen of dat voldoende zinvol is of niet.

Door gegevens aan de ouders mee te delen, zorgt de gezinsbegeleider ervoor dat de ouder de juiste kennis krijgt waardoor de voors en tegens van een gedragsverandering beter afgewogen kunnen worden. En dat is de taak van een gezinsbegeleider in deze fase: helpen/ondersteunen bij dit besluitvormingsproces. Door de gezinsbegeleider wordt echter niets opgedrongen.
Wanneer het competentiegevoel van de ouder over zichzelf als opvoeder zwak is, kan de gezinsbegeleider in deze fase ook aandacht besteden aan die dingen die de ouders allemaal goed doen. Dat zal het gevoel in staat te zijn een verandering door te voeren versterken. Bovendien maakt het weten dat je niet alles verprutst, het zelfs uitstekend doet op sommige gebieden het eenvoudiger kritiek te accepteren. Het gevoel van eigenwaarde dient namelijk voldoende sterk te zijn om een daling in de zelfwaarde-

ring (als gevolg van kennis van de problemen) op te kunnen vangen.

7.3. Motiverende gesprekstechnieken

Gesprekstechnieken om de motivatie van ouders te vergroten worden in deze paragraaf beschreven. De technieken die de gezinsbegeleider hanteert zijn gericht op het opbouwen van motivatie tot verandering. Dit bestaat uit het beïnvloeden van vier factoren: geïntegreerde en geaccepteerde kennis, bezorgdheid over de huidige gang van zaken, het gevoel van eigenwaarde en het gevoel van competentie.

Het is erg belangrijk dat de gezinsbegeleider zich bij motiverende gesprekken af blijft vragen wat haar interventies bijdragen aan de motivatie van de ouders om iets in hun eigen gedrag te veranderen. Ze dient zich dan ook als een actief luisteraar op te stellen. Dit betekent dat ze goed luistert naar wat ouders vertellen en dat zij datgene naar voren haalt dat meehelpt het doel (een beslissing nemen) te bereiken.

Het motiveringsproces is op te splitsen in drie fasen:
1. de uitlokfase
2. de informatiefase
3. de onderhandelingsfase

In deze verschillende fasen van het motiveringsproces zijn er ook verschillende taken voor de gezinsbegeleider. Deze fasen dienen onderscheiden te worden van de diverse stadia van verandering waarin een cliënt, i.c. de ouders zich kunnen bevinden.
Deze fasen geven immers weer wat de gezinsbegeleider doet. Er is echter wel een relatie met de stadia van verandering te leggen.
Vuistregels hiervoor:
- met ouders die in het stadium van de voorbeschouwing zijn, zit een gezinsbegeleider in de uitlokfase;
- met ouders die in het stadium van de overpeinzing zijn kan de gezinsbegeleider zitten binnen de uitlokfase maar ook binnen de informatiefase;
- met ouders die aan het veranderen zijn is het belangrijk dat de gezinsbegeleider niet teveel meer uitlokt maar dat ze vooral onderhandelt.

In de uitlokfase worden de ouders uitgelokt te praten over de problemen. In deze fase komt er ten aanzien van de bezorgdheid, kennis, competentie en eigenwaarde een verandering op gang.
In deze fase wordt vooral de techniek van het selectief actief luisteren toegepast (zie 7.2.).
Doel van deze fase is te bereiken dat ouders bereid zijn vaker over de problemen te praten en dat het aantal zelfmotiverende uitspraken van ouders toeneemt. Dit zijn uitspraken waarin ouders laten merken dat ze zich zorgen maken en ze mogelijk al signalen uitzenden waaruit blijkt dat ze zich afvragen of ze zelf er iets aan kunnen veranderen. Bekend is dat deze zelfuitspraken veel sterker zijn dan soortgelijke opmerkingen die door de gezinsbegeleider zijn gemaakt.

In de informatiefase zorgen zowel ouders als gezinsbegeleider ervoor dat ze meer gegevens met betrekking tot de problemen te weten komen. De gezinsbegeleider zorgt ervoor dat deze informatie op gestructureerde wijze teruggegeven wordt aan de ou-

ders. De gezinsbegeleider heeft hiermee tot doel de ouders van relevante informatie te voorzien waarmee ze argumenten voor en tegen verandering tegen elkaar kunnen afwegen.
Aan het eind van deze fase ontlokt de gezinsbegeleider een 'conclusie' aan de ouders. Het besluit om al dan niet te veranderen dient dan genomen te zijn.

In de onderhandelingsfase wordt gesproken over de wijze waarop de gewenste verandering zal plaatsvinden. De gezinsbegeleider draagt hiertoe mogelijkheden aan waaruit de ouders kunnen kiezen. Het hebben van een keuze werkt op zich al motiverend. Daarnaast is het voor mensen pas mogelijk echt de stap tot actieve verandering te zetten als er manieren van verandering mogelijk zijn die bij hen passen. De ouders zullen een bereikt resultaat dan ook aan hun eigen inspanningen kunnen toeschrijven wat de kans vergroot dat de verandering gehandhaaft blijft. In wezen vindt onderhandelen met de ouders voortdurend plaats gedurende de GIT.

Beschreven worden nu een aantal technieken. We gaan in op de non-verbale en op verbale gesprekstechnieken (ontleend aan Van Emst en Van Bilsen, 1993). **Opgemerkt zij dat deze gesprekstechnieken niet alleen in de motivatiefase bruikbaar zijn. Ook in bijvoorbeeld de behandelingsfase kunnen ze hun werkzaamheid bewijzen.** Een aantal van deze technieken heeft een heel specifiek effect op een cliënt, ze ontlokken een bepaalde reactie.

7.3.1. Non-verbale technieken

De belangrijkste zijn:
- **oogcontact**: hiermee laat je merken naar de spreker te luisteren.
- **houding**: een goede luisterhouding is rechtop zittend, ontspannen en naar de spreker toe gericht. Doe intussen geen andere dingen!
- **knikken/hummen**: selectief (dat wil zeggen op die uitingen van de ouders waarmee ze iets laten merken van kennis en bezorgdheid m.b.t. de problemen, competentie en eigenwaarde) knikken en/of hummen werkt als een versterker op die uitingen. Zit echter niet steeds te knikken of te hummen.
- **gezichtsuitdrukking**: de gezichtsuitdrukking van de gezinsbegeleider dient aan te sluiten bij wat de ouders vertellen.
- **toon van de stem**: spreek zo neutraal mogelijk; zorg er in ieder geval voor dat er geen afkeuring in je stem te horen is - noch in gezichtsuitdrukking; de ouders moeten zelf veranderen en zullen daar minder makkelijk aan gaan werken als een gezinsbegeleider hun meningen/opvattingen bij voorbaat al afwijst.

7.3.2. Verbale gesprekstechnieken

Door onderstaande technieken te gebruiken zal de gezinsbegeleider in staat zijn selectief actief te luisteren. Selectief omdat de gezinsbegeleider niet alles reflecteert wat ouders zeggen maar juist de veranderingsgerichte opmerkingen extra aandacht geeft. Actief omdat zij niet achterover zit en het alleen maar aanhoort maar bewust keuzes maakt m.b.t. de toe te passen technieken om de ouders te ondersteunen bij het nemen van een goede beslissing. Technieken zijn bijvoorbeeld samenvatten, reflecteren en vragen stellen ter verduidelijking.

- **Reflecteren**:
De gezinsbegeleider geeft de woorden of gevoelens van de ouders weer. Het doel hiervan is dat ouders verder vertellen over het onderwerp. De gezinsbegeleider brengt zelf geen nieuwe dingen in. Er zijn verschillende vormen van reflecties:
-- **papegaaien**: letterlijk herhalen van één of een aantal door de ouder geuite woorden;
-- **van inhoud**: gezinsbegeleider geeft wat de ouder gezegd heeft in eigen woorden weer;
-- **van emotie/gevoel**: gezinsbegeleider benoemt gevoelens die door ouder niet direct benoemd worden. Het effect hiervan is dat de ouder zich begrepen zal voelen;
-- **van intern conflict**: gezinsbegeleider brengt positieve en negatieve kanten die aan gedragsverandering zitten onder woorden. Dit helpt de ouders bij het afwegen van de verschillende argumenten om al dan niet te veranderen.

- **Concretiseren**:
De gezinsbegeleider stelt open vragen om specifieke en concrete informatie te weten te komen m.b.t. het probleem. Gezinsbegeleider kan bijvoorbeeld vragen: *"Kunt u me daar wat meer over vertellen?"* Belangrijk na een dergelijke vraag is na het antwoord eerst weer een reflectie te laten volgen. Vermijd een spervuur van vragen!

- **Samenvatten**:
Door datgene wat ouders hebben ingebracht samen te vatten kun je structuur in het gesprek brengen. Het is ook een methode om te controleren of je de ouders begrepen hebt. Door samenvatten wordt het voor alle betrokkenen eenvoudiger alles op een rijtje te zetten. Als dat mogelijk is, zorgt de gezinsbegeleider ervoor dat de samenvatting beëindigd wordt met een zelfmotiverende uitspraak van de ouders. Dit verhoogt namelijk de kans dat daarop dan verder gepraat wordt.

- **Positief heretiketteren**:
Door de gezinsbegeleider worden negatieve gevoelens, gedachten of gedrag in een positieve context teruggegeven.
De ouders kunnen hierdoor anders, positiever naar het gedrag kijken. Deze techniek is te gebruiken als ouders veel negatieve uitspraken over zichzelf of hun kind doen.
Een voorbeeld: *een ouder die van zichzelf opmerkt veel te streng te zijn*. Gezinsbegeleider kan een dergelijke uiting heretiketteren door op te merken dat de ouder het belangrijk vindt dat consequent met regels omgegaan wordt.

- **Verkleinen of vergroten**
Door de gezinsbegeleider wordt dat wat de ouder zegt extremer weergegeven. Bijvoorbeeld: *wanneer de ouder zegt dat het wel meevalt met die problemen, zeg je als gezinsbegeleider (zonder overdreven over te komen) "U ervaart nooit problemen"*. Door dit 'verkleinen' toe te passen zal het effect waarschijnlijk zijn dat de ouder daar toch op terug komt en van mening zal zijn dat je dat te sterk uitdrukt. Wanneer dat gebeurt kun je de ouder er weer 'wat meer over laten vertellen'. Doet ouder het tegengestelde, maakt hij/zij het probleem groot terwijl je als gezinsbegeleider weet dat

het minder erg is dan kun je de uiting van de ouder zelfs nog vergroten, wat wellicht tot gevolg heeft dat de ouder het geuite probleem weer wat in de juiste proportie zal brengen.

7.4. GIT-voorbeelden

Er zijn een aantal motivatieproblemen waarmee de gezinsbegeleiders geconfronteerd zijn in de door hen uitgevoerde behandelingen. We zullen deze hier noemen en ook ingaan op manieren om daarmee om te gaan/daarop te reageren. Deze voorbeelden speelden zich overigens niet allemaal aan het begin van een GIT-behandeling af. Motivatie kan ook later nog wijzigen. Motivatie is immers geen vaststaand gegeven.

- Ouders zijn aan het begin van de behandeling niet gemotiveerd.

Ouders zeggen dan geen/nauwelijks problemen te hebben terwijl er op grond van het diagnostisch onderzoek begeleiding nodig/zinvol gevonden wordt. Er zijn bijvoorbeeld concrete aanwijzingen voor bepaalde problemen. Ook de ouders zelf hebben dan toch bijvoorbeeld op de CBCL aangegeven dat er problemen zijn. We staan dan voor de taak met ouders tot goede overeenstemming te komen en de motivatie om aan de problemen te gaan werken te vergroten.

De situatie is dan zodanig dat er eigenlijk drie 'partijen' zijn die (verschillende) problemen signaleren: de ouders zelf; anderen (bijvoorbeeld de leerkracht) en de gezinsbegeleider. Om te beginnen is het belangrijk dat de gezinsbegeleider eerst aan de ouders vraagt of ze hen mag vertellen wat de problemen zijn en door wie ze gesignaleerd zijn. De gezinsbegeleider kan vervolgens een toelichting vragen op de door ouders aangegeven items in de CBCL: 'Wat vindt u er van?' of 'Kunt u er wat meer over vertellen?' Je gaat dan uit van de gedragingen van het kind die ouders zelf signaleren. Hiermee wordt voorkomen dat ouders telkens 'ja maar' zeggen wanneer bijvoorbeeld gesproken wordt over problemen met het kind die door school zijn aangegeven. Blijven ouders de problemen minimaliseren dan is een mogelijke toe te passen gesprekstechniek de 'verkleining'. Gezinsbegeleider zou dan kunnen zeggen: "U kunt uw zoon/dochter prima aan, er zijn <u>nooit</u> problemen dus dat hoeft geen doelstelling voor begeleiding te zijn". De ouder zal dan wellicht zeggen dat er wel kleine problemen zijn. Blijven de ouders ontkennen problemen te ervaren en zien ze voor zichzelf geen enkele reden iets aan hun gedrag te veranderen dan kun je nog wel proberen de ouders bereid te vinden om energie te investeren in activiteiten die het voor het kind waarschijnlijker maken dat op school beter zal gaan. Ouders stappen hier veelvuldig in.

Door de gezinsbegeleider worden dan de verschillende opvattingen/meningen verwoord en wordt aan de ouders gevraagd mee te werken zodat de problemen die bijvoorbeeld de leerkracht heeft gesignaleerd door gezamenlijke inspanning van thuis en school kunnen worden opgelost.

Vervolgens wordt aan de ouders verteld dat ze aan een aantal problemen die op school spelen (bijvoorbeeld concentratieproblemen) kunnen werken door thuis bijvoorbeeld te werken aan hun kind leren iets langer te spelen met zijn lego. Aan ouders is dan uit te leggen dat we uit ervaring weten dat bepaalde problemen op school corresponderen met een aantal dingen die thuis gebeuren. De (cor)relaties tussen de problemen op school en andere gedragingen in bijvoorbeeld de thuissituatie leg je als

gezinsbegeleider zelf. Je vraagt de ouders vervolgens of ze het goed vinden dat je daar samen met hen nog eens naar kijkt.

- Ouders willen geen opnamen (meer).

Wanneer dit probleem zich voordoet, is een mogelijke oplossing de behandeling voor korte tijd anders in te vullen. Benadruk wel dat opnamen erg belangrijk zijn voor de behandeling maar ga dan met de ouders in onderhandeling. Zeg dat je snapt dat het nu niet lukt en stel bijvoorbeeld voor om eerst aan de hand van oud materiaal verder te werken en dan over een maand of drie te kijken hoe je dan verder gaat. De mogelijkheid bestaat dat de ouders zelf wel veronderstellen dat het over veel kortere tijd weer opgepakt kan worden.

Een andere mogelijke oplossing van het probleem als het voorkomt uit een praktisch probleem (het tijdstip van opname maken kan bijvoorbeeld steeds niet gevonden worden) is dat de ouders zelf de opname maken. Voor argumenten pro en contra deze werkwijze verwijzen we naar 9.12.6.

***- Een van beide ouders is niet zo betrokken bij de opvoeding en niet zo gemotiveerd voor de behandeling.** Om de betreffende ouder er meer bij te betrekken zou je wanneer je naar een fragment kijkt, aan hem/haar kunnen vragen hoe hij dingen doet, in vergelijking met zijn/haar partner. Je gebruikt de partner dan als model. Tegelijkertijd betrek je de betreffende ouder meer bij de behandeling.*

- De benaderingswijze van de GIT sluit niet aan bij wat de ouders willen.

Al aan het begin van de begeleiding (zie 8.3.1.) wordt aan ouders uitgelegd wat de werkwijze van de GIT is. Belangrijk is een aanpak van begeleiding te vinden die de ouders aanspreekt. Als het ouders niet aanspreekt is het namelijk een blokkade om naar het stadium van de actieve verandering door te gaan. Als GIT de ouders beslist niet aanspreekt, kun je ouders indien dat mogelijk is laten kiezen uit meerdere vormen van begeleiding. Het kan echter toch nog zo zijn dat gedurende de behandeling ouders laten merken dat ze moeite hebben met de benaderingswijze van de GIT.

Het ingaan op en aandacht besteden aan de dingen die goed gaan en daarvan leren is voor veel mensen een nieuwe invalshoek. Een spreekwoord luidt immers ook: 'van je fouten kun/moet je leren'. Sommige ouders willen graag weten van de gezinsbegeleider wat ze fout doen om dat vervolgens te kunnen veranderen.

Een manier om hier op in te gaan is door er het positieve van in te zien en dat ook zo te benoemen: er zijn maar weinig ouders die zo ingesteld zijn als u dat ze willen leren van wat verkeerd gaat. Dat ze willen leren wat ze anders zouden moeten doen.

Je gaat dan mee met de vraag maar binnen een positieve context. Je kunt dan bijvoorbeeld samen met de ouders kijken naar de band en hun de kans geven te zeggen van welk moment zij vinden dat het niet goed ging. Wanneer ouders vragen om de negatieve punten te belichten, geef dan geen rechtstreeks antwoord (je kunt bijvoorbeeld eerst zeggen dat je wil overleggen) maar werk er aan met een 'GIT-techniek'. Je zou dan bijvoorbeeld een ander stuk band kunnen zoeken waarop hetzelfde probleem zich voordoet maar waarop door de ouders anders gereageerd is. Je zou dan samen met de ouders de fragmenten kunnen vergelijken en aan hen vragen wat het verschil is.

Belangrijk is ervoor te zorgen dat je als gezinsbegeleider niet ingaat op 'hoe doen we het verkeerd', maar juist 'u wilt nog wat leren met betrekking tot hoe je anders kunt reageren'.
Tegen iemand die vindt dat ze het niet goed doet en dat volhoudt, moet je niet alleen zeggen en laten zien wat ze wel goed doet.
Wanneer ouders echter zo hardnekkig vol blijven houden aan het negatieve is GIT misschien niet de aangewezen vorm van ouderbegeleiding. Misschien is een andere vorm dan beter geïndiceerd.

In motivatiegesprekken is het niet handig om alvast de positieve dingen (alle aanwezige vaardigheden bij de ouders) te noemen die ze al doen zoals uit de opname van de speltaak-situatie blijkt. Je kunt daarmee beter wachten tot na de formulering van de doelstellingen omdat het anders alvast koren op hun molen is om niet mee te doen aan de GIT. Dit ligt overigens anders wanneer de geringe motivatie van de ouders voort zou komen uit een gebrek aan gevoelens van competentie om überhaupt in staat te zijn zodanige vaardigheden aan te leren dat je als ouder weer meer vat krijgt op het gedrag van je kind. Dan is het juist belangrijk de competentie als opvoeder eerst te versterken.

7.5. Conclusie

Wanneer de motivatie voor een behandeling dus gering is en/of de behandeldoelen die ouders en gezinsbegeleider stellen uiteen lopen, blijkt het zinvol te zijn om een wat langere periode hieraan te besteden in plaats van te snel in de behandelingscycli van opnames en nagesprekken te stappen. In deze tijd spreek je eerst de verzamelde gegevens rustig door met de ouders en pas daarna sluit je een behandelingscontract af met de ouders. Je hebt dan een motivatie fase 0 met bijvoorbeeld drie tot vier gesprekken, waarin mogelijk ook nog een opname zou kunnen zitten. Aan de hand van deze opname kun je met ouders bespreken of de GIT-werkwijze er één is die ook werkelijk bij de ouders past, want dan is het immers eenvoudiger om van de fase van besluitvorming naar actieve verandering te gaan.

HOOFDSTUK 8. INTAKEFASE

Tijdens de ontwikkel-periode van de GIT zijn er tijdens iedere fase in de behandeling werkbesprekingen geweest tussen de gezinsbegeleider en de werkbegeleider. In deze besprekingen werden ervaringen vanuit de behandeling teruggekoppeld ten behoeve van de methodiekontwikkeling, maar werd ook overleg gevoerd over volgende stappen in de behandeling. De behandelingsstrategie werd zo uitgezet. In een situatie waarin er geen werkbegeleider beschikbaar is, zal de gezinsbegeleider dit geheel zelfstandig moeten doen. Om toch enigszins van de als nuttig ervaren structuur en ondersteuning van een werkbespreking te profiteren, worden in deze methodiekbeschrijving daar waar een werkbegeleiding plaatshad onder het kopje 'voorbereiding' de uit te voeren stappen voor het vervolg van de begeleiding beschreven.

De intakefase ziet er als volgt uit:

1. overdracht vanuit de diagnostiekfase
2. voorbereiding door de gezinsbegeleider op het eerste gesprek met de ouder(s)
3. gesprek 1:
   - eventuele kennismaking
   - Semi-Gestructureerd Interview (SGI)
   - uitleg werkwijze GIT (afhankelijk van de beschikbare tijd)
4. voorbereiding door de gezinsbegeleider op het tweede gesprek met de ouder(s)
5. gesprek 2:
   - bespreken van de werkpunten en de doelstellingen voor de behandeling
   - afspraken met betrekking tot de eerste opname
6. voorbereiding op de behandelfase

De intakefase is niet strikt te scheiden van een eventuele motivatiefase. Indien ouders namelijk eerst in een aantal gesprekken gemotiveerd dienden te worden voor de GIT is bijvoorbeeld al meer informatie verkregen met betrekking tot de ernst van de problemen en de bezorgdheid bij de ouders. De intakefase kan dan mogelijk uit één gesprek bestaan. Indien er geen motivatiefase is, wordt hierop doorgevraagd in het interview met ouders dat in dit hoofdstuk beschreven wordt.

8.1. Overdracht

Als er een positieve GIT indicatie gegeven is vindt in deze fase van de Gezins Interactie Training om te beginnen de overdracht vanuit de diagnostiek fase plaats. De gezinsbegeleider neemt kennis van het dossier waarin gegevens zitten van de dossieranalyse, het psychologisch, pedagogische didactisch en medisch onderzoek. Daarnaast worden ook de meer GIT-specifieke onderzoeksgegevens bestudeerd zoals die er zijn na afname van de CBCL en de VMG en de scoring van de ouders op de gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming op het kind zoals geobserveerd in de TSS (6.3.2.; 6.3.3.). Bekend is ook hoe het adviesgesprek met de ouders verlopen is.

8.2. Voorbereiding gesprek 1

De gezinsbegeleider dient het Semi-Gestructureerd Interview (SGI) en de wijze waarop de werkwijze van de GIT aan ouders uitgelegd gaat worden voor te bereiden. Wanneer er nog vele vragen zijn voor het SGI dan is het mogelijk dat de uitleg van de werkwijze GIT in het tweede gesprek met de ouders aan orde komt.
De voorbereiding op beide onderdelen van het eerste gesprek worden hieronder toegelicht.

8.2.1. Semi-Gestructureerd Interview

Door de gezinsbegeleider wordt bekeken op welke punten de checklist (4.3.) onvolledig is. Mede op grond hiervan wordt besloten waarop in het SGI doorgevraagd zal worden.
Belangrijk is dat de gezinsbegeleider haar vragen laat aansluiten op wat ze al weet omdat ouders zich hierdoor sneller op hun gemak voelen.

Bij het doorvragen zal voorzover daarover nog geen duidelijkheid is ingegaan worden op:

- de inhoud van het probleem: wat wordt precies bedoeld met bijvoorbeeld 'hij speelt slecht'. Wat bedoelen ouders met slecht? Is dat te weinig of niet op een goede manier? Waaruit bestaat het slechte spelen?
- Wanneer doet het gedrag zich voor en hoe lang duurt het? Speelt het kind altijd 'slecht' of is het anders als er bijvoorbeeld een vriendje is of de ouders met hem samen spelen?
- Oorzaak: is er een bepaalde reden waarom het gedrag is zoals het is? Gaat er iets aan het gedrag vooraf? Vindt het gedrag alleen maar in bepaalde situaties plaats?
- Hoe ervaren ouders en kind het gedrag? Hebben ze er allemaal dezelfde last van? Welke gevolgen heeft het gedrag voor een ieder? Wat volgt er op het gedrag dat er mogelijk voor zorgt dat het gedrag in stand gehouden wordt?

Belangrijk is dat door erop door te vragen het genoemde probleem heel specifiek en concreet gemaakt wordt.

8.2.2. Introductie werkwijze GIT

Er dient een strategie te worden uitgezet voor de wijze waarop de werkwijze GIT kan worden toegelicht. Daartoe worden uit de opname van de taakspelsituatie fragmenten (video-clips) gekozen die geschikt zijn om de werkwijze van de GIT aan uit te leggen/te illustreren. Dit zijn fragmenten waarin de ouders gewenste gedragingen uit de componenten Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en/of Afstemming laten zien.

8.2.2.1. Voorbeeld introductie werkwijze GIT

Een voorbeeld van de wijze waarop een gezinsbegeleider de GIT bij ouders introduceerde die hadden ingestemd met de GIT is het volgende. In dit voorbeeld wordt ingegaan op de problemen die er zijn en de inzet van de ouders, koppeling met de school kan daarbij ook plaatsvinden.
'De ontwikkeling van Marcel is zeker niet vlekkeloos verlopen. Dat is ook de reden dat hij bij ons op school zit. Marcel is een kind dat zowel in de schoolsituatie als in de thuissituatie extra zorg en aandacht nodig heeft. Een flink deel van het probleemgedrag van Marcel heeft hiermee te maken. Daarbij komt dat Marcel in uw gezin ook duidelijk een nakomertje is en hij geen broertjes of zusjes heeft waarmee hij zichzelf kan vergelijken. Ook wat buurt betreft is er sprake van hetzelfde beeld. Er zijn geen kinderen van Marcels leeftijd in de buurt. Dit betekent dat op u als opvoeders een groot beroep gedaan wordt. Iets waarvan we vinden dat u

dat met inzet doet, maar waarvan we ons ook heel goed kunnen voorstellen dat het u soms zwaar zal vallen. Ons voorstel was dan ook om samen met u te kijken hoe we als school en als ouders samen extra aandacht aan Marcel kunnen geven, zodat zijn ontwikkeling beter op gang komt. En zoals ik u op de band zal laten zien, zijn daarvoor een flink aantal positieve aanknopingspunten.'

Met de ouders wordt de werkwijze van de GIT besproken aan de hand van fragmenten uit de opname van de taakspelsituatie. Een voorbeeld van de manier waarop dat zou kunnen gebeuren is het volgende:
Gezinsbegeleider stelt voor om een stukje van de gemaakte opname te bekijken. Bij het fragment wordt door de gezinsbegeleider aandacht besteed aan gedrag van de ouders en de reactie van het kind erop. De gezinsbegeleider kan bijvoorbeeld opmerken: 'U geeft (naam) hier de ruimte om iets zelf te proberen door niet meteen in te grijpen. Te zien is hoe (naam) zijn best doet om het voor elkaar te krijgen en hoe (naam) ervan geniet dat het gelukt is.'
Dit is een van de vele mogelijke voorbeelden, het had ook een voorbeeld van motivering of beloning door de ouders kunnen zijn waar het kind goed op reageerde. Bijvoorbeeld: *"Je ziet hij profiteert van de aandacht die u hem geeft. Het is heel prettig dat dat er is, dat hij daarop reageert want dan kun je dat uitbouwen".*
Aan het eind van het gekozen fragment stopt de gezinsbegeleider de band en vertelt dat het telkens zo zal zijn dat een fragment bekeken en besproken wordt waarna een eventueel volgend fragment opgezocht wordt op de band en dat ook dat wordt besproken.

De gezinsbegeleider legt in dit gesprek ook de bedoeling van de GIT uit: *"Wat wij willen proberen met ouders en met kinderen is dat ze zelf met de energie die ze er nu instoppen en het liefst op den duur met wat minder, kinderen leren om wat meer gedrag te vertonen wat je aardig vindt als ouder.*
Waar we nu samen naar zoeken zijn de gevoelige momenten. Wanneer gaat het nou goed, wanneer lukt het nou? En je ziet een heleboel momenten waarop het lukt, dat zijn de aanknopingspunten waarop je verder kunt gaan. Ik wil niet zeggen dat het dan meteen volgende week goed is...."

De gezinsbegeleider vat aan het eind de werkwijze samen en vraagt instemming van de ouders m.b.t. deze manier van werken:
"Nou dit is dan ongeveer onze werkwijze. We maken een opname, we proberen daaruit de stukjes te kiezen waarvan we vinden dat daarin toch echt leuk gedrag te zien is en we proberen er dan over te praten welke dingen (gedrag) van jullie maakt dat het goed gaat en over hoe je dat kunt uitbreiden. Het zal dan betekenen dat ik ongeveer een keer per twee weken een opname maak en dat we dat dan zeven tot tien dagen later nabespreken. Is dat iets wat jullie zien zitten? En waar je mee door wilt gaan?"
We bepalen samen met de ouders wat ze het belangrijkste vinden om eerst samen aan te pakken. Zeg je bijvoorbeeld we vinden het spelen het belangrijkste dan komen we op een moment dat de kinderen spelen."
"Maar zien jullie dat zo zitten om op deze manier door te gaan?"

(instemming)
"Er zal misschien ook wel eens iets zijn dat we zeggen: probeer 'ns dit of probeer 'ns dat de komende week, hè. Dat kan ik van te voren nog niet bekijken dat moet ook nog weer aansluiten bij wat jullie zien en wat jullie vertellen.
Telkens na 4 opnames is er een extra gesprek waarin we met elkaar bespreken of we op de goede weg zijn of dat we toch dingen moeten veranderen.
Door de gezinsbegeleider wordt ook gevraagd om de toestemmingsverklaring voor de video-opnames te tekenen (bijlage V).

8.3. Gesprek 1

Eventueel kennismaken, uitvoering van het SGI en bespreking van de werkwijze GIT waarbij de aandachtspunten zoals hierboven onder voorbereiding genoemd meegenomen worden.

8.4. Voorbereiding gesprek 2

In dit gesprek dienen de werkpunten besproken te worden, worden de doelen met betrekking tot de behandeling vastgesteld en worden afspraken gemaakt met betrekking tot de eerste opname. Wanneer in het eerste gesprek de werkwijze van de GIT nog niet besproken is wordt hiermee het gesprek gestart. Punten die hierbij van belang zijn, zijn hierboven reeds genoemd. Voor wat betreft de voorbereiding op het bespreken van de werkpunten en het vaststellen van de doelen het volgende.

In het tweede gesprek worden de punten waaraan gewerkt wordt tijdens de behandeling (de werkpunten) met de ouders besproken. Daartoe is het nodig de problemen van het kind te inventariseren. Deze gegevens komen uit de checklist, uit wat de ouders vertellen tijdens het SGI en uit observatie van de opname van de speltaaksituatie.

De door ouders aangegeven problemen worden geherformuleerd tot de zogenoemde werkpunten.

8.4.1. De werkpunten

Binnen de GIT is gekozen voor een positieve benadering van de ouders. Uit de opnames bijvoorbeeld worden alleen die fragmenten getoond waarop gewenst ouderlijk gedrag (en een goede reactie van het kind daarop) te zien is. Ouders worden telkens weer gesteund in hun aanpak door de gewenste gedragingen te benadrukken. Ouders krijgen hierdoor (weer) vertrouwen in hun eigen opvoedingsvaardigheden.
Bij het begin van de begeleiding komen zij echter met problemen van en ten aanzien van het kind. Passend binnen de hele positieve benadering worden deze problemen dan ook positief geherformuleerd tot zogenoemde werkpunten. *Bijvoorbeeld het door moeder ingebrachte probleem dat Jerry nog bij haar in bed slaapt en dat hij dat moet afleren wordt positief geherformuleerd tot het werkpunt 'moeder wil leren Jerry te leren om in zijn eigen kamer in zijn eigen bed te slapen'.* Werkpunten worden altijd geformuleerd in termen van wat de ouders aan hun kind willen leren zodat de gewenste verandering in het gedrag (van hun kind) optreedt. Het is immers ook de ouder die de 'therapeut' is voor het kind. De gezinsbegeleider heeft als doel het gedrag van de ouder(s) zodanig te beïnvloeden dat er een meer optimale interactie tussen ouder en kind plaatsvindt.
In deze voorbereiding vindt de positieve herformulering tot werkpunten plaats en datzelfde gebeurt in volgende gesprekken met de ouders als dan eventuele nieuwe werkpunten duidelijk worden.

Ook wordt besloten hoe de lijst met werkpunten met de ouders besproken zal worden. Check of ouders het ermee eens zijn en of ze mogelijk nog aanvullingen hebben. Bedenk aan welk punt het handig zou zijn om als eerste te gaan werken. Uiteraard valt de beslissing hierover in het gesprek met de ouders maar het is belangrijk te zorgen voor succeservaringen bij de ouders als ze aan de slag zullen gaan. Belangrijke overweging bij de keuze van het eerste werkpunt is wel dat er een grote kans moet zijn dat de inzet die van de ouders gevraagd zal worden snel beloond zal worden, met andere woorden de ouders dienen snel succes te kunnen boeken. **Het gaat de gezinsbegeleider om veranderde gedragingen bij de ouders maar zij zelf willen resultaat zien in de verminderde problemen met hun kind. Een andere overweging is dat het probleem zich dient te lenen voor opnames. Met beide aspecten dient rekening gehouden te worden bij de keuze voor een werkpunt.**

Een en ander gebeurt mede op grond van een voorlopige holistische theorie, dit geeft een idee over de samenhang tussen de verschillende problemen.
De definitieve holistische theorie wordt na het volgende contact met de ouders geschreven.

Bij de keuze van de werkpunten dienen ook de volgende aandachtspunten in ogenschouw genomen te worden:
- Hoort het gedrag bij een bepaalde ontwikkelingsfase? In dat geval hoeft er geen begeleiding plaats te vinden gericht op verandering van het gedrag; kennisoverdracht hierover naar de ouders kan dan wel nuttig zijn.
- Hoort het gedrag bij een bepaalde stoornis van het kind? Ook dit wil dan niet zeggen dat ouders er geen last van (mogen) ondervinden maar wel dient dan een reëel beeld gegeven te worden van de kansen op/mogelijkheden tot verandering.

8.5. Gesprek 2

In dit gesprek worden de werkpunten en doelstellingen met betrekking tot de werkpunten met de ouders besproken. Bij het bespreken worden hierboven genoemde belangrijke punten in acht genomen. Zijn de werkpunten goed gekozen, stemmen de ouders in met deze werkpunten, hebben de ouders nog aanvullingen?
Er worden afspraken gemaakt met betrekking tot de eerste opname. In de keuze voor de opnamesituatie wordt aansluiting gezocht bij het werkpunt waaraan als eerste gewerkt zal worden. Als ouders bijvoorbeeld willen leren hun kind langer en geconcentreerder te laten spelen dan wordt gekozen voor een spelsituatie. Het gaat er om de vaardigheden van de ouders in de interactie te vergroten en er wordt dan ook besproken dat het de bedoeling is dat de ouder(s) aanwezig is/zijn.

8.5.1. Stellen van doelen door ouders

Het stellen van doelen dient heel precies en concreet (meetbaar) te gebeuren. De ouders dienen duidelijk te weten wat ze willen (en kunnen) bereiken zodat voorkomen wordt dat ze onjuiste verwachtingen hebben over de veranderingen t.a.v. de ervaren problemen. Het heel precies definiëren van gewenst eindniveau en tussenniveau is mede van belang i.v.m. de Goal Attainment Scale, de binnen de GIT gebruikte evaluatiemethode (Bartels, 1989). Noodzakelijk is daartoe echter ook het precies in kaart brengen van de situatie per werkpunt bij aanvang van de GIT.

Eén en ander resulteert erin dat op gedragsniveau de stand van zaken bij aanvang precies beschrijven zijn. Bijvoorbeeld: *speelt één keer per week met andere kinderen* en dat wat bereikt moet worden. Bijvoorbeeld: *speelt vijf keer per week met andere kinderen*. Dit biedt de mogelijkheid bij iedere evaluatie de stand van zaken op dát moment met deze begin- en eindniveaus te vergelijken (6.2.). Met betrekking tot problemen die zich over de hele dag heen voor (kunnen) doen, zoals bijvoorbeeld niet gehoorzamen, en waarbij ouders zeggen dat ze nu soms wel tien keer moeten waarschuwen, is het goed om een moment (korte periode) te kiezen en dat uit te vragen. Je kiest dan een indicatiemoment voor het probleemgedrag. Uiteraard dien je bij evaluaties opnieuw een soortgelijk moment te kiezen om één en ander met elkaar te kunnen vergelijken. Bij het bespreken van de doelen ten aanzien van de begeleiding met de ouders is het enorm belangrijk erop te letten dat haalbare doelstellingen geformuleerd worden. Dit kan betekenen dat bijstelling van wat de ouders zouden willen bereiken door de gezinsbegeleider noodzakelijk is. Alleen wanneer haalbare doelen geformuleerd worden kunnen ouders namelijk succeservaringen opdoen.
Aangezien niet alle problemen even zwaar (hoeven te) wegen voor ouders worden er 'gewichten' toegekend aan de werkpunten. In deze gewichten komt de zwaarte van het probleem/het belang van verandering tot uitdrukking. Aan ouders wordt gevraagd deze gewichten toe te kennen door ze te vragen wat ze bijvoorbeeld het belangrijkste probleem vinden of waar ze het meeste last van hebben. Hierdoor kan verandering op één werkpunt welke heel belangrijk gevonden wordt net zo waardevol zijn als verandering op twee werkpunten die een kleiner gewicht kregen (zie 10.2).
Overigens kan het voorkomen dat ouders in de loop van de begeleiding hun verwachtingen en doelen bijstellen. Doordat bijvoorbeeld veranderingen op één probleemgebied al zo'n verandering in ervaren problemen met het kind kunnen opleveren, gaan ouders soms anders met overig nog steeds aanwezig probleemgedrag om. Ze gaan dit gedrag soms anders benoemen.

8.5.2. Stellen van doelen door de gezinsbegeleider

Ook voor de gezinsbegeleider is het belangrijk een duidelijk doel geformuleerd te hebben. De gezinsbegeleider houdt daarmee voor zichzelf duidelijk waaraan gewerkt zal worden en loopt minder het risico zich op allerlei zijpaden te bewegen, daartoe soms gemanoevreerd door ouders die af en toe vele problemen inbrengen die geen rechtstreeks/direct verband houden met de problemen die ze ervaren ten aanzien van hun kind. Relatieproblemen zijn daarvan een voorbeeld.
De gezinsbegeleider formuleert op dezelfde wijze als beschreven in 8.5.1. doelen met betrekking tot gedragsverandering bij de ouders op de gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming. De gezinsbegeleider denkt ook na over haalbare doelen met betrekking tot gedragsverandering bij het kind.

De doelstellingen worden per behandelblok van vier sessies verdeeld in subdoelen die gerangschikt worden in de te bereiken volgorde. Na ieder blok van vier sessies wordt geëvalueerd met behulp van de Goal Attainment Scale (zie 10.2.) Mede op grond

daarvan worden de doelstellingen voor het volgende behandelblok uitgewerkt.

8.5.3. Relatie doelstellingen - problematiek bij aanmelding

De problemen die ouders noemen bij aanmelding hebben over het algemeen betrekking op het gedrag van hun kind. Het kind gedraagt zich op een wijze waarover de ouders zich zorgen maken of waarvan zij last ondervinden. Zij willen dat het probleemgedrag van hun kind vermindert door de GIT-begeleiding. Door ouders wordt een diversiteit aan kleinere en grotere probleemgedragingen genoemd:

- slaapproblemen
- ongehoorzaam zijn
- slecht of niet willen eten
- ongeconcentreerd zijn/snel afgeleid
- druk gedrag
- niet of nauwelijks zelfstandig kunnen spelen
- achterstand in de taalontwikkeling
- angst
- wiegen / stereotyp gedrag
- vaak huilen
- moeilijk samenspelen met andere kinderen/broertjes/zusjes
- niet tegen zijn/haar verlies kunnen.

Aangezien de GIT als uitgangspunt heeft dat ontwikkelings- en gedragsproblemen van kinderen mede te verklaren zijn vanuit de interactie ouder-kind, valt hieruit op te maken dat die interactie niet optimaal verloopt en dat dat het aangrijpingspunt van de Gezins Interactie Training is. Het probleem waarvoor de gezinsbegeleider zich dus eigenlijk gesteld ziet is niet bijvoorbeeld het slaapprobleem van het kind maar is veeleer de problematische manier waarop ouders en kinderen met elkaar omgaan. Wanneer de ouder leert om op een andere, meer optimale wijze te reageren op het kind kunnen zeer diverse problemen die de ouder inbrengt en die betrekking hebben op het gedrag van het kind opgelost worden.
Problemen in deze interactie liggen vaak op het gebied van teveel reguleren door waarschuwen, opdrachten geven, bevelen, enzovoort. Ouders maken weinig gebruik van de mogelijkheid hun kind structuur en duidelijkheid te bieden door informatie te geven, door juist complimenten te geven op goed gedrag in plaats van te straffen na ongewenst gedrag, enzovoort en door te hoge verwachtingen te hebben van het kind die niet bij zijn/haar ontwikkelingsniveau passen.

8.6. Voorbereiding op de behandelfase

Op deze overgang van intakefase naar behandelfase wordt door de gezinsbegeleider de definitieve holistische theorie gemaakt. Beschreven wordt hoe de verschillende problemen zich tot elkaar verhouden. De onderlinge structuur wordt blootgelegd. Het gaat om oorzaak-gevolg relaties. Op grond van de voorlopige holistische theorie is al bedacht aan welk probleem het beste als eerste gewerkt zou kunnen worden.

Aan het begin van de eerste vier sessies wordt voor het gekozen werkpunt een behandelplan uitgezet. Doelstellingen zoals tijdens de intake geformuleerd worden opnieuw bekeken (8.5.1.; 8.5.2.) en aangegeven wordt op welke ouderlijke gedragsaspecten vooral gericht wordt en welke techieken gehanteerd zullen worden. Ook

wordt nagedacht over observatie-opdrachten die aan ouders gegeven zullen worden. (Zie voor ervaringen hiermee en aandachtspunten wanneer observatieopdrachten gegeven worden, 9.11.1.).

8.7. GIT als mediatietherapie

Zoals reeds gezegd wordt probleemgedrag van kinderen in de visie van de GIT beïnvloed door hun ouders. Vanuit deze opvatting lijkt het een goede stap om ouders in te schakelen bij de therapie. De ouders worden door de gezinsbegeleider zodanig beïnvloed en gestimuleerd dat zij hun eigen gedrag veranderen. Hun veranderde gedrag op zijn beurt heeft tot gevolg dat ook het (problematische) gedrag van het betreffende kind verandert. Doordat via de ouders het gedrag van de kinderen verandert, kunnen we zeggen dat de GIT een vorm van mediatietherapie is. De ouders missen kennis en vaardigheden nodig voor deze gewenste/beoogde gedragsverandering. Het leren ervan vindt plaats door vaardigheden die sommige ouders al bezitten te versterken waardoor ze ze vaker toepassen. Bij andere ouders dienen nieuwe vaardigheden te worden aangeleerd. In de paragrafen over de technieken wordt de wijze beschreven waarop dit aan ouders geleerd kan worden.

Wanneer ouders (of andere volwassenen in de buurt van het kind) de aanpak van hun kind voor hun rekening nemen heeft dat een aantal **voordelen** (Cladder, 1991):

- De aanpak begint bij de machtigste van het systeem, namelijk de ouders. Weerstand tegen de therapie en het gevoel van de ouders te falen worden op deze manier voorkomen.
- Er is geen generalisatieprobleem. Het nieuwe gedrag wordt direct aangeleerd in de situatie waarin het verwacht wordt en waarin het zal moeten optreden.
- Er is minder kans op terugval na een geslaagde behandeling. Het kind gaat niet veranderd terug naar een onveranderde omgeving. Kind en ouder veranderen beide. Het kind verandert doordat ouders anders op hem hebben leren reageren. Het nieuwe gedrag van de ouder(s) houdt het gedrag van het kind vervolgens ook in stand.
- Ouders leren tijdens mediatietherapie enkele theoretische basisprincipes en een algemene aanpak van kinderproblemen. Ze krijgen het gevoel zelf invloed te kunnen hebben op het gedrag van het kinderen. Ze worden zelfstandiger en zelfbewuster en kunnen ook later allerlei problemen in de omgang met het kind aanpakken.

HOOFDSTUK 9. BEHANDELFASE

In deze fase is er de voortdurende afwisseling tussen een opname van ouder(s) en kind en een nagesprek met de ouder(s) naar aanleiding van deze opname. De laatste video-opname levert steeds het materiaal voor het nagesprek. Tussen de opname en het nagesprek zit een voorbereidingsmoment door de gezinsbegeleider.

9.1. De opname

De opname vindt plaats in de thuissituatie. Met de ouders is van te voren besproken welke situatie opgenomen wordt. Deze situatie heeft een (vrij directe) relatie met het werkpunt waar op dat moment de meeste aandacht naar uitgaat. Wanneer het werkpunt is het kind langer en meer zelfstandig te leren spelen dan wordt een opname gemaakt van een spelsituatie tussen kind en ouder(s). Aangezien het kind dit namelijk nog niet kan is de eerste stap dat de ouders dit aan hem leren. In latere opnames kan op een bepaald moment de overstap gemaakt worden om het kind ook (een poosje) tijdens de opname alleen te laten spelen.
Wanneer aan ouders van te voren gevraagd is op bepaalde punten extra te letten (zie ook 9.11.3. gedragsinstructie), dan worden de ouders hier aan het begin van de opname even aan herinnerd. Dit wordt gedaan omdat de ervaring leerde dat wanneer de gezinsbegeleider dat niet doet sommige ouders de opdracht snel vergeten. Eén van de ouders kwam zelf met dit voorstel (!).
In principe bemoeit de gezinsbegeleider zich niet met wat er gebeurt. Levert het echter weinig bruikbare fragmenten omdat de ouders bijvoorbeeld weinig emotioneel ondersteunen terwijl dat juist een van de doelen is dan kan de gezinsbegeleider ervoor kiezen een hint (prompt) te geven aan de ouders. Bij de selectie van de clips kan het fragment dan precies na deze prompt beginnen.
Tijdens de opname wordt niet op negatieve/kritische wijze over het kind gesproken. De ervaring leert dat er ouders zijn die ook dan in aanwezigheid van het kind opmerken hoe moeilijk het gedrag van hun zoon of dochter is. Wij spreken echter met ouders af dat ze natuurlijk over hun kind mogen praten als het erbij is maar dat het dan over prettige kanten aan dat kind gaat en dat ze met hun problemen bij de gezinsbegeleider terecht kunnen in het nagesprek waar het kind niet bij aanwezig is.

9.2. Voorbereiding

Voor het nagesprek van de gezinsbegeleider met de ouders wordt door de gezinsbegeleider de laatste video-opname bekeken. Middels de Gezins Interactie Observatie schaal (GIOS) wordt de interactie van de ouders met het kind beoordeeld door de gezinsbegeleider. Nagegaan wordt welke aspecten van de gedragscomponenten: Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Afstemming in deze situatie wel of niet sensitief worden toegepast en welke gedragsaspecten te veel of te weinig worden gebruikt in deze situatie. Uitgaande van de gekozen behandelingsdoelen worden op basis van de observatie video-fragmenten geselecteerd (zie 9.2.1.). De geselecteerde fragmenten worden beschreven.

Uitgaande van het gekozen werkpunt, bijvoorbeeld: André langer en meer zelfstandig leren spelen, wordt gekeken met welke volgende stap de ouders uitgelokt kunnen worden om meer (vanuit de behandelingsdoelen geformuleerd) gewenst gedrag te gaan vertonen. Vastgesteld wordt of hieraan een oefening verbonden moet worden. Bijvoorbeeld: *vader en moeder spelen elk minstens 2 maal per week gedurende 10 minuten met André en proberen André daarna nog alleen verder te laten spelen. Besloten wordt van welke situatie een opname gemaakt zal worden.*
Als de interventie is gekozen en toegespitst op dit specifieke gezin worden de stappen van het nagesprek ingevuld.

9.2.1. Keuze fragmenten

Zoals gezegd worden de fragmenten zo geselecteerd dat ze bijdragen aan het behalen van de behandeldoelen met betrekking tot het gedrag van de ouders.
Concreet houdt dit in dat wanneer de ouder bijvoorbeeld meer/vaker gedrag zou moeten laten zien behorend tot de gedragscomponent Emotionele Ondersteuning, dat fragmenten getoond worden waaruit duidelijk blijkt hoe de ouder het kind ruimte biedt of bijvoorbeeld affectie deelt met het kind. Belangrijk in het fragment is ook de positieve reactie van het kind op dit getoonde gedrag van de ouder(s). Wanneer een ouder moet leren (meer) structuur te bieden dan wordt gezocht naar fragmenten die zulk gedrag van de ouder bevatten.

9.3. Het nagesprek

De gezinsbegeleider voegt in in het gezin. Dat gebeurt door op informele wijze het contact weer op te nemen met het gezin. De gebeurtenissen uit de periode sinds het vorig gesprek worden besproken. Eventuele problemen buiten het directe GIT verband kunnen zo kort aan bod komen (bijvoorbeeld huisvestingsproblemen, problemen rond andere kinderen, perikelen rond de nieuwe keuken, ervaringen met de school). Door deze periode van invoegen komt de rust om zich te kunnen concentreren op de geselecteerde video-fragmenten van de laatste opname.
Hierna volgt het bespreken van het huiswerk als dat de keer ervoor gegeven is. De gezinsbegeleider beloont de ouders expliciet voor het maken ervan (zodat ouders dat een volgende keer met een grote waarschijnlijkheid weer zullen doen) en gaat nauwkeurig in op de verzamelde gegevens. Als er problemen waren rond het huiswerk zoekt de gezinsbegeleider die eerst bij zichzelf (te moeilijke/ingewikkelde opdracht gegeven?) en neemt indien nodig de schuld daarvoor op haar/zijn schouders. De nadruk wordt gelegd op dat wat gelukt is en het effect ervan op het (gewenste) gedrag van het kind.
Na deze introductie wordt overgestapt naar het bekijken van de video-fragmenten en wordt feedback gegeven. De gezinsbegeleider maakt daarbij gebruik van geschikte technieken. Het gedrag van de ouder(s) dat de gezinsbegeleider wil zien toenemen wordt benadrukt, evenals het effect van dit gedrag op het gedrag van het kind. De gezinsbegeleider staat in haar houding model voor de ouders (3.4.1.). Indien nodig worden bepaalde dingen geoefend met de ouders en wordt eventueel opnieuw een huiswerkopdracht gegeven. Bij het bespreken van de fragmenten benoemt de gezinsbegeleider de gedragingen van de ouders in gehechtheidstheoretische termen en draagt zorg voor overdracht

van voor ouders goed te gebruiken gedragstherapeutische technieken om bij hun kind iets in het gedrag te veranderen.
Vervolgens wordt ingegaan op punten die ouders aandragen en die eventueel zijn blijven liggen. Belangrijke gespreks/leerpunten worden aan het eind nog eens samengevat, eventuele opdrachten aan de ouders worden gegeven/herhaald. De afspraak voor een volgende opname wordt gemaakt.
In het nagesprek vindt de eigenlijke gedragsbeïnvloeding plaats.

9.4. Theoretische kaders en gedragsbeïnvloeding

Zoals reeds eerder beschreven is (2.1.1.), vormt de gehechtheidstheorie het normatieve kader van de Gezins Interactie Training. Dat wil zeggen dat uit deze theorie en afgeleiden daarvan ideeën/handvatten komen waaraan de kenmerken/karakteristieken van een optimale ouder-kind interactie moet voldoen. Gedragscomponenten als Emotionele Ondersteuning, Instructie en Regulering dienen aanwezig te zijn. Bovendien dient aan een goede afstemming van de ouder op het kind voldaan te zijn.
De gezinsbegeleider probeert het gedrag van de ouders zodanig te beïnvloeden dat dit in de gewenste richting verandert, zodat een optimale ouder-kind interactie tot stand kan komen. Daartoe maakt zij gebruik van verschillende gedragsbeïnvloedende technieken die gebaseerd zijn op de leertheorie, technieken die ook binnen de gedragstherapie toegepast worden.
Hierna worden verschillende technieken behandeld die de gezinsbegeleider in relatie tot de ouders hanteert om veranderd gedrag bij de ouders te bereiken.
Binnen de GIT gaan we op zoek naar de vaardigheden en tekorten die in het gedrag van de ouders zichtbaar zijn en stellen op basis daarvan behandelingsdoelen op. Deze behandelingsdoelen zijn gericht op verandering van ouderlijk gedrag. Belangrijk is dat bij het bereiken van de doelen steeds gewerkt wordt aan het opdoen van succeservaringen door de ouders. De positieve aspecten in het gedrag van de ouder worden belicht.
Opgemerkt hierbij zij dat de gezinsbegeleider onderstaande technieken toepast en (gedeeltelijk) overdraagt aan ouders. In haar houding stelt zij zich sensitief-responsief op naar de ouder. Dit houdt concreet in dat de gezinsbegeleider ook model staat voor de gedragingen die de ouders moeten leren danwel vaker tonen. (3.4.2.; 3.4.3.) Aan ouders die bijvoorbeeld te weinig emotioneel ondersteunen en te directief optreden zal de gezinsbegeleider juist wat meer ruimte bieden en zal ze veel motiveren, aanmoedigen en affectie delen.

Met het toepassen van deze technieken wordt vaak ook informatie overgedragen over de werkwijze van deze technieken. Met de ouders wordt dan bijvoorbeeld besproken wat het effect is van belonen of wat het effect is van ongewenst gedrag negeren. Wanneer de ouders impliciete of expliciete kennis opdoen over deze effecten dan zullen zij ook beter in staat zijn de technieken te hanteren in hun relatie naar het kind.
Want ook bij een verbeterde interactie - een verbeterde relatie tussen ouder en kind, kunnen er nog gedragingen blijven die ouders anders willen hebben. Soms willen de kinderen dat zelf ook omdat ze er ook last van ondervinden. Ouders kunnen er voor kiezen die gedragingen van hun kind zo te beïnvloeden dat het gedrag van het kind zal veranderen.

Belangrijk is dan eerst een goed overzicht te hebben van het gedrag waar het om gaat, wanneer het voorkomt en hoe er op gereageerd wordt.

9.5. Gedrag: antecedenten en consequenten

Binnen de GIT wordt gebruik gemaakt van operante technieken zoals die ook binnen de gedragstherapie toegepast worden. Deze technieken baseren zich op het principe dat gedrag bepaald wordt door wat er op het gedrag volgt, de zogenoemde consequenten. Deze kunnen verschillende vormen aannemen. Als het gevolg prettig is zal het het gedrag versterken. Een plezierige consequent heeft als effect dat het gedrag versterkt wordt. Dat wordt zichtbaar doordat het gedrag bijvoorbeeld in frequentie toeneemt of langer volgehouden wordt. Wanneer het echter om een negatieve, een vervelende consequentie gaat, zal het gedrag juist minder vaak optreden. Ook wanneer er geen consequentie meer op het gedrag volgt zal het gedrag na een poos niet meer voorkomen. Met andere woorden, door heel bewust bepaalde gevolgen op gedrag selectief te hanteren kun je ervoor zorgen dat gewenst gedrag versterkt en/of ongewenst gedrag verzwakt wordt. Technieken die op dit principe gebaseerd zijn, noemen we allemaal voorbeelden van consequente controle.

Bekend is dat bepaalde gedragingen in de ene situatie wel voorkomen maar in andere niet. Gedrag is ingebed in een context. In een situatie zijn twee aspecten van belang: gebeurtenissen die aan gedrag voorafgaan (antecedenten) en gebeurtenissen die erna komen (consequenten). Zoals gezegd zijn voor het operante leren slechts de gevolgen op bepaald gedrag bepalend of het gedrag herhaald wordt of niet. Antecedenten echter maken het gedrag waarschijnlijk. Er is dus ook sprake van een antecedente controle.

In de gedragstherapie worden het gedrag, de antecedenten en de consequenten in een zogenaamd ABC-schema gezet. Een voorbeeld:

Figuur 9.1.: ABC-schema

Antecedenten (Situatie)	**B**ehaviour (Gedrag)	**C**onsequenties (Gevolgen)
Jan heeft gespeeld met lego	Jan loopt weg	Moeder geeft hem de opdracht op te ruimen
Moeder geeft hem de opdracht op te ruimen	Jan gaat naar buiten	Moeder ruimt zelf op

Onder consequenties en antecedenten kunnen zowel gebeurtenissen, gedachten als ook emoties ingevuld worden.

Het is vaak bijzonder nuttig en illustratief om een ABC-schema van zowel het gewenste als ook van het ongewenste gedrag te maken. Opvallend is dan dat er vaak geen prettige gevolgen zijn op het gewenste gedrag van een kind maar er bijvoorbeeld wel

aandacht (voor veel kinderen plezierig) volgt op allerlei ongewenst gedrag.
Door deze ABC-analyses kan afgeleid worden wat de functie van het gedrag is. Dit vormt dan weer aanknopingspunten voor de behandeling.

9.6. Technieken

De beschrijving van de verschillende technieken is onder meer ontleend aan Cladder (1991).

Om tot gedragsverandering te komen, kan gebruik gemaakt worden van operante technieken. Er bestaan verschillende technieken die in een viertal categorieën ondergebracht kunnen worden al naar gelang het effect dat ze hebben. Het gaat om technieken die ervoor zorgen dat gedrag wordt:

- versterkt: het neemt dan in frequentie toe; hieronder vallen positieve bekrachtiging en negatieve bekrachtiging;
- verzwakt: de frequentie neemt af; hieronder vallen belonen van tegengesteld gedrag, negeren, time-out, overcorrectie, verzadiging en straf;
- opgebouwd: nieuw gedrag wordt geleerd; voorbeelden hiervan zijn model-leren (waaronder jezelf-als-model), shaping en chaining;
- gebracht onder controle van andere stimuluscondities; hieronder vallen discriminatietraining, generalisatietraining en fading.

Wanneer, dat wil zeggen bij welke problemen, gebruik je nu welke technieken? Bindende vaste regels daartoe zijn niet te geven. Een aantal aandachtspunten wel.

1. Het eerste wat je je moet afvragen is of je gedrag wilt versterken, verzwakken of opbouwen. Uit de onder deze 'kopjes' genoemde technieken kun je dan een keuze maken.
2. Ander belangrijk punt is dat het vaak goed werkt om twee technieken naast elkaar te gebruiken. Wanneer je bijvoorbeeld ongewenst gedrag wilt verzwakken, kies dan ook een techniek om het gewenste gedrag dat ervoor in de plaats moet komen te versterken of op te bouwen.
3. Wees creatief, flexibel en houd goed in de gaten of de techniek die je gekozen hebt, aanslaat bij de ouders. Niet iedereen is bijvoorbeeld even gevoelig voor complimenten.

Hieronder volgt een overzicht van de binnen GIT gebruikte technieken.
Aan de beschrijving van elk van de technieken is een aantal praktijkvoorbeelden toegevoegd. In het eerste voorbeeld gaat het telkens om een door de gezinsbegeleider toegepaste techniek om het gedrag van de ouders in gewenste richting te doen veranderen. In het tweede voorbeeld gaat het om een door de ouders toegepaste techniek om probleemgedrag bij het kind te verminderen, danwel in plaats daarvan gewenst gedrag aan te leren en/of de frequentie ervan te vergroten. Wanneer een techniek alleen door de gezinsbegeleider óf alleen door de ouders m.b.t. hun kind wordt toegepast zijn ook alleen van die situaties voorbeelden beschreven.

Een mogelijke indeling van de verschillende technieken is de volgende (zie ook Cladder, 1991):

- Technieken om gedrag te versterken (9.6.)

- Technieken om gedrag te verzwakken (9.7.)
- Technieken om nieuw gedrag op te bouwen (9.8.)
- Technieken vanuit de stimuluskant (9.9.).

9.7. Technieken om gedrag te versterken

Het gaat hierbij uiteraard om versterking van het gewenst gedrag waarbij het doel kan zijn de frequentie van dat gedrag te verhogen of bijvoorbeeld de duur van het gedrag te verlengen. In beide gevallen zijn de hieronder genoemde technieken bruikbaar. Allerlei aspecten in het (non)verbale gedrag van de gezinsbegeleider die reeds beschreven stonden onder motivatie (intakefase) kunnen ook hieronder geschaard worden.

9.7.1. Positieve bekrachtiging

Doel hiervan is gewenst gedrag in frequentie te laten toenemen door wanneer het gedrag optreedt er een positieve consequentie op te laten volgen. Wat als positieve consequentie ervaren wordt is afhankelijk van de persoon voor wie ze bedoeld zijn. Verschillende dingen kunnen als bekrachtiger gebruikt worden. In het contact met de ouders zullen door de gezinsbegeleider vooral sociale stimuli gebruikt worden:

- sociale stimuli, bijvoorbeeld *een compliment, een glimlach, een knipoog, enzovoort*;

Met ouders kan besproken worden dat door hen met betrekking tot hun kind ook te gebruiken zijn:

- *snoepjes, koekjes, andere lekkere dingen*;
- *kleine cadeautjes, bijvoorbeeld stoepkrijt, een autootje*;
- mogen doen van activiteiten die het kind prettig/leuk vindt, bijvoorbeeld *een spel doen, een boek (voor)lezen, televisie kijken, in de keuken helpen*;
- stimuli die inwisselbaar zijn voor andere/grotere dingen, bijvoorbeeld *geld, punten waarbij een aantal punten bijvoorbeeld een klein cadeautje oplevert, een kruis zetten in een schema waarbij een vol schema dan staat voor een grotere beloning die je van te voren bent overeengekomen*.

De versterker hoeft overigens niet altijd door een ander te worden toegediend/van buiten te komen (extrinsiek). Ook versterkers die op een natuurlijke wijze met het gedrag verbonden zijn (intrinsiek) zijn bekrachtigend.
Een voorbeeld om dit duidelijk te maken: *als de gezinsbegeleider een compliment geeft aan de ouders omdat zij heel goed geleerd hebben om hun kind langer te laten spelen is er sprake van extrinsieke bekrachtiging*. Het plezier dat de ouders ook zelf al ervaren aan het gegeven dat hun kind langer heeft leren spelen, is een voorbeeld van intrinsieke bekrachtiging.

Aandachtspunten bij toepassing van positieve bekrachtiging

Een aantal aandachtspunten is van belang wanneer je werkt met bekrachtigers:

- Wanneer je beloont doe dat dan zo mogelijk direct na het gedrag. Geef daarbij altijd heel duidelijk aan welk gedrag zo gewaardeerd wordt. Maak aan ouders dit belangrijke punt ook duidelijk. Concrete, specifiek op gedrag gerichte complimenten zijn met name zo belangrijk omdat je juist het gedrag van de ouders c.q. het kind wilt beïnvloeden. (Ditzelfde is overigens van toepassing wanneer je een opmerking maakt over ongewenst gedrag, maak ook die opmerking zo concreet dat hij precies het ongewenste gedrag bevat.)

Dus bij het geven van een compliment niet in de algemeenheid zeggen dat je betrokkene zo heel lief vindt of een goede vader maar aangeven welk gedrag je waardeerde (zie het voorbeeld).

- Schakel zo mogelijk bekrachtigers op ongewenst gedrag uit; let op of er andere consequenties die je als hulpverlener of als ouder niet bedoelt, bijvoorbeeld omdat ze het ongewenste gedrag bekrachtigen, ook invloed laten gelden. Zorg er zo mogelijk voor dat die niet meer kunnen meespelen.
  Degene die het gedrag wil beïnvloeden dient de controle over de bekrachtigers te hebben.
- Zorg ervoor dat wanneer het gedrag zich begint voor te doen dat je dan meteen en iedere keer de bekrachtiger erop laat volgen.
- Combineer zonodig met andere technieken die hieronder nog behandeld worden.

Aandachtspunten bij overdracht techniek aan ouders

Wanneer deze techniek aan ouders overgedragen wordt zijn de volgende punten bovendien van belang om met ouders te bespreken:

- De consequentie moet voor het kind werkelijk bekrachtigend zijn; er bestaan lijsten waarop iemand kan aangeven wat versterkers zijn voor haar/hem.
- Let goed op welke activiteiten het kind leuk vindt om te doen, wat doet het kind vaak/graag uit zichzelf. Die activiteit kan dan ook als versterker gegeven worden.
- Maak afspraken met het kind zodat zij/hij weet waarop hij kan rekenen ten aanzien van beloningen (afhankelijk van de leeftijd van het kind). Met andere woorden: maak duidelijk wat er van hem wordt verwacht.
- Zorg dat verzadiging (geen zin meer hebben in een bekrachtiger omdat je die al te vaak hebt gehad) niet optreedt door te variëren in de bekrachtigers die je gebruikt.
- Maak indien mogelijk gebruik van natuurlijke beloningen, dingen die al in de omgeving van het kind voorkomen, of positieve gevolgen die al gekoppeld zijn aan het gedrag.
  Alle niet-natuurlijke bekrachtigers/consequenten zijn namelijk slechts tijdelijke noodzakelijke hulpmiddelen, waar men zodra dat kan weer vanaf wil. Uiteindelijk wil je er in veel situaties naar toe dat sociale bekrachtigers (als complimenten enz.) voldoende bekrachtigend zijn.
- Wanneer je werkt met inwisselbare stimuli zoals bijvoorbeeld punten is het heel belangrijk voordat je het punt geeft/de kruis zet een sociale versterker te geven. De bedoeling daarvan is dat ook het compliment/de glimlach een belonende waarde krijgt. En sociale versterkers hebben voordelen boven niet-sociale versterkers.

GIT-voorbeelden gezinsbegeleider-ouder

In de GIT vindt positieve bekrachtiging van het gedrag van de ouder plaats wanneer aandacht wordt besteed aan die dingen die goed gaan in de ouder-kind interactie.
Concreet bijvoorbeeld in het geval waarin een ouder moest leren meer ruimte te geven aan haar zoon. Een dergelijk compliment wordt heel duidelijk gemaakt door expliciet het gewenste gedrag te benoemen. Daarbij kan ook gewezen worden op het effect van dit ouderlijk gedrag op het kind. 'Het is heel goed dat u hier Jerry de ruimte laat om zelf te kiezen tussen nog een keer lotto spelen of voorlezen'.

ouder-kind

Moeder en Jerry speelden tijdens een van de opnames lotto. Moeder heeft uitgelegd hoe het zit met beurtname. Jerry is net geweest en moeder is aan de beurt. Jerry zegt ook 'nu ben jij'. Moeder gaf vervolgens het compliment aan hem: 'Wat goed van je dat je nu al weet dat ik weer aan de beurt ben'.

9.7.2. Negatieve bekrachtiging

In dit geval wordt wanneer het gewenste gedrag vertoond wordt een vervelende consequentie niet meer gegeven of weggehaald. Door betrokkene wordt dit als een beloning ervaren. Het gevolg is dat het gewenste gedrag vaker voor zal komen.
Als gezinsbegeleider zul je deze techniek niet toepassen. De GIT-benadering is een positieve benadering.
Therapeutisch wordt deze techniek weinig gebruikt. Wanneer deze techniek wel gebruikt wordt is het belangrijk het te combineren met andere technieken, bijvoorbeeld positieve bekrachtiging.
Aan de ouders kan de werking hiervan echter goed uitgelegd worden. Vrijwel iedere ouder kent situaties waarin een kind bepaalde eisen stelt. Het kind kan zich vervelend gaan gedragen als aan de eis/vraag niet voldaan wordt. Sommige ouders kunnen niet tegen dit vervelende gedrag van het kind en geven toe. Het kind krijgt dan een positieve bekrachtiging op zijn ongewenste gedrag en zal leren dat zijn gedrag succesvol is. Als reactie op het voldoen aan de eis van het kind, houdt het kind op met vervelend gedrag. Ook de ouder wordt dan eigenlijk beloond voor het voldoen aan de eis van het kind.

Aandachtspunten bij toepassing van negatieve bekrachtiging

Ook hier een aantal aandachtspunten bij toepassing van deze vorm van versterking:
- Deze techniek **niet alleen** gebruiken maar in combinatie met andere technieken.
- Laat ook hier de beloning (dat wil zeggen het ophouden van de vervelende gevolgen) direct volgen op het gewenste gedrag.
- De bekrachtiging dient sterk genoeg te zijn, dat wil zeggen dat de bestaande vervelende situatie naar genoeg moet zijn.
- Maak duidelijk wanneer de vervelende situatie ophoudt.

GIT-voorbeelden ouder-kind

:

Tegen kind zeggen dat hij omdat hij zo netjes zijn speelgoed heeft opgeruimd niet hoeft te helpen bij de afwas.

9.8. Technieken om ongewenst gedrag te verzwakken

Het doel voor het gebruiken van technieken uit deze categorie kan zijn de frequentie of duur van het ongewenste gedrag te willen verlagen danwel helemaal doen verdwijnen. De kans dat het ongewenste gedrag verdwijnt, is groter als deze technieken gecombineerd worden met technieken die het gewenste gedrag versterken of als in ieder geval duidelijk gemaakt wordt wat het gewenste gedrag is, zodat betrokkene een alternatief heeft voor het ongewenste gedrag.
Het geven van straf gebeurt het meest maar daaraan kleven nadelen die hieronder bij straf genoemd staan. Er zijn echter ook technieken die minder vervelend zijn en uitstekend gekoppeld kunnen worden aan een positievere benadering zoals die binnen de GIT gehanteerd wordt.

9.8.1. Belonen van tegengesteld gedrag

De idee hierachter is dat bepaalde gedragingen die elkaars tegengestelde zijn niet tegelijkertijd voor kunnen komen. Je kunt niet tegelijkertijd vrolijk en verdrietig zijn. Een kind kan niet tegelijkertijd stil zitten en zich hyperactief gedragen. Zoals hierboven duidelijk is geworden neemt gedrag dat beloond/versterkt wordt in frequentie toe. Door nu het gewenste gedrag te belonen zal dat vaker voorkomen waardoor het ongewenste gedrag juist minder vaak voor kan komen in dezelfde tijd.
Door nu het probleemgedrag te herformuleren tot een gewenst gedrag dat vaker moet voorkomen (het werkpunt) en dat te versterken zal het ongewenste (probleem)gedrag minder vaak optreden. Groot voordeel hiervan is dat de persoon voor het probleemgedrag een gewenst alternatief krijgt aangeboden en dat dat versterkt wordt. Bovendien werkt de techniek snel en heeft het een blijvend effect.
Deze techniek is eigenlijk een combinatie van uitdoving van ongewenst gedrag en positieve versterking van gewenst gedrag.

Aandachtspunten bij toepassing van deze techniek

Aandachtspunten bij de toepassing van belonen van tegengesteld gedrag:
- Beloon het gewenste gedrag in het begin altijd en onmiddellijk
- Let erop dat het ongewenste gedrag niet langer in stand gehouden wordt, door de bekrachtiging erop, bijvoorbeeld aandacht niet meer te geven (zie negeren).
- Gebruik naast deze techniek ook andere.

GIT-voorbeelden gezinsbegeleider-ouder

De vader van Jacob reguleert te veel, hij reageert direct als Jacob niet meteen reageert op een vraag of opdracht. Dit gedrag is onverenigbaar met meer ruimte geven. (Aan het begin van de begeleiding is met deze vader besproken dat het belangrijk is dat kinderen wat meer ruimte krijgen om zich te ontplooien/ontwikkelen.) Zodra zich een voorbeeld van ruimte geven voordoet op de video wordt dat geselecteerd en wordt dat aan vader getoond. Hij krijgt dan ook een compliment over dit gewenste gedrag. Anders gezegd: aan het sterk regulerende gedrag wordt geen aandacht besteed, aan het tegengestelde gedrag echter wel.

ouder-kind

André is een erg actieve jongen. Zijn ouders worden soms hoorndol van hem. Wat ze willen is dat hij vaker en langer rustig zit om bijvoorbeeld een spelletje te doen. Ze hebben hierop aan André telkens als dit gewenste gedrag optrad wat extra aandacht gegeven en hem een compliment gegeven over het rustig zijn (gewenst gedrag).

9.8.2. Uitdoving door middel van negeren

Deze techniek wordt toegepast bij ongewenst gedrag. Het is gebaseerd op het principe dat als er geen versterking meer volgt op een bepaald gedrag dat dat gedrag minder vaak vertoond wordt en uiteindelijk zelfs geheel verdwijnt. Wil je deze techniek kunnen toepassen dan moet duidelijk zijn welke gevolgen/consequenten het ongewenste gedrag in stand houden en je dient in staat te zijn deze consequenten te beïnvloeden. Ongewenst gedrag neemt sneller af als je negeren combineert met een techniek waarbij gewenst gedrag juist bekrachtigd wordt.
In een situatie waarin bijvoorbeeld een kind door meerdere personen (bijvoorbeeld door broer/zus of vriendjes) versterkt wordt voor ongewenst gedrag en je als ouder niet in staat bent om dat

te controleren, kan het heel lastig zijn het ongewenste gedrag door negeren te laten verdwijnen.
Bekijk in zo'n geval of het kan lukken het alternatieve gewenste gedrag een zelfde hoeveelheid beloning of iets groter te laten opleveren dan het ongewenste gedrag.
Met de ouders wordt ook besproken dat negeren van ongewenst gedrag een over het algemeen betere manier is om vervelend gedrag te verminderen dan door echt te straffen. Er wordt dan ook meteen aan toegevoegd dat ze het gewenste gedrag juist wel moeten versterken.

Aandachtspunten bij het toepassen van uitdoving

- Negeren is vaak heel moeilijk, toch is het belangrijk het consequent vol te houden omdat wanneer je af en toe wel reageert (wél het ongewenste gedrag versterkt) het ongewenste gedrag dan nog veel hardnekkiger wordt en nog moeilijker uit te doven is. (Vergelijk een gokkast: als er nooit een beloning voor al die ingestopte munten zou volgen, zouden mensen er wel mee op houden, maar juist het weten dat het soms toch raak is, maakt dat ze doorgaan, want misschien is dat bij de volgende gulden al het geval).
- Bij toepassen van negeren is het enorm belangrijk rekening te houden met het gegeven dat het ongewenste gedrag in eerste instantie juist toeneemt waarna het bij volhouden van het negeren pas zal verminderen/verdwijnen. Immers een kind heeft bijvoorbeeld geleerd 'als ik het gillen maar lang genoeg volhoud als ik mijn zin niet krijg dan geeft mijn vader wel toe'. Als vader dan langer doorgaat met volhouden denkt dat kind nog steeds 'als ik maar lang genoeg doorga met gillen ...'. Hij heeft immers nog niet vaak genoeg meegemaakt, met andere woorden nog niet geleerd dat gillen niet meer helpt om toch je zin te krijgen. In eerste instantie zal het gillen dan ook juist toenemen.
  Belangrijk is dus het negeren lang genoeg vol te houden.
- Versterk tegelijkertijd ook het gewenste alternatieve gedrag. Dit is belangrijk omdat het ongewenste gedrag werd vertoond omdat er iets positiefs op volgde. Deze consequentie moet er weer komen maar nu op gewenst gedrag. Belonen van het alternatieve gewenste gedrag zorgt ervoor dat er geen tekort is aan beloning.
- Zorg dat alle versterkers van het ongewenste gedrag bekend zijn en geef die niet meer.

GIT-voorbeelden gezinsbegeleider-ouder

Door de gezinsbegeleider wordt ongewenst gedrag van de ouder genegeerd en het (tegenovergestelde) gewenste gedrag (=sensitie-responsief gedrag) juist bekrachtigd en besproken. In de keuze van de fragmenten is dit erg duidelijk: er worden alleen fragmenten aan de ouders getoond met gewenste gedragingen in de interactie met hun kind. Er wordt daarnaast positieve feedback gegeven over gewenste gedragingen van de ouders.
Met de moeder van Doortje die haar dochter vaak verbaal afwees door te zeggen 'Nee, Doortje zo moet dat niet' of 'Doortje hou daarmee op dat kun je niet', bespreken we dit gedrag niet maar tonen we fragmenten waarin ze haar dochter juist emotioneel ondersteunt, haar dochter prijst voor wat ze doet en haar dochter stimuleert door aan te geven dat ze vertrouwen heeft in wat ze kan. De gezinsbegeleider geeft naast het tonen van deze fragmenten met gewenst gedrag complimenten aan moeder over deze

vaardigheden en geeft het belang van een dergelijke benaderingswijze voor het kind aan. Moeder kan dan zelf overigens ook op het fragment zien hoe goed Doortje op dit meer emotioneel ondersteunende gedrag van moeder reageert en dat is dan op zich ook al (intrinsiek) belonend voor moeder waardoor moeder zich vaker zo zal opstellen.

ouder-kind

Jerry zei een tijdlang om de haverklap gepast en ongepast 'poep' en 'billen'. Moeder had daar een enorme hekel aan en dreigde telkens met vervelende gevolgen als hij er niet mee op zou houden. Nadat bovenstaande met moeder besproken werd, is ze gaan negeren als hij het weer zei. De lol was er na een poos wel af, immers er zit nauwelijks iets leuks in het zeggen van die woorden zelf behalve dan dat het aandacht oplevert en een reactie uitlokt bij een ander.

9.8.3. Time-out

Wanneer een time out wordt toegepast wordt betrokkene (het kind) voor een korte periode uit de bekrachtigende situatie gehaald. Er is dan even geen positieve consequentie op het ongewenste gedrag. Veelal wordt ook dit gekoppeld aan het belonen van gewenst gedrag.

Aandachtspunten bij het toepassen van time out

Belangrijke punten wanneer deze techniek toegepast wordt zijn:

- De ruimte waar het kind geplaatst wordt mag niet beangstigend zijn maar dient wel saai te zijn, immers het kind mag er geen beloning in vinden en dat is in een andere kamer met speelgoed al snel het geval. De gang bijvoorbeeld is in veel huizen een prima ruimte om even naar toe te sturen bij een time out. Er moeten geen versterkers/beloners op gedrag volgen.
- Als het ongewenste gedrag begint, bijvoorbeeld gillen, dient eerst een waarschuwing gegeven te worden en als dat niet helpt wordt het kind op de gang gezet. Degene die het uitvoert blijft daarbij kalm. Het kind krijgt de boodschap mee dat het weer binnen mag komen als het bijvoorbeeld drie minuten stil is geweest. Pas als het kind echt stil is gaat de tijd in. Binnenkomen is dan eigenlijk weer de beloning op gewenst gedrag (rustig zijn).

GIT-voorbeeld ouder-kind

Nadat Jerry's moeder eerst op aanraden van de gezinsbegeleider geprobeerd had door het ongewenste gedrag van Jerry - vooral op ongepaste momenten 'poep' en 'billen' zeggen - te negeren en dat niet het gewenste effect opleverde, is ze overgestapt op het toepassen van een time-out procedure. (Dit was overigens in overeenstemming met wat op dat moment ook in de klas werd toegepast.) Moeder besprak opnieuw met Jerry dat het prima was dat hij die woorden daar waar ze hoorden gebruikte, bijvoorbeeld als hij naar de wc moest of onder de douche, maar dat moeder niet meer wilde dat hij het zomaar zei of zong (hij gebruikte het ook in liedjes). Tegen Jerry werd gezegd dat als hij het toch zou zeggen/zingen dat hij dan even naar de gang zou moeten tot hij weer (na een paar minuten) 'gewoon' kon doen. Gekozen werd voor de gang, omdat dit minder eng was dan een apart kamertje dat ook nog in huis was, en ook omdat in zijn eigen kamer te veel afleiding (speelgoed) was. Bovendien mocht zijn slaapkamer niet aversief worden omdat hij daar ook nog moest leren alleen te slapen. Deze aanpak hielp. Het ongewenste gedrag nam drastisch

af, wanneer het toch voorkwam was een waarschuwing voldoende. Bijkomend effect was dat moeder er zich ook veel minder aan ergerde toen het nog incidenteel gezegd werd.

9.8.4. Overcorrectie (ook wel positieve oefening)

Dit houdt in dat degene die het ongewenste gedrag vertoonde het effect van zijn gedrag op de omgeving extra moet goedmaken. Een kind dat bij thuiskomst bijvoorbeeld zijn jas niet ophangt moet tien keer zijn eigen jas ophangen of behalve zijn eigen jas ook andere jassen ophangen. Het gewenste gedrag wordt dus meteen geoefend. Wanneer het alternatieve gewenst gedrag vertoond wordt, dient dit beloond/versterkt te worden.

GIT-voorbeeld ouder-kind

Jacob ruimde zijn speelgoed niet op. Zijn ouders hebben hem toen een aantal keer de opdracht gegeven behalve zijn eigen speelgoed nog meer dingen op te ruimen.

9.8.5. Verzadiging (ook wel negatieve oefening)

Voor deze techniek wordt gekozen bij ongewenst gedrag waarvan men zich nauwelijks bewust is, men dient dit ongewenste gedrag extra uit te voeren. Idee hierachter is dat de persoon/het kind zich meer bewust wordt van de details van het gedrag (zodat dit niet meer automatisch optreedt) en dat door herhaling vermoeidheid optreedt. Bovendien is het gevolg op het ongewenst gedrag na de 20e keer veel minder belonend dan na de eerste keer.

GIT-voorbeeld ouder-kind

Een voorbeeld zoals we dit in de GIT zijn tegengekomen, was de suggestie van een zus van de moeder van Jerry: op zijn 'poep' en 'billen' zeggen raadde zij moeder aan meteen daarop tegen Jerry te zeggen: zeg het maar honderd keer achter elkaar: 'poep en billen' enzovoort. Jerry reageerde al snel met weerzin tegen het uitspreken van de woorden.
(Overigens bleek dit ongewenste gedrag sneller voorbij te zijn na het toepassen van de beschreven time-out procedure.)

9.8.6. Straf

Straf heeft evenals bekrachtiging ook twee vormen: positieve en negatieve.
Positieve straf: ongewenst gedrag wordt gevolgd door iets vervelends, bijvoorbeeld een standje geven.
Negatieve straf: ongewenst gedrag wordt gevolgd door het weghalen of niet geven van iets fijns, bijvoorbeeld het kind verbieden om televisie te kijken nadat het iets deed wat niet mocht.
Straf is vervelend om te krijgen maar straf is ook vervelend om te geven. Toch gebeurt het erg vaak en wordt er nog vaker mee gedreigd. Bovendien en dat is belangrijk zitten er meerdere negatieve kanten aan het geven van straf. Daarom is het toepassen van deze techniek beslist niet de meest gewenste als het gaat om vermindering van het ongewenste gedrag. Deze techniek staat dan ook als laatste genoemd onder deze categorie. Onder levensbedreigende/-gevaarlijke situaties wordt het echter wel gehanteerd.
Wanneer het toegepast wordt, is het enorm belangrijk het niet als enige techniek om gedragsverandering te bereiken toe te passen.

Nadelen aan straf

Nadelen aan straffen:
- *Gevaar bestaat dat je een hekel krijgt aan degene die de straf* uitdeelt.
- De plek waar het kind naar toe gestuurd wordt bij wijze van straf, bijvoorbeeld zijn bed of kamer, kan een negatieve lading

krijgen; het kind kan zijn bed of kamer gaan associëren met straf en er ook op andere momenten niet meer naar toe willen.
- Je geeft hiermee een voorbeeld van ongewenst gedrag, het kind leert bijvoorbeeld als ik maar hard genoeg sla of scheld houdt de ander wel op.
- Je maakt niet duidelijk welk gedrag het gewenste alternatief is als je alleen het ongewenste gedrag bestraft.
- Straf vindt alleen plaats in situaties waar degene die de straf uitdeelt aanwezig is danwel er achteraf van hoort en mogelijk nog straf geeft; als het ongewenste gedrag niet ontdekt wordt is er niks aan de hand en is het wellicht zelfs belonend.
- Straf kan leiden tot een negatief zelfbeeld; daarom is het uitermate belangrijk dat indien gestraft wordt expliciet benoemd wordt wat precies het ongewenste **gedrag** was; je zegt dan niet iets over het kind als persoon want daar blijf je van houden. Belangrijk is dat kinderen dit onderscheid ook leren.

Aandachtspunten bij toepassen van straf

Wanneer straf toch gebruikt wordt is het heel erg belangrijk dat:
- Het consistent en direct toegepast wordt, dus ook niet dreigen met en vervolgens niet uitvoeren.
- Er niet aan ontsnapt kan worden behalve via acceptabel gewenst gedrag.
- De straf zwaar genoeg is om effect te hebben.
- De straf gecombineerd wordt met extinctie (zie 9.8.2.) en belonen van gewenst gedrag.
- Maak duidelijk in welke situaties/omstandigheden er gestraft zal worden; deze kennis geeft het kind de mogelijkheid zich in die situaties anders te gedragen.

De ouder wordt niet gestraft door de gezinsbegeleider. In een heel positieve benadering als de GIT past een dergelijke negatieve procedure niet. Bovendien is gedrag van de ouders nooit dermate accuut/ernstig dat je er met straf op zou moeten reageren. Wanneer er wel sprake zou zijn van ernstige vergrijpen richting bijvoorbeeld de kinderen dan is het zaak daarbij hulp van een andere instelling in te roepen. In de gewone hulpverleningssituatie die tot doel heeft interactie tussen ouders en kind te optimaliseren is het geen techniek waarvan een gezinsbegeleider gebruik maakt.

GIT-voorbeeld

Het wordt ouders ook afgeraden straf te gebruiken richting hun kinderen. Soms echter is het nodig als het kind iets echt gevaarlijks of heel vervelends doet maar dan nog altijd gecombineerd met versterken van (alternatief) gewenst gedrag.

ouder-kind

De ouders van Norbert hadden toegestaan dat hun beide kinderen binnenshuis mochten fietsen mits ze goed uit zouden kijken en nergens tegen aan zouden fietsen. Dat ging een paar keer goed - de kinderen vonden het geweldig - tot de dag dat de kinderen daar niet meer op letten en hun gang gingen. Vader had toen al een keer gewaarschuwd en ze verteld dat ze niet meer binnen mochten fietsen als ze zo door zouden gaan. Hij voegde vlak daarna de daad bij het woord, toen Norbert opnieuw ergens tegenaan botste, pakte de fietsen op en zette ze buiten (negatieve straf) waarop hij meteen tegen de kinderen zei dat ze uitstekend buiten zouden kunnen fietsen en dat ze dan niet meer hoefden op te letten op allerlei meubels. Binnen was het vanaf dat moment afgelopen.

9.9. Technieken om nieuw (gewenst) gedrag aan te leren

Wanneer de ouders bepaald gewenst gedrag niet of nog niet volledig beheersen dienen deze gedragingen bijgesteld of zelfs helemaal aangeleerd te worden. Verschillende technieken kunnen onderscheiden worden: modeling, shaping en chaining. Ook deze technieken kunnen door ouders gebruikt worden om gedrag van hun kinderen zo te beïnvloeden dat ze bepaald gedrag leren.

9.9.1. Model-leren

Aangezien dit een heel belangrijk principe is voor de GIT waarop het tonen van fragmenten met gewenst gedrag gebaseerd is, wordt hierop vrij uitvoerig ingegaan. We zullen achtereenvolgens een paar vormen van modeling toelichten waarna voorbeelden gegeven worden van de wijze waarop we er binnen de GIT gebruik van maken.
Modeling (leren door naar een model, een voorbeeld te kijken) is een belangrijke bron van leren. Bekend is dat wanneer mensen kijken naar een andere persoon (het model) vele soorten van gedrag die het model vertoont, ook door de observator overgenomen (geleerd) worden. Dit imiteren van het gedrag gebeurt sneller als er een beloning voor het model op volgt maar gebeurt ook als er geen beloning op volgt. Veel responsen zowel affectieve als cognitieve worden voornamelijk door middel van het proces van observatie geleerd.
Uiteraard is dit van groot belang voor therapieën. Je kunt immers pas gedrag versterken zodra dat er is. Dit proces kan lang duren als je dat stap voor stap eerst moet aanleren. Door middel van modeling waarbij het gewenste gedrag in zijn geheel wordt waargenomen kan het gedrag veel sneller worden overgedragen. Gewoonlijk worden modellen getoond die in toenemende moeilijkheidsgraad of complexiteit het gewenste aan te leren gedrag tonen. De observator wordt gevraagd in gedachten het geobserveerde gedrag te vertonen terwijl hij feedback krijgt voor iedere stap die hij in de richting van het gewenste gedrag komt.

Modeling is een methode om gewenst gedrag dat ontbreekt op te roepen welke ook uitstekend bij kinderen werkt.

Hoe werkt modeling?
Eerste stap is te vragen of de persoon het gedrag wil laten zien; je kunt daartoe een prompt geven. Wanneer het bedoelde gedrag niet getoond wordt, doe het dan voor: modeling. Wanneer het ook dan nog niet lukt, geef dan fysieke begeleiding, dat wil zeggen houd bijvoorbeeld letterlijk de hand vast van de persoon terwijl je het gedrag toont.
Een voorbeeld: *een klein kind ziet een Yorkshire Terrier. Moeder stimuleert het te gaan aaien: "Toe maar, aai hem maar!" Kind doet dat niet maar blijft er dicht naast staan. Moeder doet het dan voor waarna het kind een paar keer op de kop van buurvrouws lieveling slaat. Moeder pakt dan de hand van haar kind en aait samen met haar dochter de terrier.*

Op deze wijze kan modeling gebruikt worden om gewenst gedrag te gaan vertonen. Echter ook veel ongewenst gedrag wordt op deze wijze geleerd én blijft in stand omdat op veel van dit gedrag flinke beloningen volgen.

Aandachtspunten bij het toepassen van modeling

Belangrijke punten bij het gebruik van modeling:
- Kies een model dat op de persoon die het gedrag moet leren lijkt en een zeker aanzien heeft.
- Vraag eerst om het gedrag te tonen.
- Doe het dan voor als het simpel is.
- Leg complex gedrag eerst uit of benoem de regels;
- Beloon het gedrag van het model.
- Beloon ieder soort imitatie gedrag van de kijker.

Binnen de GIT maken we gebruik van een specifieke vorm van model-leren, namelijk van 'jezelf-als-model'. Aangezien die een heel belangrijke peiler is binnen de methodiek volgt meer achtergrondinformatie over zelf-observatie alvorens over te gaan tot het beschrijven van enkele voorbeelden.

Zelf-observatie

Een vorm van model-leren die zorgt voor maximale identificatie met een model, zowel affectief als cognitief, is zelf-observatie, dit wil zeggen dat een individu voorbeelden van zijn/haar eigen gedrag observeert.
Bandura (1977) is van mening dat veranderingen in gedrag die het resultaat zijn van zelf-observatie afhangen van of mensen de **effecten** van hun eigen gedrag hebben geobserveerd en overdacht. Met andere woorden, zelf-observatie helpt een cliënt om beter te onderscheiden welke soorten van responsen, leiden tot welke consequenten.
Op zich is het inderdaad vaak al voldoende dat individuen hun eigen gedrag bekijken en bijhouden om werkelijke veranderingen in dat gedrag te bewerkstelligen. Deze reacties kunnen echter voornamelijk het gevolg zijn van het meten of van het bewustworden van gedrag. Dit is het gevolg van systematische zelf-observatie.
Sommige mensen zijn dan in staat zonder verdere hulp van een therapeut zelf situationele controle over hun eigen gedragingen te verkrijgen. Om de veranderingen vast te houden is het wel noodzakelijk dat er aanvullende gedragsveranderings strategieën worden toegepast, zoals modeling of bekrachtiging.
In ieder geval is het zo dat zelf-observatie de eerste stap is op weg naar de ontwikkeling van een effectief zelf-controle programma (Thoresen en Mahoney, 1974). Door het observeren en bijhouden van ons eigen gedrag verkrijgen we namelijk een bewustzijn - zowel cognitief als affectief - over de antecedenten en consequenten die verbonden zijn met onze acties. Dit wetende kun je nieuwe manieren van gedragen uitproberen en zullen de nieuwe observatiegegevens feedback geven die je kan laten zien dat je zelf-controle hebt.

Er zijn aanwijzingen dat blootgesteld zijn aan audio of video feedback van eigen gedrag krachtiger kan zijn dan de effecten van verbale feedback van anderen die dezelfde informatie bevat. Ook zijn er onderzoeken geweest die hebben aangetoond dat, wanneer proefpersonen zichzelf bekijken op video, dat gevolgd wordt door zowel veranderingen in affect als in zelf-beschrijvingen van de uitvoering van gedrag.

Zelf-observatie strategieën kunnen zeer effectief zijn om het gedrag, van hen die zichzelf al goed voelen als personen en competent met betrekking tot het getoonde gedrag, te verbeteren.

Echter voor hen die weinig zelf-waardering hebben, kan zelf-observatie met betrekking tot een bepaald gedrag, als zelfobservatie zonder meer wordt toegepast, de eropvolgende uitvoering van dat gedrag verslechteren.
Veel van de ouders die deelnamen aan de GIT voelden zich geen competente opvoeders. Het zonder meer laten zien van willekeurige fragmenten uit de opname zou dan ook negatieve effecten kunnen hebben.

Jezelf-als-model

Door Hosford (1980) is de effectiviteit van een zelf-confrontatie procedure onderzocht, die niet de nadelige neveneffecten heeft van de traditionele zelf-observatie technieken.
Deze 'jezelf-als-model' techniek baseert zich op imitatie van iemands eigen modelgedragingen en op veranderingen in zelf-perceptie, die de gewenste erop volgende veranderingen in het gedrag bewerkstelligen. Door 'jezelf-als-model' leert iemand van het observeren van voorbeelden van zijn eigen gedrag. Dat betekent hier overigens wel dat iemand alleen die voorbeelden observeert in zijn/haar gedrag waarin hij/zij zich op de gewenste wijze gedraagt. Voorbeelden van onjuist gedrag (ongewenste verbale/nonverbale response-patronen) worden uit het model verwijderd.
Hierin verschilt deze methode van zelf-observatie waarin je geconfronteerd wordt met voorbeelden van je eigen gedrag die mogelijk zelfs meer ongewenst dan gewenst gedrag bevatten.

In de GIT kiest de gezinsbegeleider de fragmenten van het gewenste gedrag. De ouder observeert deze model-fragmenten, 'oefent' en bespreekt deze nogmaals met de gezinsbegeleider.
In diverse onderzoeken is het effect van deze jezelf-als-model techniek bewezen. Ook in situaties/omstandigheden waarin het niet de cliënt zelf was die de fragmenten met het gewenste gedrag selecteerde, maar de therapeut.

Als het individuen ontbreekt aan zelfvertrouwen maar niet aan coping skills blijkt jezelf-als-model krachtiger te zijn dan peermodeling. Veel van de GIT-ouders voelden zich onvoldoende competente opvoeders. Het toepassen van deze techniek draagt er dan ook toe bij dat het gevoel van competentie vergroot wordt.

Hosford haalt een opmerking van Lovaas aan die aangegeven heeft dat deze techniek uitgebreid zou kunnen worden naar het vlak van de instandhouding van veranderingen in gedrag. Veel cliënten gaan vooruit na behandeling maar na verloop van tijd treedt er toch weer terugval op. Jezelf-als-model zou een behoorlijk potentieel kunnen hebben om mensen te helpen veel van de self-coping skills, die ze verworven hebben gedurende de behandeling, en die door gebrek aan versterking of gebruik weer verminderd danwel verdwenen zijn, continu te versterken.
In dit kader past het heel goed dat aan het eind van de GIT de ouders een video-band krijgen uitgereikt waarop de gedurende de begeleiding getoonde fragmenten staan. Deze band gaat vergezeld van schriftelijke positieve steunende en ook verklarende (waarom is dit gedrag zo belangrijk) feedback door de gezinsbegeleider (zie ook 11.2.).

GIT-voorbeeld ouder

Jezelf-als-model:
De ouders fungeren als hun eigen model van goed gedrag. Fragmenten van de opnamen waarin de interactie met hun kind min of meer positief/wenselijk verloopt, worden getoond en van extra feedback voorzien. Wat het criterium is voor positief/wenselijk wordt uit de behandeldoelen gehaald. Wanneer een ouder bijvoorbeeld minder regulerend zou moeten optreden naar het kind en meer emotioneel ondersteunend, dan is er wanneer ouders meer ruimte gaan geven aan hun kind, sprake van gewenst gedrag. Een fragment met zulk gedrag wordt aan de ouders getoond.

gezinsbegeleider-ouder

Gezinsbegeleider als model
De gezinsbegeleider staat door zijn/haar benaderingswijze, die door middel van dezelfde componenten beschreven kan worden als het oudergedrag, ook model voor de ouder. De gezinsbegeleider gaat een duidelijke sensitief-responsieve interactie aan met de ouders. De gezinsbegeleider zal emotioneel ondersteunen, informatie overdragen en reguleren. Zij zal haar gedrag daarbij zo optimaal mogelijk laten aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de ouders. En met name die componenten tonen die de ouder moet leren. Wanneer de ouder moet leren concrete specifieke complimenten te maken, zal de gezinsbegeleider naar de ouders toe ook heel expliciete complimenten maken door het gedrag van de ouder(s) dat gewenst was in haar compliment te benoemen en aan te geven dat het belangrijk is dat ouders op die wijze ook naar hun kind toe een compliment maken.

ouder-kind

In het voorbeeld dat we beschrijven, gebruikte moeder haar zoon Paul als model voor het jongere zusje Emma dat het gedrag leren moest.
Paul vindt een boek van Emma wat gaat over op een potje gaan. Hij moet lachen om de blote billen op de voorkant. En loopt met het boek naar moeder. Deze stimuleert hem dan om Emma te vertellen wat er gebeurt in het boek, wat dat meisje doet. Terwijl Paul het boek doorbladert, stimuleert moeder verder: 'Wat gebeurt daar, wat doet dat meisje nu, dat kan niet op het potje hè,' etcetera. Dan komt het potje tevoorschijn. Paul zit er naast en Emma staat erbij. Moeder: 'Wat doet Sophie met de pot?' Emma doet er spullen in, moeder zegt: 'Dat kan toch niet Paul, daar is het toch niet voor?'. Paul: 'Nee, dit ...' en hij gaat op het potje zitten, 'Kijk zo!' Moeder stimuleert Emma dit ook te doen. Vervolgens doet Emma het na. Moeder complimenteert haar: 'Grote meid' en klapt in haar handen. Er wordt nog even gepraat over plassen.

9.9.2. Shaping

Een tweede heel belangrijke techniek voor de GIT die onder deze categorie valt is shaping.
Met behulp van deze techniek kan het langer duren voordat het gewenst gedrag vertoond wordt dan wanneer gebruik gemaakt wordt van modeling. Dit is namelijk een heel geleidelijke benadering waarbij eigenlijk de weg die leidt tot het gewenste gedrag in kleine stappen wordt verdeeld. Aan het eind van de weg staat het doelgedrag. De eerste stap ligt het dichtst bij het gedrag dat op dat moment al wel wordt uitgevoerd. Als die wordt gezet, volgt daarop meteen een beloning. Telkens wordt dan een volgende stap richting doelgedrag beloond zodat uiteindelijk het gewenste

gedrag wordt uitgevoerd. Belangrijk is dat iedere stap in de richting van het gewenste gedrag beloond wordt.
Binnen deze geleidelijke benadering worden twee vormen onderscheiden. De eerste waarbij het uiteindelijk gewenste gedrag dezelfde vorm heeft als het gedrag waarmee de procedure gestart wordt maar bijvoorbeeld langer achter elkaar volgehouden moet worden. In dit geval wordt eigenlijk gesproken van successieve approximatie.
In het tweede geval ziet het doelgedrag er in zijn vorm anders uit dan het startgedrag, en dan spreken we wel van shaping.
In beide gevallen is het heel belangrijk dat telkens voldoende beloond wordt als de volgende stap richting gewenst gedrag gezet wordt en dat bij bereiken van het doelgedrag dit ook voldoende lang beloond wordt tot echte beheersing/uitvoering aanwezig is. Pas daarna kan besloten worden dat het belonen af en toe kan volgen.
De techniek van shaping of successieve approximatie is een belangrijk gespreksonderwerp tussen ouders en gezinsbegeleider. De gezinsbegeleider besteedt veel aandacht (uitleg) aan hoe je gewenst gedrag bij je kind kunt bereiken. Daarbij komen uiteraard ook andere beschreven technieken aan de orde maar zeker ook het in kleine stappen toewerken naar en bereiken van het gewenste gedrag. Veel ouders stellen hoge eisen aan hun kinderen en zouden het liefst willen dat, wanneer gedrag veranderen moet, dat van vandaag op morgen plaatsvindt. De realiteit is over het algemeen anders en ouders wordt dan ook geleerd met een kleine stap voorwaarts in de gewenste richting door hun kind even tevreden te zijn en dat al te leren belonen. Doelgedrag wordt daartoe met de ouders opgedeeld in kleine stappen en besproken wordt hoe en wanneer ze hun kind zullen belonen.

GIT-voorbeelden gezinsbegeleider-ouder

De gezinsbegeleider past eigenlijk bij voortduring deze techniek toe. Door de gezinsbegeleider wordt selectieve aandacht besteed aan bepaalde gedragingen van de ouders die een eerste stap zijn op weg naar bepaalde wenselijke interacties tussen ouders en kind. De moeder van André bijvoorbeeld trad erg directief controlerend op, ze gaf te weinig ruimte aan André. Toen ze, ook al was dat nog maar heel gering, wat ruimte gaf, is dit door de gezinsbegeleider versterkt door er een compliment over te maken en het fragment te tonen. Ook een kleine stap richting doelgedrag wordt dus bekrachtigd.
Het criterium voor wat een wenselijke interactie is, wordt zoals eerder opgemerkt is, afgeleid uit de doelstellingen voor de behandeling (die mede gebaseerd zijn op de gehechtheidstheorie).

ouder-kind

Een mooi voorbeeld hiervan is wat er tussen Jerry en zijn moeder gebeurde. Jerry gooide als hij zich moest douchen alle kleren die hij aan had op de grond waardoor alles kletsnat werd en moeder het op moest ruimen. (Dat deed ze ook altijd zelf want anders zou het lang duren voor ze klaar waren.) Moeder wilde dat Jerry zijn kleding op de wasmachine zou leggen. Dat heeft ze vervolgens stap voor stap aangepakt door iedere 1-2 dagen te verwachten dat hij één kledingstuk meer dan de dag ervoor op de wasmachine zou leggen. Telkens als hij dat deed beloonde ze hem daarvoor (sociale bekrachtiging: complimenten en bijvoorbeeld de belofte een extra verhaal voor te lezen). De volgende stap werd pas ver-

wacht als hij het vorig doelgedrag had vertoond. In een week tijd was Jerry zo ver dat hij de helft van zijn kleren op de wasmachine legde en na nog een week legde hij al zijn kleren op de wasmachine.

9.9.3. Chaining

Deze techniek lijkt op de vorige in die zin dat ook de weg naar het uiteindelijk gewenste gedrag in stappen wordt verdeeld. Maar wanneer deze procedure wordt uitgevoerd worden de diverse stappen tot en met de op een na laatste uitgevoerd door bijvoorbeeld de ouder. Het is degene die het gedrag moet leren die de laatste stap van het gedrag uitvoert. Op deze laatste stap volgt dan ook onmiddellijk de bekrachtiging. Na het aanleren van deze laatste stap in de keten van stappen wordt verwacht dat ook de stap daaraan voorafgaand wordt uitgevoerd plus de al geleerde laatste stap, hierop volgt weer de beloning. Degene die het gedrag leert, doet dus steeds meer stappen zelf en krijgt telkens aan het eind van de keten de (natuurlijke) beloning die op de laatste stap volgt. Alle stappen blijven bestaan.
De gezinsbegeleider zal met de ouders bespreken uit welke elementen een taak bestaat en in welke volgorde die voorkomen. Met ander woorden de gezinsbegeleider zal de ouders helpen bij het maken van een taakanalyse. De gezinsbegeleider zal dan ook met de ouders bespreken wat reëel is om van dit kind te kunnen verwachten.

Aandachtspunten bij het toepassen van chaining

Belangrijke punten bij chaining zijn:
- Maken van een goede taakanalyse, dat wil zeggen dat duidelijk moet zijn uit welke deelstappen de taak bestaat en in welke volgorde de deelstappen komen.
- Kies de stappen goed, dat wil zeggen niet te groot, niet te klein en in de volgorde waarin ze samen de taak vormen.
- Begin met de laatste stap.
- Doe indien nodig aan het begin voor en leg uit.
- Zorg dat het geleerde deel van de keten steeds tot de uiteindelijk beloning doorlopen wordt.

GIT-voorbeeld ouder-kind

In het kader van de zelfstandigheids bevordering van Jacob wilden ouders Jacob leren zichzelf aan te kleden. Door de gezinsbegeleider is samen met de ouders o.a. een taakanalyse gemaakt van het aantrekken van een broek. (Eerst broek voor je houden, rechter been door rechter pijp steken, linker been door linker pijp (of eerst links dan rechts), broek omhoog hijsen, knoop dicht en rits dichtmaken. Bij de start van het leerproces trekken de ouders Jacob de broek aan waarbij hij als laatste stap de rits mag dichtdoen. De beloning (broek aan) volgt dan onmiddellijk. Als dit goed gaat wordt aan Jacob ook gevraagd de knoop (een makkelijke) dicht te doen en daarna ook nog de rits dicht te maken. Dit wordt weer de gevolgd door het insteken van de benen in de pijpen, enzovoort.

9.10. Technieken vanuit de stimuluskant: stimulus controle procedures

Sommige stimuli zijn een signaal dat het doelgedrag in die omstandigheden al dan niet beloond of mogelijkerwijs zelfs bestraft wordt. Door de aanwezigheid van deze stimuli te manipuleren, beïnvloed je het optreden van dat gedrag.
Ook modeling (9.9.1.), prompting en het geven van instructie (9.11.3.) zijn in wezen op te vatten als stimulus controle proce-

dures. Hier worden behandeld: discriminatie training, generalisatie training en vervaging (fading).

9.10.1. Discriminatie training

Discriminatietraining wordt toegepast als het niet zo is dat een bepaald gedrag aan- of afgeleerd hoeft te worden, maar wanneer iemand onderscheid moet leren maken tussen de situaties waarin hij/zij het gedrag al dan niet mag/kan vertonen.
Nodig is dat eerst onderscheid aangebracht wordt tussen situaties waarin het betreffende gedrag wel en die waarin het het niet adequaat is. In de situaties waarin het gedrag adequaat is, wordt het gedrag beloond, in de situaties waarin het niet adequaat is, wordt het niet beloond of mogelijk zelfs bestraft. Is het laatste het geval dan dient er wel alternatief gewenst gedrag beschikbaar te zijn om in die situaties te tonen. Als dat er niet is dan dient eerst alternatief gedrag geleerd te worden. Dit gedrag wordt overigens ook beloond in de daarvoor wel geschikte situaties.

Aandachtspunten bij het toepassen van discriminatie training

Belangrijke punten bij discriminatietraining:
- Identificeer welke verschillen er zijn tussen de situaties waarin het gedrag adequaat is en die waarin het niet adequaat is.
- Gebruik effectieve belonings- en uitdovings- of indien nodig strafprocedures.
- Richt de aandacht van de persoon die moet leren discrimineren op de verschillen tussen de situaties.
- Maak zonodig tijdelijk het verschil groter tussen de situaties.
- Als toch het gedrag in de situatie waarin het niet gewenst is, vertoond wordt, is het belangrijk het alternatieve wel gewenste gedrag te oefenen.

GIT-voorbeelden gezinsbegeleider-ouder

Vindt plaats wanneer je niet wil dat een ouder helemaal ophoudt met reguleren maar dat hij/zij wel de situatie (de behoefte van het kind) in ogenschouw neemt.

ouder-kind

Ouders van André hebben hem geleerd dat hij niet binnenshuis mag fietsen maar dat het fietsen buiten of op zolder wel toegestaan is.

9.10.2. Generalisatie training

Hierbij gaat het erom dat de persoon het geleerde gewenste gedrag niet alleen in die situaties waarin het geleerd is toepast, maar ook in andere situaties. Dit is met name een belangrijk punt als je als begeleider individuele therapie doet met een volwassene of kind. In eerste instantie is de gezinsbegeleider gericht op verandering in het oudergedrag en dient zij/hij er op te letten dat dit gedrag generaliseert. Ten aanzien van de ouders betekent dit dat je de vaardigheden bespreekt met betrekking tot meerdere situaties. Dat moeder niet alleen ongewenst gedrag als het te pas en te onpas zeggen van 'poep' en 'billen' negeert maar dat negeren als manier overgenomen is om ook op ander ongewenst gedrag van het kind te kunnen reageren.
Het is belangrijk te controleren of generalisatie inderdaad opgetreden is en er anders nog voor te zorgen. Dat kan door in verschillende situaties waarin je het gedrag verwacht gemeenschappelijke elementen te benadrukken; door ervoor te zorgen dat het gedrag al in zoverre beheerst is dat er ook in de oude situatie al niet meer iedere keer bekrachtigd hoefde te worden en door het gedrag al in verschillende situaties te oefenen. Instructies en

gebaren kunnen helpen het gedrag in de nieuwe situaties op te roepen.
Bij de GIT is het grote voordeel dat de begeleiding van het kind al plaatsvindt in de natuurlijke -gevarieerde- omgeving, dit gebeurt immers door de ouders. De kans dat generalisatie van nieuw geleerd gedrag door het kind optreedt is dan groter dan bij individele therapie. Eén en ander vindt namelijk al plaats in de natuurlijke omgeving en door de personen die veel van de consequenten kunnen organiseren. Generalisatie zal in dergelijke situaties vrij natuurlijk optreden. Aandachtspunt richting ouders kan wel zijn dat ze, nadat een kind een gedrag geleerd heeft, erop letten dat ze dat in verschillende situaties oefenen met/verwachten van het kind. Ouders kunnen hiertoe, net als de gezinsbegeleider dat ten opzichte van de ouders kan doen, instructies en gebaren geven.

Aandachtspunten bij het toepassen van generalisatie (training)

Belangrijke punten:
- Benadruk het gemeenschappelijke in situaties;
- Oefen het gedrag in verschillende situaties;
- Combineer het met goede versterkers en met andere procedures als modeling en het geven van instructies.

GIT-voorbeelden gezinsbegeleider-ouder

Er wordt vanuit een werkpunt vertrokken. Pauls moeder bijvoorbeeld wilde leren haar aandacht beter te verdelen als de kinderen uit school kwamen, waardoor dat rustiger zou kunnen verlopen. De aanpak van de gezinsbegeleider bleek al snel effectief in die zin dat moeder meer emotionele ondersteuning en structuur ging bieden in plaats van vooral gebruik te maken van regulering, zoals dat bij aanvang van de GIT het geval was. Toen bleek dat het moment na schooltijd goed verliep, is er voor gekozen ook een opname te maken rond hetzelfde werkpunt (goed de aandacht verdelen) maar dat van een ándere eveneens moeilijke situatie, namelijk bedtijd, te doen. Door deze strategie werd aan de generalisatie van de vaardigheden gewerkt maar bovendien werd moeders competentie versterkt doordat ze het gevoel kreeg in veel situaties adequater te reageren.

9.10.3. Fading

Geleidelijke vervaging (fading-out) van die prikkels (bijvoorbeeld prompts) waarbij het gedrag al waarschijnlijk is, kan dit gedrag onder controle van gewenste (maar nog minder duidelijke) stimuli brengen. De aanvankelijk nodige extra aanwijzingen kunnen langzaamaan worden weggelaten.
Aanvankelijk helpen de ouders het kind herinneren aan wat er van hem wordt verwacht maar tenslotte willen ze deze extra hulp uitvagen en de controle over gedrag laten overnemen door andere stimuli. Ook de therapeut wil zich tenslotte uit-faden, zich overbodig maken voor de ouders en voor het kind, zodat de therapie beëindigd kan worden.

Aandachtspunten bij toepassing van fading

Belangrijke punten zijn:
- Identificeer de prikkels die het gedrag waarschijnlijk maken;
- Verwijder deze geleidelijk.
- Bied ze niet langer/sterker/vaker aan dan nodig om de juiste respons nog te krijgen.
- Combineer het proces met effectieve beloningsprocedures.

GIT-voorbeelden gezinsbegeleider-ouder

Bij het begin van een behandeling bespreekt de gezinsbegeleider bijvoorbeeld heel expliciet hoe belangrijk het geven van complimenten volgend op gewenst gedrag is. Het geven van complimenten wordt bijvoorbeeld ook met de ouders geoefend. Tijdens een opname kan de gezinsbegeleider zelfs als prompt eens tegen ouders zeggen: 'Wat speelt hij lief, hè?'. Ouders gaan door deze interventies meer complimenten geven. Dit wordt dan door de gezinsbegeleider weer versterkt. In de loop van een behandeling blijft de gezinsbegeleider hierop nog geregeld de aandacht vestigen, de frequentie van bespreken neemt echter af. Ouders herkennen dan makkelijker de situaties waarin ze complimenten kunnen geven en doen dat ook. Prompts van de gezinsbegeleider met betrekking tot complimenten geven zijn dan minder nodig.

ouder-kind

De ouders van Jacob hebben nadat hij gespeeld had gezegd: 'Je hebt heel leuk gespeeld. Ruim je nu nog even op?' Nadat Jacob dat dan ook gedaan had, lieten ze blijken hoe fijn ze dat vonden. Na verloop van tijd werd de prompt minder duidelijk: 'Wat doe je altijd na het spelen ook nog even?' waarbij ze na het opruimen complimenten bleven geven. Na een nog iets langere periode hoefden ze Jacob er niet meer aan helpen herinneren.

9.11. Overige interventies

Behalve door de bovenstaande technieken toe te passen maakt de gezinsbegeleider soms ook gebruik van het geven van opdrachten en gedragsoefening en -instructie om veranderd gedrag bij de ouder te bereiken. Wanneer na een opdracht gewenst gedrag voorkomt kan dat met de technieken die gewenst gedrag versterken, beïnvloed worden.

9.11.1. Opdrachten geven

Binnen de GIT wordt gebruik gemaakt van opdrachten voor de ouders. Hierbij dient een keuze gemaakt te worden of deze opdrachten weinig of erg gestructureerd dienen te worden (mede afhankelijk van de ouders). Een opdracht kan verschillende vormen aannemen:

a) Registratie-opdrachten:
   Deze variëren van bijhouden hoe vaak iets voorkomt (zie 9.11.2.) tot bijhouden wat er aan bepaald gedrag voorafgaat, hoe het gedrag er dan precies uitziet en aangeven wat op het gedrag volgde (zie ABC-analyse, 9.6.).
b) Gedragsinstructie: een advies om iets (bijvoorbeeld een reactie op bepaald gedrag van het kind) op een bepaalde wijze te proberen. Je biedt in een dergelijke opdracht eigenlijk een gedragsalternatief voor de ouders aan.
   Het kan ook gestructureerder: een opdracht om twee keer per week iets uit te voeren.
   Soms kan het nodig zijn alvorens de gedragsinstructie te geven samen met de ouders gewenst gedrag (in bepaalde situaties) te oefenen: een gedragsoefening.

9.11.2 Registratieopdrachten

Er zijn verschillende manieren om bij te houden hoe vaak bepaald gedrag voorkomt. De binnen GIT door ouders gebruikte zijn:

- Tellen van het gedrag: hoe vaak komt het voor. Deze manier wordt gebruikt als het gedrag vrij vaak voorkomt.
- Meten van de tijdsduur: hoe lang duurt het gedrag. Wordt gebruikt als het gedrag niet frequent of onregelmatig voorkomt.

- Ratio: hoe vaak komt het gedrag voor gegeven een bepaalde situatie. Wordt gebruikt bij gedrag waarvan je het niet nodig vindt dat het altijd in die situatie getoond wordt, maar waarvan wel nodig is dat het percentage van voorkomen veranderd.

Door deze observaties krijg je een beter beeld van de frequentie of de duur van het gedrag.

Aandachtspunten bij het geven van registratie-opdrachten

Belangrijke punten ten aanzien van huiswerkopdrachten zijn:

- Je moet voldoende duidelijk hebben welke gegevens je met de opdracht wilt verzamelen en wat je daarmee kunt doen.
- De opdracht moet voor de ouders heel duidelijk zijn; vul samen met de ouders aan de hand van door hen ingebrachte gegevens een aantal voorbeelden op het observatieformulier in.
- Geef ouders tips met betrekking tot het invullen, bijvoorbeeld 'andere ouders hangen het formulier wel eens op een keukenkastdeurtje zodat ze het niet zo makkelijk vergeten'.
- Onderhandel met hen over de haalbaarheid van je opdracht: zij moeten het uitvoeren, dus zij moeten er achter staan en het willen en kunnen volbrengen. Overvraag ze niet, het gevaar is levensgroot aanwezig dat ze het dan helemaal niet doen.
- N.B. als je een registratie-opdracht gegeven hebt, kom er dan het volgende gesprek op terug.
- Ook al is het niet volledig ingevuld zoals je zou willen, maak ouders een compliment over hun inzet; neem daarnaast zelf verantwoordelijkheid voor het mogelijk niet goed genoeg uitgelegd hebben wat de bedoeling was.

Ervaring met het geven van huiswerkopdrachten aan de ouders heeft ons het volgende geleerd:

- Ook al is een observatieformulier op zich voldoende duidelijk dan lukt het invullen ervan soms nog niet omdat ouders er bijvoorbeeld veel moeite mee hebben om systematisch te denken aan het invullen van het observatieformulier; onderhandel opnieuw met de ouders over de haalbaarheid.
- Wanneer ouders zelf moeten beschrijven wat er in een bepaalde situatie gebeurde vinden ze dat soms heel moeilijk omdat ze de opdracht te ruim en te vaag vinden; maak het zo specifiek en concreet mogelijk, geef voorbeelden.
- Het bijhouden van gegevens heeft vaak invloed op het betreffende gedrag; wanneer de ouders dit echter niet systematisch doen maar, zoals vaak gebeurt, retrospectief is het nog maar de vraag of er in dit geval zoveel invloed vanuit gaat.
- De motivatie om mee te doen aan de GIT kan bepalend zijn voor de motivatie van de ouders om aan huiswerkopdrachten te werken.
- Wees alert op een mogelijk gevoel bij de ouders gecontroleerd te worden; video-opnames en registratie-opdrachten (bijhouden hoe vaak iets voorkomt) sluiten niet logisch op elkaar aan. In het gesprek kan het dan ook moeilijk zijn om van het ene op het andere onderwerp over te gaan. Aan de ene kant geef je de ouders het gevoel dat ze co-therapeut zijn maar aan de andere kant krijgen ze ook het gevoel gecontroleerd te worden als ze registratie-opdrachten moeten maken. Wellicht zouden registratie-opdrachten meer de aangewezen wijze van meten/gegevens verzamelen zijn wanneer gewerkt wordt aan een ander doel dan welke je met video kunt vangen, bijvoorbeeld

problemen rond het naar bed gaan of wanneer je de ouders interacties tussen twee kinderen wilt laten bekijken.

In gezinnen waar ouders ook vasthouden aan het willen bekijken van negatieve dingen lijkt het belangrijk dat ze de gelegenheid krijgen om op een observatieformulier ook aan te geven hoe het met het probleemgedrag gaat. Dat zou kunnen door op een formulier twee kolommen aan te geven: één kolom voor gewenst gedrag, de andere kolom voor het ongewenste gedrag. Dat geeft ouders de kans om ook de negatieve dingen kwijt te kunnen.

9.11.3. Gedragsoefening

In de behandeling van de gezinnen is geregeld gebleken dat ouders soms wel een zekere kennis hebben met betrekking tot wat ze doen, maar dat deze kennis onder invloed van een aantal factoren niet gebruikt wordt. In de behandeling kan dan door de gezinsbegeleider voorgesteld worden om een moeilijke situatie te oefenen en/of te bespreken. Geoefend wordt om het vaardigheidstekort weg te werken.
Belangrijk bij een dergelijke oefening is dat ouders niet het idee krijgen het allemaal niet goed te doen of het idee te hebben dat hun inzet niet voldoende is. Veel ouders reageren namelijk vaak zoals ze doen omdat ze het te goed willen doen. Je kunt het ook zo (positief) naar de ouders brengen. Niet zij doen het verkeerd - zij tonen juist grote inzet - maar voor sommige kinderen is het beter als ...

GIT-voorbeeld ouder

Een voorbeeld kan dat verduidelijken:
In een gezin bleek dat moeder cognitief wel wist wat bij het niveau van het kind paste (kenniscomponent is aanwezig) maar dat ze wanneer ze boos werd die kennis niet meer kon toepassen (vaardigheidstekort). In dergelijke situaties/gevallen is het mogelijk om gedragsoefening toe te passen. De gezinsbegeleider roept dan de situatie van boosheid/woede op en vraagt aan moeder hoe ze het ook anders had kunnen doen. De gezinsbegeleider geeft moeder dan zo nodig ook een 'clue' (aanwijzingen/hint/tip) over hoe ze anders had kunnen reageren. Bijvoorbeeld door eerst tot tien te tellen voordat je iets doet en in die tijd na te denken over een andere reactie.

Wanneer je ziet dat een ouder op sommige momenten wel sensitief-responsief op het kind reageert maar op andere momenten niet, is het ook heel belangrijk een zgn. ABC (antecedenten, gedrag, consequenten) schema te maken. Zoals reeds beschreven in 9.5. wordt daarin aangegeven wat aan het gedrag van de ouder(s) voorafging, wat het betreffende gedrag precies is, en wat er op dit gedrag volgde.
Wanneer een ouder als hij/zij woedend/boos is niet het gewenste gedrag toont, moet je al eerder in de keten kijken dan tijdens de woede omdat je wil weten waarom hij/zij dan woedend wordt. Bekijk de opname. Selecteer een geschikt stuk. Observeer, wat doet moeder vóór ze woedend wordt of wat gebeurt er om haar heen. Wat denkt moeder (cognities), wat zegt moeder tegen zichzelf (interne cues), wat zijn de prikkels (stimuli) die de woede oproepen. Je kunt in een interview doorvragen op de coverte (binnen moeder) antecedenten van het gedrag. Wanneer je dit achterhaald hebt, kun je moeder zelf leren het niet meer zo ver te laten komen maar **zelf** al eerder in de keten in te grijpen. Dit

verhoogt de competentie van de ouder om ook sensitief responsief te reageren op het kind onder lastiger omstandigheden/situaties.

9.11.4. Gedragsinstructie

Wanneer ouders een bepaald gedrag niet in hun repertoire hebben, zijn er verschillende mogelijkheden om ouders dit gewenst gedrag aan te leren.
Mogelijkheden als shaping en chaining zijn reeds beschreven. Binnen onze methodiek maken wij echter ook gebruik van gedragsinstructies.
We vragen ouders iets eens op een bepaalde wijze te doen. Bijvoorbeeld vaker complimenten te geven waarbij dat compliment toegespitst is op het precieze gedrag waarop het betrekking heeft. Wanneer de ouders de instructie/het experiment uitvoeren dan hebben we óf videobeelden in handen als er een opname van die situatie gemaakt is, aan de hand waarvan we het gewenste gedrag weer kunnen bekrachtigen, óf positieve ervaringen van de ouders waarover zij kunnen vertellen.
In een aantal gevallen zal het veranderde gedrag van de ouder eerst lastig gedrag bij het kind teweegbrengen (zie voorbeeld). Belangrijk is dan met de ouder te bespreken welke de positieve consequentie is op het veranderde gedrag (verschil tussen effect op korte en lange termijn). Op korte termijn kan het effect van het veranderd gedrag juist negatief zijn terwijl het op lange termijn wel een positief effect heeft.

GIT-voorbeelden

De moeder van André waarschuwde frequent en langdurig als André iets deed wat niet mocht en uiteindelijk gaf ze dan vaak een tik.
De gezinsbegeleider heeft aan moeder toen het voorstel gedaan mee te doen aan een experiment waarna na afloop bekeken kon worden of de nieuwe wijze van reageren iets voor haar zou zijn. Ze stemde daarmee in. (Ook hier krijgen de ouders weer de keuze of ze mee willen doen of niet, het wordt niet opgelegd. Dit is belangrijk voor de motivatie.)
In dit geval vertelde de gezinsbegeleider de moeder eerst gewoon te doen wat ze anders ook zouden doen op het ongewenst gedrag van het kind (vaak waarschuwen, niet ingrijpen, uiteindelijk tik geven). De gezinsbegeleider vroeg aan moeder in de gaten te houden hoe lang het ongewenst gedrag van het kind duurde, wat ze daarbij voelde en dit te noteren.
Gedragsinstructie: de gezinsbegeleider instrueerde moeder de tweede keer iets anders te reageren: waarschuw het kind twee keer voor zijn ongewenst gedrag en zet hem dan op de bank. Moeder diende ook toen weer in de gaten te houden hoe lang het gedrag van het kind duurde en wat ze toen voelde (ook weer noteren).
Het verwachte resultaat van een dergelijk experiment is dat de ouder zich in het tweede geval vreselijk zal voelen, ze moet over interne grenzen heenstappen (het schuldgevoel). Door echter ook de tijdsduur in beide situaties te registreren zal de tweede situatie beloond worden omdat de vervelende situatie minder lang duurt. Het verschil in tijdsduur is dus de bekrachtiging voor die situatie waarin de ouder maar twee keer waarschuwt.
Je zou van te voren met de ouder de situatie kunnen prompten: als gezinsbegeleider neem je de rol van het kind aan en doe je uitspraken die het kind zou kunnen doen tegen zijn ouder en kijk

hoe de ouder reageert. Op deze wijze kun je al vast 'vooroefenen' met de ouder waardoor die beter weet hoe te handelen.
Wanneer de ouder het experiment heeft uitgevoerd dan moet je dat eerst evalueren, pas daarna kun je overgaan tot interventies die leiden tot het beklijven van dit veranderde gedrag van de ouder(s). In dit geval werden door moeder ook andere cognities geleerd, namelijk: 'ik bescherm hem door eerder in te grijpen'.

Marcels moeder trad heel directief-controlerend op, zowel naar het kind alsook naar de overige gezinsleden. Ondanks het bekrachtigen door de gezinsbegeleider van kleine/korte ogenblikken van meer gewenst gedrag (ruimte geven) trad er weinig verandering op.
Gezinsbegeleider heeft toen aan moeder het volgende voorgesteld: "Laten we eens kijken wat Marcel intussen helemaal zelf kan zonder uw hulp. We nemen weer een spelsituatie (Memory) op en dan kijken we of Marcel dit spel zelfstandig kan, of hij zelf de regels weet; ik zou daarom willen vragen een bepaalde tijd, bijvoorbeeld 10 minuten lang, geen opmerkingen te maken".
Moeder vertelde namelijk telkens weer hoeveel kaartjes hij mocht omdraaien, wie er aan de beurt was, enzovoort.
Bedoeling hiervan was te komen tot een opname met meer geschikte en te bekrachtigen fragmenten van moeder. Moeder was namelijk op dit gedrag niet direct aanspreekbaar. Met de nieuwe fragmenten in de hand kon ook dit zichtbare gewenste gedrag versterkt worden en had moeder al kunnen ervaren waartoe haar zoon zelfstandig in staat was.

Jerry's moeder had moeite om de autonomie van haar zoon te respecteren, ze gaf hem weinig ruimte om een en ander zelf te doen. Als hij ergens niet uitkwam, schoot ze hem meteen te hulp om het vervolgens wel even voor hem te doen. Jerry vond dit niet prettig en gaf duidelijk te kennen - door zich bijvoorbeeld van haar af te draaien - dat hij het zelf wilde proberen. Wanneer het hem niet lukte, ging hij alsnog naar moeder om te vragen of ze hem wilde helpen. Moeder weigerde dan soms en gaf als verklaring aan hem dat ze zojuist ook niet helpen mocht. Aan moeder is getoond met behulp van een fragment dat Jerry wel naar haar toe komt als hij het zelf geprobeerd heeft en het niet lukte. Hij vindt het dan wel fijn om geholpen te worden. Aan moeder is vervolgens de opdracht gegeven eerst aan Jerry te vragen of ze hem kan helpen als ze ziet dat iets niet lukt en zijn antwoord te respecteren. In het gesprek naar aanleiding van deze instructie werd duidelijk dat het zo prettiger verliep en dat Jerry zich makkelijker door moeder liet helpen als het echt niet lukte.

9.11.5. Positief herstructureren

Binnen de methodiek worden gebeurtenissen en uitspraken in het contact naar de ouders toe soms opnieuw gelabeld. Dit wordt gedaan om de ouders een nieuwe kijk op de problemen te laten zien waardoor de negatieve spiraal doorbroken kan worden en gedrag van het kind ook als positief of minder problematisch bekeken kan worden.
De herstructurering kan gedaan worden door de gezinsbegeleider maar ook kan aan de ouders gevraagd worden hoe ze anders zouden kunnen denken over het gedrag.

GIT-voorbeelden

Voorbeelden van positief structureren:

- De labeling van slaapproblemen als iets wat vaak bij een bepaalde ontwikkelingsfase hoort.
- Opgewondenheid of drukte van het kind labelen als enthousiasme of als (normaal) gedrag wat kinderen wel vaker vertonen als ze veel prikkels tegelijk krijgen of in een nieuwe situatie zijn.
- Koppig/eigenwijs gedrag van kinderen labelen als goed dat ze dingen ook of eerst zelf willen uitproberen, dat is ook goed voor hun zelfstandigheidsontwikkeling.
- Directief controlerend gedrag van ouders, bijvoorbeeld het vragen blijven stellen aan het kind ook al reageert die er niet/-nauwelijks op labelen als contact willen houden met je kind (gevolgd door informatie geven/waarschuwen dat je hem zo juist ook kunt verliezen).
- Idee van ouder dat leerkracht een hekel krijgt aan een leerling die steeds te laat komt herstructureren als dat het voor een leerkracht ook heel lastig is als een kind vaak te laat komt.
- Ouders die denken dat hun kind huilt omdat hij niet tegen zijn verlies kan of om zijn zin te krijgen kan gevraagd worden waarom het kind misschien nog meer zou kunnen huilen. Opties hiervoor kunnen zijn van schrik, moeheid of uit frustratie (bijvoorbeeld omdat het aantal kaartjes van een memoryspel simpelweg te groot in aantal is), het wordt hem/haar net even iets teveel.
- Een ouder die zich afvraagt of hij/zij een moeilijk mens is, herstructureren als hem/haar kennen als iemand die goed en veel over dingen nadenkt.
- Uiten van ongenoegen bij het doen van een spelletje herstructureren als iets dat er ook bij hoort, ook volwassenen doen dit vaak en het is soms ook een deel van de lol om elkaar daarmee ook een beetje te plagen.

9.12. Overige belangrijke aspecten ten aanzien van de GIT-behandeling

Onder deze paragraaf worden een aantal zaken beschreven die niet te typeren zijn als technieken. Ze bevatten echter belangrijke opmerkingen en tips voor de gezinsbegeleider die met de GIT-methodiek werkt.

9.12.1. Andere door ouders ingebrachte problemen naast die ten aanzien van het aangemelde kind

Zoals bij de intakefase reeds beschreven is, sluit de gezinsbegeleider aan het begin van de begeleiding een soort contract af met de ouders ten aanzien van de problemen waaraan gewerkt wordt en de doelen die gesteld worden. De GIT is gericht op verbetering van de interactie tussen ouder en kind.
Wanneer ouders nu heel andere problemen inbrengen of die gedurende de begeleiding duidelijk worden is het maar de vraag of ouders nog wel de energie kunnen opbrengen die veranderingen in de interactie te bewerkstelligen. Mogelijk kun je als gezinsbegeleider aan de extra problemen iets doen voor zover ze de begeleiding belemmeren. Een deel hoort ook bij je taak als gezinsbegeleider omdat je als gezinsbegeleider ook een tijdelijke uitbreiding van het sociaal netwerk van de persoon bent. De overhand dient dit echter niet te krijgen in de GIT. Wanneer dat dreigt te gebeuren lijkt het zinvol te zijn de GIT tijdelijk te stoppen en eerst aan die problemen te werken als dat ook binnen je eigen vaardigheden ligt of wanneer dit een te specifieke begeleiding vraagt eerst te verwijzen naar een andere hulpverlener.

9.12.1.1. GIT-voorbeelden

Een aantal voorbeelden waarmee gezinsbegeleiders in de GIT geconfronteerd zijn en mogelijke handelwijzen daarop:

- **Relatieproblemen tussen de ouders:** *kies daarin geen partij. Stel de relatie ten opzichte van het kind centraal en geef wel aan welke gedragingen van de ouders in het belang van het kind zijn, zoals consequent zijn en samen een lijn trekken. Wanneer de ouders echter voor hun onderlinge problemen ondersteuning willen zijn ze beter af met een relatie-therapeut.*
- **Problemen met betrekking tot puberteit van andere kinderen:** *wat voorlichting geven over puberteit en toch vooral benaderen als iets wat bij een bepaalde levensfase hoort.*
- **Problemen rond de weerbaarheid van een van de kinderen:** *vertellen dat bijvoorbeeld een Goldstein- of Sova-training gedaan kan worden. Eventueel zelf informeren waar die plaatsvindt of ouders adviseren om bijvoorbeeld contact op te nemen met de leerkracht of begeleider van dit kind.*
- **Huisvestingsproblemen:** *mogelijke inschakeling van schoolarts of maatschappelijk werk; je kunt dan op het belang voor het kind wijzen bij de vraag naar iets meer woonruimte.*
- **Problemen in het contact met de school van het kind:** *in sommige gevallen verlopen de contacten tussen ouders en school moeizaam. In principe is het zo dat de ouders een brug tussen thuis en school moeten slaan maar de gezinsbegeleider zou hiertoe wat bouwstenen kunnen aandragen als dat moeilijk verloopt. Als gezinsbegeleider kan het in sommige gevallen ook heel goed zijn om contact op te nemen met de leerkracht (na hiertoe toestemming van de ouders gekregen te hebben). Een voorbeeld daarvan is het als ouders graag willen dat hun kind meer vertelt over wat het meemaakt op o.a. de school. Wanneer je de leerkracht hierbij inschakelt dan zou hij/zij het kind ook kunnen trainen in wat het zijn ouders zou kunnen vertellen over school. In dit geval wordt de omgeving gereorganiseerd en wordt het gewenste gedrag waarschijnlijker. Overigens dien je als gezinsbegeleider ons inziens geen partij te kiezen voor de ouders of de leerkracht als er problemen zouden zijn. Wanneer je ondersteuning van een leerkracht zou willen inschakelen bij een specifiek gedeelte van de behandeling dan lijkt het het beste te zijn om die zaak procedureel te regelen en verdere problemen te negeren. Je kunt ouders helpen begrijpen waarom de leerkracht op een bepaalde manier reageert (en eventueel ook omgekeerd) maar je moet je niet tegen andere hulpverleners/leerkrachten opstellen.*

9.12.2. Terugkijken van de video in bijzijn van het kind

In principe vindt het bekijken van fragmenten uit de gemaakte opname ongeveer een week na de opname plaats, samen met de ouders. In sommige gevallen echter - mede omdat het de motivatie van het kind kan vergroten - kan er cok voor gekozen worden om direct na afloop van de opname een stukje te bekijken waarvan je als begeleider weet dat zich daarin geen ongewenste situaties voordoen. Het bekijken van een stukje video samen met het kind biedt ook de gelegenheid om het kind achteraf nog feedback te geven en om model te staan voor de ouders.
Hierbij is van belang dat de ouder geen negatieve opmerkingen over het kind maakt in het bijzijn van het kind. Uiteraard mag de ouder zijn/haar zorgen/problemen rond het kind ventileren maar dat kan dan het beste gebeuren in het nagesprek waarbij het kind niet aanwezig is.

9.12.3. Rijping of leren

Ouders zijn vaak geneigd een flink deel van het behaalde resultaat toe te schrijven aan het ouder worden van het kind. Hoewel dit uiteraard een factor is die meespeelt, is het ook van groot belang de invloed die de ouders daarop hebben gehad te benadrukken. Hun competentie niveau moet verhoogd worden.
Uitgelegd kan bijvoorbeeld worden dat een groot deel van de normale/gewone vooruitgang tot stand komt door wat kinderen van anderen leren, maar dat wat het kind nu aan ontwikkeling heeft laten zien voor een groot deel te danken is aan wat ouders met hem hebben gedaan.
Door ouders behaalde 'spontane' resultaten dienen ook vanuit dit oogpunt als zodanig benadrukt te worden: wat goed dat u hem dat allemaal al geleerd hebt!

9.12.4. Locus of control Gevoel van competentie

Mensen verschillen onderling enorm in hun mening over het al dan niet hebben van invloed op de gang van zaken rondom hen heen.
Wanneer je vindt dat je zelf controle kunt uitoefenen op wat er gebeurt en dat bepaalde beslissingen en acties van jezelf invloed hebben op het resultaat dan plaats je de 'locus of control' intern. Dingen overkomen je dan niet, je hebt het idee dat je er iets aan kunt doen.
Wanneer je van mening bent dat datgene wat jij besluit of doet geen invloed heeft op wat er gebeurt dan plaats je de 'locus of control' extern, buiten jezelf.
Bekend is dat iemand eerder bereid zal zijn zijn gedrag te veranderen als hij/zij het gevoel heeft invloed op zijn/haar leven te hebben. Het is dan ook erg belangrijk dat, wanneer je een verandering hebt bereikt, je dat aan je eigen inspanningen/inzet toeschrijft. Als je dat namelijk kunt en doet is de kans dat het veranderde gedrag standhoudt groter dan wanneer je de verandering toeschrijft aan factoren/invloeden van buiten).

De ouders die voor GIT in aanmerking komen, zijn in een aantal gevallen al zo ver dat ze denken niet meer die invloed te hebben op hun kind die ze zich wensen. Bij veel ouders die deelnemen aan een GIT is door de vele negatieve ervaringen in de relatie met hun kind hun competentie gevoel laag: sommige ouders hebben het idee als opvoeder te falen. De locus of control leggen ze niet bij zichzelf waar het gaat om invloed op het gedrag van hun kind.

Ook in de behandelingen leggen ouders de 'locus of control' vaak buiten zichzelf. Wanneer de gezinsbegeleider bijvoorbeeld opmerkt dat het kind inmiddels goed kan kleuren, zeggen de ouders dat hij dat geleerd heeft op school - en dat terwijl een dergelijke spelactiviteit ook meer door de ouders met het kind gedaan werd. Cognities (denkbeelden/ideeën) die ouders hebben, blijken vaak afhankelijk te zijn van hoe het kind iets doet. Gaat er iets goed, dan doen ze dat als ouders toevallig; gaat er iets fout dan is het hun schuld.
Belangrijk in de behandeling is dat de gezinsbegeleider keer op keer wijst op/benadrukt wat de ouders aan het kind geleerd hebben. Hun handelen is in sommige opzichten veranderd en je ziet dat het kind daarop goed reageert. Ouders hebben invloed en dat idee moeten ze zelf ook (weer) krijgen. De 'locus of control' dient weer intern te komen liggen.

Belangrijk in de GIT-methodiek is dat gewerkt wordt naar snelle successen. Het streven is dat verbetering in de onderliggende verhoudingen al snel zichtbaar is. Dit werkt motiverend (alle moeite wordt beloond) en werkt ook competentieverhogend: de ouders krijgen weer meer greep op de situatie.

Als gezinsbegeleider kun je om de competentie van de ouders te vergroten geregeld een algemene positieve opmerking (compliment) maken over het veranderd gedrag van het kind en de invloed van de ouders daarop.
Binnen de GIT heeft de ervaring geleerd dat dit ook heel goed kan door regelmatig een fragment te kiezen (niet direct gekoppeld aan het werkpunt of doel van de behandeling) welk effectief en gewenst gedrag van de ouders laat zien, ook dit werkt competentieverhogend.
Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat hoe meer ouders zich bewust zullen zijn van hun eigen invloed, 'als ik iets doe heeft dat effect', hoe meer tevreden ze zullen zijn over hun opvoeding en hoe competenter ze zichzelf zullen voelen als opvoeder.

9.12.5. Faciliterende en belemmerende factoren in de behandeling

Er zijn verschillende factoren die een rol kunnen spelen bij een gezinsbehandeling. Het gewicht wat toegekend wordt aan de verschillende factoren, verschilt per gezin. Zeker is in ieder geval dat ze verdeeld kunnen worden in factoren die een positieve invloed op de behandeling hebben (faciliterende factoren) en factoren die een negatieve invloed hebben (remmende factoren). Van faciliterende factoren heb je als gezinsbegeleider profijt. Weten welke dat zoal kunnen zijn schept mogelijkheden om te kijken of je die ook niet in andere behandeling effectief kunt laten zijn. Aan de andere kant zou je wetende welke de belemmerende factoren zijn daarmee ook rekening kunnen houden bij de opzet van je behandeling zodat je er zo weinig mogelijk hinder/vertraging van ondervindt. Onze ervaringen met de GIT hebben geleid tot het volgende overzicht van factoren; aan de belemmerende factoren zijn ideeën toegevoegd over hoe je daarmee om zou kunnen gaan.

Faciliterende factoren

Faciliterende factoren in de GIT-behandeling bleken te zijn:
- **goede motivatie** bij de ouders om aan de problemen te willen werken en zelf open te staan voor nieuwe gezichtspunten en voor verandering in hun eigen gedrag.
- **toegankelijkheid** van de ouder(s): het gemak waarmee ouders over dingen praten.
- **onregelmatig werk**: hierdoor is het voor die ouder vaak eenvoudiger om ook eens afspraken overdag te maken.
- in een aantal gevallen het geven van de camera met het verzoek **zelf een opname** te maken.
- **goede relatie** gezinsbegeleider-ouders.
- **op één lijn** zitten van de ouders.

Belemmerende factoren

Onder deze categorie vallende factoren en aanwijzingen om ze eventueel nog te voorkómen of er mee om te gaan:
- **Geringe motivatie**;
  Voor aanknopingspunten om dit op te lossen zie hoofdstuk 7.
- Aanwezige **problemen** die zich **moeilijk op video** laten **vastleggen** als de gezinsbegeleider de opname maakt;

Overweeg de pro's en contra's genoemd onder 9.12.6., de ouder als cameraman/vrouw, en besluit of het een goede oplossing is om de ouder zelf een opname te laten maken.

- **Te rigide vasthouden** aan bijvoorbeeld het **opnametijdstip** door gezinsbegeleider en/of ouders;
  Probeer je flexibel op te stellen, als het echt een probleem is omdat het kind bijvoorbeeld per se niet wil als het mooi weer is, doe het dan niet. Het zou immers wellicht ook geen geschikte fragmenten opleveren. Datzelfde geldt wanneer het tijdens een opname echt uit de hand zou lopen tussen ouders en kind of wanneer het kind een langdurige huilbui krijgt, zet de video dan stop.
- **Alcohol gebruik en/of andere verslaving**;
  Houd in ieder geval contact, bel bijvoorbeeld een aantal keren. Als de problematiek echt duidelijk daar ligt is de GIT geen aangewezen vorm van hulpverlening.
- **Ernstige vervuiling**, bijvoorbeeld een huis dat vervuild is, of hoofdluis bij de gezinsleden die niet behandeld wordt, leidt tot weerstand bij de gezinsbegeleider;
  Moeilijk. Een oplossing kan zijn inschakeling van maatschappelijk werk. Een ander optie is in ieder geval de nagesprekken op je eigen werkplek te houden.
- **Alleen het negatieve in gedrag willen zien**: de benaderingswijze van de GIT (uitgaan van het positieve) sluit dan niet aan bij deze ouders;
  Een manier om hier op in te gaan is door er het positieve van in te zien en dat ook zo te benoemen. Voorbeeld: *er zijn maar weinig ouders die zo ingesteld zijn als u dat ze willen leren van wat verkeerd gaat. Dat ze willen leren wat ze anders zouden moeten doen.*
  Je gaat dan mee met de vraag van de ouders maar binnen een positieve context. Je kunt dan bijvoorbeeld samen met de ouders kijken naar de band en hun de kans geven te zeggen van welk moment zij vinden dat het niet goed ging. Wanneer ouders vragen om de negatieve punten te belichten, moet je geen rechtstreeks antwoord geven (je kunt bijvoorbeeld eerst zeggen dat je wilt overleggen) maar met 'GIT-techniek' eraan werken. Je zou dan bijvoorbeeld een ander stuk band kunnen zoeken waarop hetzelfde probleem zich voordoet maar waarop door de ouders anders gereageerd is. Je zou dan samen met de ouders kunnen vergelijken en hun vragen wat het verschil is.
  Belangrijk is ervoor te zorgen dat je als gezinsbegeleider niet ingaat op hoe de ouders het verkeerd doen, maar ook dit herstructureert tot 'u wilt nog wat leren met betrekking tot hoe u anders kunt reageren'. Tegen iemand die vindt dat ze het niet goed doet en dat volhoudt, moet je niet alleen zeggen en laten zien wat ze wel goed doet. Laat in ieder geval ook merken dat je begrip hebt voor de problemen waarmee ouders kampen. Wanneer ouders echter zo hardnekkig vol blijven houden aan het negatieve is GIT misschien niet de aangewezen vorm van ouderbegeleiding. Misschien is iets anders dan meer geïndiceerd.
- **Woonomgeving**: te klein;
  Overwegen om je invloed als hulpverlener ook op dit punt voor ouders in te zetten of ze de weg te wijzen hoe ze dat zouden kunnen aanpakken.

- **Relatieproblemen** tussen de ouders;
  Maak hierover duidelijke afspraken met ouders: aan het begin van de begeleiding is besproken waarover de begeleiding zou gaan. Indien de problematiek ernstig is, kun je ouders voorstellen eventueel een relatietherapeut te bezoeken, en GIT uit te stellen of in overleg met de andere therapeut te combineren.
- **Werkloosheid**;
  Aan deze factor zul je als gezinsbegeleider niet zoveel kunnen doen; ga wel na welk effect het op de begeleiding heeft en of je daaraan iets kunt veranderen.
- **Onregelmatige werktijden** waardoor het in sommige gevallen moeilijk blijkt om opnamen en nagesprekken in aanwezigheid van beide ouders te laten plaatsvinden;
  Wanneer ouders wel onderling overleggen en op een lijn zitten qua opvoeding blijkt het goed te werken de GIT voort te zetten met één van beide.
- **Moeizame relatie gezinsbegeleider-ouders**; dit kan te maken hebben met het motivatiestadium waarin ouders zitten, ga op zoek naar de oorzaak en zoek die eerst bij jezelf, neem eventuele schuld voor het mislukken van dingen op je eigen schouders, bedenk of je ouders bijvoorbeeld niet te veel pushed waardoor ze weerstand gaan krijgen.
- **Gezondheidsproblemen** bij één van de ouders of andere gezinsleden;
  Dit kan betekenen dat de draaglast van de ouders groter is dan hun draagkracht, analyseer of het in die situatie beter is om GIT uit te stellen of dat bijvoorbeeld extra gezinshulp nodig is.
- **Samenstelling van het gezin**: bij één gezin zat een kind al in de puberteit;
  Problemen die daarmee te maken hebben kunnen geherstructureerd worden als iets dat bij die ontwikkelingsfase hoort. Door op dit gebied ook kennis bij ouders te vergroten kunnen ze er wellicht anders tegenover staan.
- **Een grote ontwikkelingsachterstand** of een ontwikkelingsstoornis bij het kind: acceptatieproblemen en problemen rond te hoge verwachtingen gaan dan meespelen;
  Werk aan het verwerven van reële verwachtingen al aan het begin van de begeleiding, door aan het begin van de GIT informatie aan de ouders over te dragen met betrekking tot de problematiek van het kind. Ouders kweken dan ook geen valse hoop met betrekking tot resultaten van de GIT.
- **Problematische verhouding met de school** van het kind;
  Vermijd het partij kiezen, probeer zoveel mogelijk beide partijen elkaars standpunten te laten inzien.

9.12.6. De ouder als cameraman: voors en tegens

Standaard wordt een opname gemaakt door de gezinsbegeleider. In een aantal gevallen is er voor gekozen om de opnames door de ouders te laten maken. Aan een dergelijke gang van zaken zitten positieve en negatieve kanten. Vandaar dat we een overzicht geven van de pro's en contra's van deze werkwijze.
Afgewogen kan worden in ieder specifiek geval hoe het besluit om al dan niet een opname door de ouders te laten maken het best genomen kan worden.

Argumenten voor

- Wanneer het kind erg gericht is op de gezinsbegeleider als deze een opname maakt, of wanneer het kind zich anders gedraagt (bijvoorbeeld minder opgewonden) in aanwezigheid van

de gezinsbegeleider, kan ervoor gekozen worden om de opname door een van de ouders te laten plaatsvinden terwijl de ander met het kind bezig is. Ouders dienen dan wel hun rollen onderling eens te wisselen. Ouders geven ook aan eerder 'vergeten' te zijn dat er een opname gemaakt wordt als de gezinsbegeleider afwezig is.

- Als (een van) de ouders een grote weerstand heeft tegen de camera en dat effect heeft op zijn gedrag kan er ook eens voor gekozen worden om de opname door de partner te laten maken in plaats van door de gezinsbegeleider.
- Moeilijk te voorspellen gedrag (gedrag dat heel onregelmatig voorkomt) en waarbij de kans gering is dat je dat toch op video krijgt op momenten dat je als gezinsbegeleider in het gezin bent, kunnen zo toch worden gevangen. Ouders kunnen immers flexibeler op zo'n situatie inspringen.
- Ouders kunnen zelf het tijdstip van de opname kiezen. Hiermee is de kans groter dat er een opname gemaakt kan worden op het moment dat beiden thuis zijn. Bovendien komt dit tegemoet aan het probleem van rigide vast (moeten) houden aan het gekozen opname moment op het tijdstip dat de gezinsbegeleider komt. Inmiddels is een aantal maal gebleken dat de opnamesituatie moeilijk verliep omdat gezinsbegeleider kwam op een moment dat het prachtig weer was, het kind wilde fietsen of naar zijn vriendjes maar moeder van hem eiste dat hij binnen kwam om op de video te gaan en het kind heel weigerachtig en boos deed. Met een dergelijke opname kun je binnen onze uitgangspunten niet zo veel doen aangezien de kans op geschikte fragmenten bij zo'n aanvangssituatie gering is.
- Ouders geven soms aan anders gehandeld te hebben dan ze normaal gesproken zouden doen omdat de gezinsbegeleider erbij aanwezig was.
- Ouders werd op een bepaald moment gevraagd om ook een audio-opname te maken, het leek duidelijker te zijn als zij voor beide opnamen verantwoordelijk waren.
- Ouders geef je zo de kans de opname te kiezen en te laten zien waar zij mee zitten.

Argumenten tegen

- Als gezinsbegeleider mis je een interventie moment. Een punt van aandacht bij het door de gezinsbegeleider maken van de opname kan zijn dat deze bijvoorbeeld door een opmerking model kan staan voor de ouder (gezinsbegeleider kan een prompt geven). Ook is het dan niet mogelijk dat de gezinsbegeleider vlak voor de start van de opname de ouder nog even herinnert aan gemaakte afspraken met betrekking tot een handelswijze waarmee de kans dat de ouder dat gewenste gedrag vertoont groter geworden zou zijn.
- Ouder zou in principe alleen de momenten die goed gaan kunnen uitzoeken; in de praktijk is overigens gebleken dat dit niet gebeurt. Het is op zich ook niet zo erg als ze alleen de goede momenten zouden uitzoeken. Dat laat immers ook zien dat ouders weten wat goed is.
- Opname als leuke video voor de hele familie.

9.12.7. Eénoudergezin

De GIT uitvoeren in éénoudergezinnen blijkt geen onoverkomenlijke problemen op te leveren. Het kan wel zo zijn dat de alleenstaande ouder naast zorg voor de kinderen ook een baan heeft en een dubbele last alleen op zijn of haar schouders leunt.

9.12.8. Draaglast ouders

Er zijn allerlei factoren die kunnen bijdragen aan de overschrijding van de draaglast van ouders. In de behandelingen zijn wij de volgende tegengekomen die allen in meer of mindere mate een rol spelen bij de ervaren problemen. Een aantal van deze punten staat ook genoemd als belemmerende factor voor de begeleiding (9.12.5.), waar ook manieren om er mee om te gaan aangegeven zijn;

- ongepland zijn van het kind;
- (algehele) ontwikkelingsachterstand bij het kind;
- taal-spraak achterstand waardoor de communicatie met het kind extra moeilijk verloopt;
- gezinsopbouw; in het gezin aanwezige andere kinderen die (ook) in een moeilijke ontwikkelingsfase, bijvoorbeeld de puberteit, zitten;
- normbepaalde opvoedingsstijl;
- woonomgeving: kleine behuizing; wijk waar veel problemen zijn;
- werkloosheid;
- gebruik van alcohol en/of drugs;
- relatieproblemen tussen de ouders;
- specifieke handicap van het kind zoals een pervasieve ontwikkelingsstoornis, gezichts- of gehoorstoornis.

HOOFDSTUK 11. DE AFBOUWFASE

11.1. Procedure

In de afbouwfase wordt een procedure gevolgd die gekenmerkt wordt door de volgende punten:

- Een lagere frequentie van de contacten; dit past binnen het idee van uitfaden van de gezinsbegeleider, de interactie tussen ouders en kind is zoveel verbeterd en de ouders hebben zoveel vaardigheden aangeleerd dat ze in staat zijn zonder hulp van de gezinsbegeleider moeilijkheden te voorkomen danwel er adequaat op te reageren.
- Geen nieuwe werkpunten aanpakken; eerder wordt gewerkt aan de hierna te noemen punten waarmee mogelijk andere problemen door ouders zelfstandig opgelost kunnen worden. Bijkt er toch een nieuw werkpunt te zijn welke de ouders niet zelfstandig kunnen oplossen dan wordt de behandeling nog niet afgesloten maar wordt een nieuwe serie sessies gestart. De afbouwfase kan dan later gestart worden.
- Bekrachtigen/versterken van het geleerde; de ouders worden zo veel mogelijk gesteund in hun eigen kunnen. Zij zijn degene die de moeilijke situaties zelf kunnen oplossen met wat zij aan vaardigheden bezitten. Gewerkt wordt hiermee aan de vergroting van de competentie van de ouders. Gewezen wordt opnieuw op het effect van hun (veranderd) gedrag waarmee de locus of control bij de ouders gelegd wordt.
- Bespreken wat te doen in moeilijke situaties; door fictieve of te verwachten situaties met ouders door te spreken, waarbij de oplossing aan de ouders gevraagd wordt, wordt zowel voor de ouders zelf alsook voor de gezinsbegeleider duidelijk dat zij daarmee op een adequate manier weten om te gaan.

De nadruk wordt echter gelegd op wat de ouders aan vaardigheden in huis hebben - illustratie daarvan vindt nog eens plaats of door een eerder voorbeeld te noemen of door een (oud) videofragment te tonen.
Eenmaal in deze fase aangekomen is het belangrijk goed onderscheid te maken tussen een eventueel echt opkomend nieuw werkpunt en het door ouders inbrengen van een aantal moeilijke dingen/zaken in de behandeling als gevolg van hun weerstand tegen het naderend einde van de behandeling. Wanneer dit laatste gebeurt, is het zaak de ouders zo veel mogelijk te ondersteunen/versterken in hun eigen kunnen. Zij zijn degene die ook die situatie met hun kind weten op te lossen.
Ook wordt met de ouders besproken dat er eventueel terugval kan optreden wanneer de behandeling is afgelopen.
Deze terugval kan met name plaatsvinden bij (grote) veranderingen in het leven van het kind. De populatie kinderen waarmee wij in de behandeling te maken hebben reageert daar namelijk over het algemeen sterk op. Besproken wordt met ouders dat hun kind extra reageert op verandering, wat betekent dat hij wat vaker ongewenst gedrag zal laten zien. Voor de ouders betekent dit echter dat zij dan juist weer met meer aandacht op het gewenste gedrag zouden moeten reageren.

11.2. Compilatie videoband

Zoals is beschreven in 9.9.1. kan het een enorme steun zijn om nogmaals succesvolle voorbeelden van eigen gedrag te observeren bij de instandhouding van het geleerde gedrag. Daarom wordt aan de ouders bij afsluiting van de GIT een video band overhandigd waarop verschillende fragmenten staan met gewenst succesvol gedrag van de ouders zelf. Dit kan ouders helpen veel van de self-coping skills die ze verworven hebben gedurende de behandeling, en die door gebrek aan versterking of gebruik weer verminderd danwel verdwenen zijn, continu te versterken. Deze band gaat vergezeld van schriftelijke positieve steunende en ook verklarende (waarom is dit gedrag zo belangrijk) feedback door de gezinsbegeleider.

11.3. Satisfactieschaal

De satisfactieschaal voor ouders is ontwikkeld om de ouders de gelegenheid te geven hun mening te geven over de GIT.
De vragenlijst wordt door de gezinsbegeleider achtergelaten bij het laatste contact met de ouders. Aan hen wordt gevraagd de vragenlijst ingevuld terug te sturen. Ouders zijn dan vrijer om hun mening te geven dan wanneer er nog op terugekomen wordt door de gezinsbegeleider.
De satisfactieschaal vraagt naar tevredenheid over de vorm van hulpverlening die de GIT is, naar de relatie met de gezinsbegeleider en of ouders GIT aan andere ouders zouden aanraden (bijlage IV).

REFERENTIES

Ainsworth,M.D.S., Blehar, M.C. Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation.* Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bartels, A.A.J., (1989). De evaluatiescore: Een eenvoudige en flexibele variant van Goal Attainment Scaling. *Tijdschrift voor gedragstherapie, jaargang 2, 3*, september 1989.

Berden, G.F.M.G. (1992). *De ontwikkeling en toepassing van een levensgebeurtenissen-vragenlijst en van een levensgebeurtenissen-interview* Diss. Rotterdam.

Bilsen, H.P.J.G. van (1992). Motivatie als voorwaarde en brug tussen ongemotiveerde cliënt en overgemotiveerde hulpverlener. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs, vol. 8, nr. 3.*

Block, J.H. & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In: W.A. Collins (Ed.). *Development of cognition, affect, and social relations. Minnessota Symposia on Child Psychology, Vol. 13.* Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Boogaart, P.M.H. van den & Wintels, P.M.A.E. (1988). *Evaluatie van intensieve thuisbegeleiding.* Leiden: Rijks Universiteit Leiden, Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.

Boogaarts, P.H.M. van den & Wintels, P.M.A.E. (1988). *Evaluatie van internsieve thuisbegeleiding.* Leiden: Rijks Universiteit Leiden, Centrum Onderzoek jeugdhulpverlening.

Bruyn,E.E.J. de (1988). Psychodiagnostiek. In: R. de Groot, K. Doornenbos, J.D. van der Ploeg & P.A. de Ruyter (Red). *Handboek Orthopedagogiek, 8*, 1-20. Groningen: Wolters-Noordhof.

Cladder, J.M., Borselen, W. van & Nijhoff-Huijsse, M. (1991). *Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Doornbos, J.D., Ploeg, van der & Ruyter, P.A. de (Red). *Handboek Orthopedagogiek, 8.* 1-20. Groningen Wolters-Noordhoff.

Erickson, M.F., Sroufe, L.A. & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviourproblems in preschool in a high-risk sample. In: I Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing-points of attachment theory and research (147-166). *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 1-2, Serial nr. 209).*

Emst, A.J. & Bilsen, H.P.J.G. van (1993). *Praten over risico's. Trainershandleiding motiverende (gespreks)technieken bij HIV-preventie*. Utrecht: NIAD.

Gravemeijer, K. (1992). Onderwijs en ontwikkelend onderzoek. *Tijdschrift voor nascholing en onderzoek van het reken-wiskundeonderwijs, 10 (3)*, 3-12.

Hosford, R.E. (1980). Self-as-a-model: A Cognitive Social Learning Technique. *The counseling psychologist, vol. 9, no. 1*

Houben, S.M., Lier, P.A. van & Lieshout, C.F.M. (1989). *Observatieschalen; leerkrachtgedrag en sociale ondersteuning.* Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep ontwikkelingspsychologie.

Jongbloed, M.H.B. & Tavecchio, L.W.C. (1991). *Gezins Interactie training. Subsidieaanvraag SKN.* Pedologisch Instituut Rotterdam.

Jongbloed, M.H.B., Tavecchio, L.W.C., Oomen, H.W.J.M., Legtenberg, G.J.M., & Toonen, K.D. (1993). *Gezins Interactie Training. Voortgangsverslag periode 01 09 91 tot 01 03 93.* Rotterdam: Pedologisch Instituut Rotterdam.

Jongbloed, M.H.B. & Tavechio, L.W.C. (1995). *Deelrapport I project Gezins Interactie Training. Een methodiek ontwikkeld en geëvalueerd.* Rotterdam: Pedologisch Instituut Rotterdam.

Jongbloed, M.H.B. & Legtenberg, G.J.M. (1993). Gezins Interactie Training: Een methodiek in ontwikkeling. In: A. Clijsen, & C. Struiksma (Red.). *25 jaar PI-school: een verantwoorde praktijk.* Meppel: Krips Repro.

Koot, J.M. (1988). Kwaliteit van gehechtheid en emotieregulering bij peuters. *Nederlands tijdschrift voor de psychologie, 42,* 299-307.

Koot, J.M. (1987). Relaties tussen sensitiviteit van moeders, de competentie van het kind en gehechtheid. In: J.R.M. Gerris & J. van Acker (Red.), *Gezinsonderzoek nr.2: Gezinsrelaties onderzocht,* 53-63. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Koot, J.M. (1989). Child Behavior Checklist (CBCL). Het instrument en zijn gebruiksmogelijk- heden. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en onderwijs, 5, nr. 6,* 318-326.

Koot, J.M. & Verhulst, F.C.(1990), Stabiliteit van door ouders gerapporteerd probleemgedrag bij vier- tot twaalfjarigen. *Kind en adolescent 11(1),* 4-17.

Legtenberg, G.J.M. & Oomen-van de Kerkhof, H.W.J.M. (1994). Gezins Interactie Training. Een voorbeeld van ontwikkelend onderzoek. In: H.M. Pijnenburg, C.M. van Rijswijk & J.W. veerman (Red.), *Pedologisch Jaarboek 1994.* Delft: Eburon.

Lieshout, C.F.M. van, Riksen-Walraven, J.M.A., Brink, P.W.M. ten, Siebenheller, F.A., Mey, J.T.H., Koot, J.M. & Cillessen, A.H.N. (1986). *Zelfstandigheidsontwikkeling in het basis onderwijs.* Nijmegen: ITS.

Matas, L., Arend, R.A. & Sroufe, L.A. (1978). Continuity of adaptation in the second Year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 49,* 547-556.

Melief, W., Hoekstra, M., Langerak, E. Sijben, N. & Wevers, I. (1979). *Doelen stellen en evalueren. Een handleiding tot het gebruik van Goal Attainment Scaling (GAS).* Alphen a/d Rijn: Samsom (Samsom sociale en culturele reeks).

Messing, C.T.H.M., Nijkerk, J.H. & Scholte, E.M. (1993). Populatiekenmerken in de ambulante jeugdhulpverlening. *Kind en Adolescent, 14 (4),* 227-240.

Oomen-van de Kerkhof, H.W.J.M. (1995). *Deelrapport II project Gezins Interactie Training. Diagnostiek:screening en selectie Onderzoek.* Rotterdam: Pedologisch Instituut Rotterdam

Pameijer, N.K. (1992). *Het hypothesetoetsend model en de diagnostiek van leer- en opvoedingsproblemen in de praktijk.* Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch instituut.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy.* Homewood, Illinois: Dow Jones-Irwin.

Riksen-Walraven, J.M.A. (1983): Mogelijke oorzaken en gevolgen van een (on)veilige eerste gehechtheidsrelatie. *Kind en adolescent, jrg 4, nr. 1,* 23-44.

Riksen Walraven, J.M.A. & Geerst, P. (1988). Sociale ondersteuning en veerkracht: een vicieuze spiraal. In: P.P. Goudena, H.J. Groenendaal & F.A. Swets-Gronert (Red.). *Kind in geding*. Leuven/Amersfoort: Acco.

Riksen Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag in interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 28*, 16-33.

Riksen Walraven, J.M.A. (1994). De sensitieve opvoeder: dimensies en determinanten van opvoedingsgedrag. In: C.J.M. Lindner-Middendorp (Red.), *Gehecht aan goede relaties*. Assen: Van Loghum, Dekker & van de Vegt.

Ruyter, P.A. (1991). Hulpverlening in gezinnen: een waardevol begin. In: H. Baartman (Red.), *Praktisch pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu en Loghum.

Scholte, E.M., & Sontag, L. (1992). *Opvoeding en ontwikkeling. Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen opvoedingsgedrag van primaire opvoeders en de ontwikkeling van jeugdigen*. Utrecht: PCOJ-werkdocument nr. 7.

Schoorl, P.M. (1993). *Opvoeding en opvoedingsproblemen in het gezinsleven*. Amsterdam/ Lisse: Swets & Zeitlinger.

Siebenheller, F.A. (1990). *Problematische opvoedingssituaties: percepties, emoties en disciplineringsreacties van ouders. Een interactionistische exploratie van antecedenten van reacties van ouders in alledaagse problematische opvoedingssituaties*. Nijmegen: Diss.

Thoresen, C. & Mahoney, M. (1974). *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Veerman, J.W. (1988). Bedreigende en beschermende factoren in de gezinsomgeving: gegevens uit onderzoek. In: P.P. Goudena, H.J. Groenendaal & F.A. Swets-Gronert. *Kind in geding. Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen*. Leuven/Amersfoort: Acco.

Veerman, J.W., Horst, H. van der, & Koedoot, P. (1989). *De Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG): Een experimentele handleiding*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut Duivendrecht, afd. EPI-projecten.

Veerman, J.W., & Brink, L.T. ten (1993). Het meten van de opvoedingsomgeving met de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen. Theoretische achtergronden en onderzoeksgegevens. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 32*, 426-443.

Verbeem, E.A.(1994), *Gezins Interactie Training: een kritische analyse van de grondslagen van het diagnostisch onderzoek*. Doctoraalscriptie Rijks Universiteit Leiden.

Verhulst, F.C., Koot, J.M., Akkerhuis, G.W., & Veerman, J.W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL (Child Behavior Checklist)*. Assen: Van Gorcum.

Vermulst, A., Gerris, J.R.M., Franken, W.M., & Janssens, J.M.A.M. (1986). Determinanten van ouderlijk functioneren tegen de achtergrond van de theorie van Kohn. In: J.R.M. Gerris (Red.). *Pedagogisch onderzoek in ontwikkeling: opvoedingsprocessen, gezinsproblemen, leren, diagnostiek en probleemgedrag*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.

Wels, P.M.A., & Oortwijn, A.J. (1992). Video-hometraining. Een bijdrage tot wetenschappelijke fundering. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 31*, 3-21.

IJzendoorn, M.H., Tavecchio, L.W.C., Goossens, F.A., & Vergeer, M.M. (1988). *Opvoeden in geborgenheid. Een kritische analyse van Bowlby's attachmenttheorie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

IJzendoorn, M.H. (1988): De ontwikkeling van gehechtheidsrelaties: determinanten en effecten. In: W. Koops & J.J. van der Werff (Red.), *Overzicht van de empirische ontwikkelingspsychologie 3*. Groningen, Wolters-Noordhoff.

IJzendoorn, M.H. (1992). *Het stempel van ouders op de gehechtheid van het kind.* Diesrede Rijksuniversiteit Leiden.

IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1994). Intergenerationele overdracht van gehechtheid. *Kind en Adolescent, 15 (1)*, 1-24.

Zijlmans, S.W.M., Pameier, N.K. & Vorstermans, M.G.C. (1993). *Het gebruik van de Child Behavior Checklist (CBCL) in het Gemeentelijk Pedologisch Instituut.* Amsterdam: GPI rapporten 18.

BIJLAGE I

HANDLEIDING
TAAK-SPELSITUATIE

Auteurs:
drs. H.W.J.M. Oomen-van de Kerkhof
drs. M.H.B.Jongbloed

Inhoudsopgave

1.	Beschrijving van de Taak-Spelsituatie	1
2.	Procedure	1
3.	Materiaal nodig voor het afnemen van de TSS	2
4.	Instructie voor de uitvoering TSS	2
Literatuur		6

Formulier A
Formulier B
Formulier C

1. BESCHRIJVING VAN DE TAAK-SPELSITUATIE

De Taak-Spelsituatie(TSS) is een gestandaardiseerde observatiesituatie die deel uitmaakt van de diagnostische procedure voor de screening en selectie van gezinnen voor de Gezins Interactie Training (GIT).
De TSS is ontleend aan de taken van Erickson et al. (1985). In de TSS wordt het gedrag van de ouders en kind tijdens het uitvoeren van een viertal opdrachten op video-band geregistreerd en vervolgens geobserveerd. Het belang van de TSS is dat het een gestandaardiseerde observatie situatie biedt, die zo is geënsceneerd dat er bij het kind behoefte aan hulp en steun van de ouder(s) ontstaat. De ouders krijgen vooraf instructie over de opdrachten. Omdat het bij de uitvoering hiervan de bedoeling is dat het kind een beroep doet op de ouders voor hulp, wordt van te voren een inschatting gemaakt van het spelniveau van het kind. De sensitive - responsiviteit van het gedrag van de ouders wordt geobserveerd en geanalyseerd met behulp van de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS). Deze observatieschaal is gebaseerd op de ratingschalen van Erickson et al. (1985) en de bewerking van Koot (1987) en van Houben (1989). De oorspronkelijke schalen van Erickson en Koot dienden als uitgangspunt voor het ontwikkelen van schalen die aansluiten bij de uitgangspunten van de GIT.(De methodiek GIT,zie bijlage II)
Op basis van de analyse van de ouder-kind interactie tijdens de TSS kan aangegeven worden wat de kwaliteit is van die interactie in termen van adequaat, teveel of te weinig Emotionele Ondersteuning, Instructie, Regulering en Aanpassing van de ouders. Daarnaast wordt aangegeven welke kindkenmerken de interactie positief of negatief beïnvloeden. Hiermee wordt het belangrijkste criterium aangegeven voor de beslissing wel of geen aanbod GIT aan de ouders.
De wijze van afname van de TSS, de instructie aan ouders, de opdrachten en de toestemming voor video-registratie van de TSS zijn beschreven in deze handleiding.

2. PROCEDURE

De wijze waarop de Taak-Spelsituatie wordt afgenomen is stapsgewijs weergegeven in de Instructie voor de uitvoering TSS. De Taak-Spelsituatie hoeft namelijk niet door de diagnosticus zelf te worden afgenomen maar kan ook door iemand anders worden uitgevoerd. De observatie en de analyse van de band wordt dan door de diagnosticus gedaan als onderdeel van de screening en selectie procedure.

3. MATERIAAL NODIG VOOR HET AFNEMEN VAN DE TSS

Onderzoeksruimte

Een neutrale ruimte met een tafel en stoelen.

Video apparatuur

(Compact)camera met statief
Videorecorder
Televisie(monitor)

Spelmateriaal

Puzzels: verschillende moeilijkheidsgraad.
Klei: zacht blijvend en veel.
Vrij spel materiaal: verschillend, maar praktisch voor de situatie.
Mogelijkheden zijn: poppenkast, zandtafel, poppenhoek, doos met diverse autootjes.

Formulieren

A. Puzzelniveau Taak-Spelsituatie
Dit formulier wordt geruime tijd voor het afnemen van de TSS opgestuurd naar de leerkracht of groepsleid(st)er van het kind. (bij weinig tijd eventueel telefonisch overleg).
Als het kind niet naar school, dagverblijf of peuterspeelzaal gaat moet het puzzelniveau overlegd wordt met de ouders.
B. Toestemming voor het maken van video-opnames
Aan de ouders wordt vooraf aan de opname toestemming gevraagd voor het gebruik van de video-opname. Door deze toestemming is het mogelijk de opname ook door anderen dan de directe diagnosticus te laten observeren.
Aan de ouders wordt uitgelegd dat deze toestemming wordt gevraagd om hun recht op privacy te beschermen. De ouders kunnen zonodig een kopie krijgen van het formulier C.
Instructie voor ouders
Als aan de ouders de volgorde en inhoud van de opdrachtjes is uitgelegd worden deze,kort samengevat op papier gegeven als geheugensteuntje tijdens de opname

4. INSTRUCTIE VOOR DE UITVOERING TSS

In deze Instructie wordt aangegeven hoe de afname is van de TSS en hoe er instructie aan de ouders wordt gegeven.
We onderscheiden de voorbereiding en de uitvoering van de Taak-Spelsituatie.

Algemene voorbereiding

- Het regelen van de toestemmingsprocedure voor video-opnames (voor formulier (zie formulier A).
- Het bekijken van een band van een Taak-Spelsituatie
- Kennis nemen van de theoretische achtergronden van wijze van scoren middels de handleiding GIOS (bijlage II)
- Inschakelen van een assistent voor de opvang gedurende korte tijd (5. minuten) dat het kind even moet wachten.

- Algemene uitleg over datgene wat de ouder kan verwachten, bijvoorbeeld in uitnodigingsbrief of telefonisch contact.
- Nagaan van het puzzelniveau van het kind. Informatie via leerkracht (zie formulier B) of anders.

De uitvoering in stappen

1 - Het klaarmaken van de onderzoeksruimte
2 - Klaarzetten van spelmateriaal
3 - Het geven van de introductie aan ouders en kind
4 - het uitleggen van het protocol van uitvoering
5 - het afsluiten van het onderzoek

Stap 1

Het klaarmaken van de onderzoeksruimte.
Zoek een geschikte ruimte voor een opname.
Denk aan de factoren geluidsoverlast en teveel of te weinig licht.
Ook moet er in de kamer voldoende ruimte zijn voor spel naast het meubilair en er moet spelmateriaal opgeborgen kunnen worden (bijv. kast of kist).

Zet het meubilair in een geschikte opstelling voor de opname en zet de apparatuur klaar.
Belangrijk voor de opstelling is:
- Een camera op een vaste plaats (zodanig dat het ouders en kind zo min mogelijk stoort tijdens de opname)
- Een televisie(monitor) voor de controle van het opnamebeeld
- Video met band gebruiksklaar
- Flinke tafel
- Drie stoelen
- Kast (kist) met speelgoed (5. benodigd materiaal).

LET OP: Controleer de apparatuur en probeer zonodig een keer uit of alles werkt!

Stap 2

Klaarzetten van het spelmateriaal.
Voor de puzzeltaak een van te voren uitgezochte puzzel.
Voor de klei-opdracht een flink stuk zachte klei.
Voor de vrij spel situatie het benodigde speelgoed.
Behalve de puzzel moet het materiaal apart staan tot het gebruikt moet worden.
Op tafel kan de puzzel klaar staan met daarnaast een instructie voor ouders met hierop een koerte samenvatting van de opdrachtjes in de TSS voor de ouders (formulier C).

Stap 3

Het geven van een introductie aan ouders en kind.
Na ontvangst van de ouders en kind, aan het kind uitleggen dat je zijn/haar vader en moeder eerst een paar nieuwe spelletjes wilt laten zien.

Vertel het kind:
"Het duurt maar even en daarna zullen je vader en moeder met jou de spelletjes gaan doen".
Breng kind naar iemand die het kind even kan opvangen, bijvoorbeeld een secretaresse of assistente (stagiaire).

Neem ouders mee naar de spelkamer, die al is opgesteld voor de TSS. Laat ouders gaan zitten en ga zelf tussen hen in zitten, op de stoel van het kind.

Vertel de ouders:
*"We vragen alle ouders om **samen** met hun kind een aantal taakjes te doen. Wij willen graag weten hoe ... in een nieuwe situatie met iets nieuws omgaat. We willen graag weten hoe iets gaat als hij/zij hulp nodig heeft. Of ... een beroep op U doet voor hulp en hoe het samenwerken verloopt. U mag dus helpen want het is nieuw en onbekend voor hem/haar. Dat is wat we aan U willen vragen.*

Natuurlijk, dit is ook onbekend en nieuw voor U, dus zullen we het materiaal eerst bekijken. Als U dan straks samen met .... de puzzel begint komt alles U al wat bekender voor".

Stap 4

Het uitleggen van de opdrachtjes in de TSS.
Met de puzzel, de klei en het instructie-vel erbij vertel je
"Er zijn vier verschillende spelletjes waarvan we graag willen dat u die aan uw kind voorlegt.

1. *Het eerste spel is dit: hier is een puzzel die u samen met ..... gaat maken.*
2. *In het tweede 'spel' gaat u samen met ..... kleien. U vertelt dat het (een) beest(en) mag maken. U kunt ..... daarbij helpen. "De klei zet ik zo apart, uit het zicht, bijv. op de vensterbank. Daar kunt U hem straks vinden".*
3. *Het derde spel is meer een praatspel: u vraagt aan..... zoveel mogelijk namen van dingen die wielen hebben, te noemen. U mag daarbij zoveel aanwijzingen en hints geven als u wilt, U mag dus wel helpen maar niet voorzeggen.*
4. *Het vierde spel mag gekozen worden uit de volgende dingen zand- poppenkast- lego en poppenhuis. "U vindt het poppenhuis daar, de zandtafel daar etc..".*

Duur van de opname

Vertel de ouder dat het totaal ongeveer 20 minuten duurt en dat jij de tijd zult bewaken.

Geef uitleg

"U vraagt zich misschien af waarom we dit allemaal zo doen".over het hoe en waarom op de volgende manier:
De spelletjes en opdrachten zijn met opzet zo uitgekozen dat het kind uw hulp nodig heeft. Het gaat ons er niet om hoe goed of slecht het spelletje gaat. Maar meer welke manieren van helpen U gebruikt. Ook geeft het ons informatie over.... die voor de schoolsituatie heel nuttig is. Bijvoorbeeld: hoe lang wacht hij met hulp vragen"?

"Van deze taken en spelletjes maken we een video-opname. (de camera staat nu nog niet aan). Na afloop hebben we nog even tijd om te praten over wat er gebeurde en om een paar reacties van u op de spelletjes te horen. Ook kunnen we naar de band kijken als U dat wilt".

Vat nog een keer samen

U begint zo dadelijk eerst met de puzzel. En U zegt: "Nu gaan we samen deze puzzel maken". Na 5-10 minuten legt u die weg. Daarna komt de klei op tafel. Na ongeveer dezelfde tijd gekleid te hebben ruimt U die op en doet U met hem/haar een raadselspelletje. Is dat klaar dan mag ... samen met U kiezen voor vrij spelen. Daarvoor staan hier de poppenkast, de poppenhuis, lego klaar. Ook kunt U de zandtafel gebruiken als U wilt.

Check	*"Heeft U nog vragen? Heb ik het duidelijk genoeg uitgelegd"?* Enkele veel voorkomende vragen zijn: Vraag: *"Is het de bedoeling dat ik hem help of juist niet"?* Antwoord: *Het is de bedoeling dat U samen aan de opdrachtjes werkt. Hoeveel U helpt hangt van U zelf af, probeer het maar zoveel mogelijk op thuis te laten lijken, zoals U meestal met hem speelt.* Vraag: *"En als hij/zij nou langer over die puzzel doet dan 5 minuten?"* Antwoord: *"Het gaat erom dat alle vier de onderdelen aan bod komen. Iets hoeft niet beslist af te zijn. Het hoeft ook niet beslist 5 minuten per onderdeel te duren. Het ene onderdeel vraagt soms meer tijd dan het andere. We laten het aan Uzelf over te beslissen over te gaan naar het volgende onderdeel."*
Instructie papier	Het instructie-papier (formulier C) op tafel achterlaten samen met de puzzel. De rest op de afgesproken plaats zetten.
Start	Hierna ga je het kind ophalen en wijst het zijn plaatsje aan. Je geeft aan dat de ouders kunnen beginnen en zet de camera aan. Je wenst ze succes en noemt het tijdstip dat je terug komt. Je gaat weg.
Stap 5	**Het afsluiten van het onderzoek.**
Tijdsduur	Tijd goed bewaken. Bij terugkomst reageren op de situatie d.m.v. invoegen. Bijvoorbeeld de resultaten bewonderen van het kleien. Zet vervolgens de camera uit.
Nabespreking	Het is mogelijk om na afloop kort in te gaan op de ervaringen met de TSS. Soms is het goed om samen naar een stukje van de bandopname te kijken. Vertel tot slot wanneer de ouders een gesprek krijgen over de resultaten. Breng ouder en kind naar deur, neem afscheid.
Analyse band	Op een geschikt moment kan de opname bekeken worden en geanlyseerd met behulp van de GIOS.

LITERATUUR

Erickson, M.F., Sroufe, L.A. & Egeland, B. (1985). The realtionship between quality of attachment and behaviorproblems in preschool in a high-risk sample. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing-points of attachment theory and research. *Monographs of the society of research in child development, 50, 1-2,serial nr 209*, 147-166.

Houben, S.M., Lier van, P.A. & Lieshout, C.F.M., (1989). *Observatieschalen; leerkrachtgedrag en sociale ondersteuning.* Nijmegen: Katholieke universiteit Nijmegen, Vakgroep Ontwikkelingspsychologie.

Koot, J.M. (1987). Relaties tussen sensitivieit van moeders, de competentie van het kinden gehechtheid. In: J.R.M. Gerris & J. van Acker (Red.), *Gezinsonderzoek nr. 2 Gezinsrelaties onderzocht*, 53-63. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger.

FORMULIER A

..... (naam)

ouder(s) van

..... (naam)

verlenen toestemming aan

..... (naam instelling)

in de persoon van

.....(naam gezinsbegeleider)

om video-opnamen te maken:

* .....

De opnamen zullen gebruikt wroden voor:
. onderzoek/behandeling
. supervisie
De banden zullen slechts binnen deze kaders vertoond worden. De achternamen van de betrokken kinderen zullen niet op de band voorkomen/genoemd worden.

Handtekeningen:

..... (ouder(s))

..... (gezinsbegeleider)

* aanstrepen wat van toepassing is

FORMULIER B **PUZZELNIVEAU TAAK-SPELSITUATIE**

In te vullen door de klasseleerkracht/groepsleider van:

..... (naam kind)

..... (ingevuld dd.)

Tijdens het onderzoek zal een video-opname gemaakt worden als het kind met een aantal taakjes bezig is. Een van die taakjes is een puzzle.
Om de puzzle zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de mogelijkheden van het kind vragen we u ons aan te geven wat het puzzleniveau is.
Wilt u met kruisjes aangeven welk soort puzzles het kind zelfstandig kan maken.

A) Insteekpuzzle ☐ ja ☐ nee

B) Legpuzzle

aantal stukjes	met kader/rand	zonder
4	☐	☐
6	☐	☐
12	☐	☐
20	☐	☐
25	☐	☐
25 +	☐	☐

C) Opmerking/bijzonderheden

FORMULIER C

Neem voor ieder onderdeel +/- 5 minuten de tijd.

1) We gaan samen deze puzzle maken.

2) We gaan samen een beestje maken van deze klei.

3) Nu doen we een raadselspelletje: noem eens dingen op die wielen hebben. Weet je nog iets dat wielen heeft?

4) Vrij spel - poppekast - lego - zand - poppenhoek

HANDLEIDING GIOS

Gezins Interactie Observatie Schaal

HANDLEIDING GIOS

Gezins Interactie Observatie Schaal



auteur: drs M.H.B. Jongbloed

juni 1995

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	1
2.	Theoretische achtergrond; de gehechtheidstheorie	2
3.	Opbouw van het instrument	4
3.1.	Gedragscomponenten ouder	4
3.2.	Gedragscomponenten kind	6
4.	Gebruik van de GIOS gedragscategorieën	7
4.1.	Scoring	7
4.2.	Subjectiviteit	7
4.3.	Score formulier	8
5.	Operationalisatie van de categorieën	9
5.1.	Observatiecategorieën van de gedragscomponent Emotionele Ondersteuning	9
5.2.	Observatiecategorieën van de gedragscomponent Instructie	10
5.3.	Observatiecategorieën van de gedragscomponent Regulering	11
5.4.	Observatiecategorieën van de gedragscomponent: Afstemming	12
5.5.	Gedragscomponenten kind	13
5.5.1.	Observatiecategorieën van gedragscomponent Sociaal	13
5.5.2.	Observatiecategorieën van gedragscomponent Emotioneel	14
Literatuur		15

1. INLEIDING

In de Gezins Interactie Training staat de beoordeling van de kwaliteit van de ouder-kind interactie in gehechtheidstermen centraal. Met de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS) kan de observatie van de interactie van ouders met hun kind gestandaardiseerd worden beschreven. Om een uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van de ouder-kind interactie wordt gekeken naar de sensitieve- responsiviteit van de interactie.
Met behulp van de Gezins Interactie Observatieschaal kan worden gekeken in hoeverre het gedrag van de ouder past bij de mogelijkheden en behoeften van het kind.
De ouder-kind interacties die met de GIOS geanalyseerd worden zijn steeds op video vastgelegd.

2. THEORETISCHE ACHTERGROND; DE GEHECHTHEIDSTHEORIE

De beoordeling van de kwaliteit van de ouder-kind interactie is gebaseerd op het centrale concept van de gehechtheidstheorie "de sensitieve responsiviteit". Onder sensitief-responsief gedrag wordt verstaan de mate waarin de opvoeder signalen van het kind opmerkt, deze juist interpreteert, in staat en bereid is daarop effectief te reageren en zo een gevoel van vertrouwen, toegankelijkheid en bereikbaarheid weet op te roepen (Riksen-Walraven, 1989).
Met andere woorden: responsiviteit heeft betrekking op de reacties van de opvoeder op het gedrag van het kind, sensitiviteit verwijst naar actief opvoedersgedrag dat aangepast is aan het ontwikkelingsniveau en de actuele toestand van het kind (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).
Sensitieve-responsiviteit blijkt positief samen te hangen met een veilige gehechtheid, exploratief gedrag en een gezonde sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling (zie o.a. Koot, 1988). Door de sensitiviteit van de opvoeder kan het kind een positief beeld vormen van de eigen effectiviteit èn van de beschikbaarheid van anderen, het kind ontwikkelt zelfvertrouwen en vertrouwen in de ander. De belangrijkste aanname uit het theoretisch kader van de gehechtheidstheorie is dat sensitieve-responsiviteit van de opvoeder een belangrijke, zo niet de belangrijkste determinant van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is. "De oorzaak van een gebrek aan sensitieve-responsiviteit kan liggen op verschillende niveau's tussen het uitzenden van een signaal door het kind en de uiteindelijke response van de opvoeder. Zo is het mogelijk dat de opvoeder signalen niet opmerkt, ze niet juist interpreteert, niet wil reageren, niet kan reageren of niet beschikt over de juiste response." (Riksen-Walraven 1994).
In de diagnostische fase en tijdens de Gezins Interactie Training wordt gekeken naar de wijze waarop de ouders en het kind met elkaar omgaan. Dit betekent dat vooral gekeken wordt naar de behoeften van het kind. Het gedrag van het kind wordt ook geobserveerd om na te gaan in hoeverre het kind reageert op, of kan reageren op de ouder(s). Bepaalde aangeboren kenmerken van kinderen, zoals een moeilijk temperament (van de Boom 1998) of lichamelijke of verstandelijke handicaps (Blacher en Meyers, 1983), kunnen het voor ouders heel moeilijk maken om het kind in interacties die ervaringen te laten opdoen die het nodig heeft voor het opbouwen van een gevoel van veiligheid.
Als het vermoeden bestaat dat de gedragsproblemen van het kind mede veroorzaakt en/of instand gehouden worden door het gedrag van de ouders is het belangrijk dat er een nauwkeurige analyse gemaakt wordt van de kwaliteit van de ouder-kind interactie.
Dit betekent dat aangegeven moet kunnen worden welk gedrag van de ouders vanuit de mogelijkheden en behoeften van het kind gewenst of ongewenst is.
Om deze beschrijving van de ouder-kind interactie te kunnen maken is dit observatie schema, de GIOS, ontwikkeld. Uit onderzoek (Erickson et al.1985 en Koot, 1988) is bekend dat bij een ouder de sensitiviteit van zijn of haar gedrag gemeten kan worden aan een aantal functionele componenten. Op basis van aan deze gehechtheidstheorie ontleende opvattingen over kwaliteit van interacties kan zo de ouder-kind interactie geobserveerd worden.

De binnen de GIOS beschreven gedragscomponenten zijn dan ook gebaseerd op werk van Erickson et al. (1985), van Lieshout et al. (1986) en Koot (1988). De voor de interactie belangrijke kenmerken van het kindgedrag zijn ontleend aan de opvattingen van Riksen-Walraven(1983).

3. OPBOUW VAN HET INSTRUMENT

Gedragscomponenten ouders
Binnen de GIOS zijn zowel de functionele componenten van de sensitiviteit als van de responsiviteit van het gedrag geoperationaliseerd.
De gedragscategorieën die de respons, de vaardigheden van het ouderlijk gedrag omvatten zijn:
- **Emotionele Ondersteuning**
- **Instructie**
- **Regulering**

De kwaliteit van het gedrag van de ouders wordt bepaald door de sensitiviteit, de mate van **Afstemming** van het vaardigheden van de ouder op de mogelijkheden van het kind in een bepaalde situatie.
Dit is geoperationaliseerd in de categorie
- **Afstemming**

Gedragscomponenten kind
Naast de verschillende aspecten van het gedrag van de opvoeder in de interactie wordt het kindgedrag in de ouder-kind interactie geobserveerd. Hierbij wordt nagegaan in hoeverre het kind openstaat voor zijn omgeving, het kind zijn gevoelens en behoeftes uit en aangeeft interacties aan te willen gaan.
Het kindgedrag wordt geobserveerd binnen de observatie categorieën:
- **Sociaal**
- **Emotioneel**

3.1. Gedragscomponenten ouder

Emotionele Ondersteuning
De gedragscomponent Emotionele Ondersteuning verwijst naar die gedragingen waaruit de emotionele beschikbaarheid of toegankelijkheid van de opvoeder voor het kind blijkt. Emotionele Ondersteuning is gericht op het affectieve aspect van de relatie. De ouder geeft aan beschikbaar te zijn voor het kind en emotioneel betrokken te zijn bij het kind. Het gedrag van de ouder richt zich op het kind om aan te geven dat er vertrouwen is in het gedrag van het kind. De negatieve vorm van dit gedrag ontstaat wanneer de ouder verbaal of non-verbaal aangeeft aan het kind niet beschikbaar te zijn of niet op de emotionele behoefte van het kind in te willen gaan. Er worden verschillende categorieën (positief en negatief) van emotioneel ondersteunend gedrag onderscheiden.

Observatiecategorieën Emotionele Ondersteuning
1: Motiveren/stimuleren/aanmoedigen
2: Affectie delen
3: Ruimte geven
4: Verbaal afwijzen
5: Fysiek afwijzen

Instructie
De gedragscomponent Instructie betreft het gedrag van ouders waarmee **informatie** overgedragen wordt. Deze informatie heeft het kind nodig **om zijn gedrag optimaal te kunnen afstemmen op de eisen van de situatie**. Daarnaast kunnen ouders informatie geven voor het - in meer algemene zin - ontwikkelen van kennis en vaardigheden van het kind.

Informatie kan zowel verbaal als non-verbaal worden gegeven. De positieve vorm wordt gekenmerkt door gedrag van de ouder waardoor de structuur van een opdracht of situatie voor het kind overzichtelijk en hanteerbaar wordt, zodat het kind zijn gedrag zelf kan aanpassen aan de eisen van de taak of situatie. De ouder kan dit zowel verbaal als non-verbaal doen.
Voorbeeld: *voordat het kind aan een puzzle begint laat de ouder zien welk plaatje op de puzzle staat door samen met het kind te kijken naar het deksel.*
Er kan ook tijdens een activiteit van het kind Instructie gegeven worden in de vorm van reacties op het positieve gedrag van het kind.
Voorbeeld: *"Wat kun jij dat goed, zeg, dat komt zeker doordat jij zo goed naar het voorbeeld kijkt en goed nadenkt."*
De ouder kan ook reageren op negatief of niet gewenst gedrag van het kind.
Voorbeeld: *Als je steeds van de tafel wegloopt krijg je niet op tijd de puzzel af.*

Observatiecategorieën Instructie
6: **Informatie geven/uitleggen**
7: **Aandacht richten**
8: **Voordoen**
9: **Structureren**
10: **Reacties op positief gedrag**
11: **Reacties op negatief gedrag**

Regulering
De gedragscomponent Regulering heeft betrekking op de wijze waarop de ouder tijdens de interactie **het gedrag van het kind probeert te sturen of onder controle probeert te houden**. De ouder probeert het gedrag van het kind rechtstreeks te beïnvloeden zodat het kind zich volgens de wens van de ouder gaat gedragen. De ouder geeft daarbij gedragsvoorschriften en/of stelt grenzen.
De positieve vorm van regulering wordt gekenmerkt door een gedrag van de ouder waardoor de ouder het kind laat weten wat de ouder als gewenst gedrag in die situatie ziet. De ouder doet dit zodanig dat het kind ruimte heeft om zelf te bepalen hoe het zijn gedrag zelf kan aanpassen aan de eisen van de taak of situatie. De negatieve vorm van regulering wordt gekenmerkt door een sterk controlerende houding van de ouder, waarbij het kind geen ruimte wordt gelaten voor ander gedrag dan dat wat door de opvoeder gekozen is.

Observatiecategorieën Regulering
12: **Vragen, suggesties, verklaringen**
13: **Opdrachten, bevelen, verboden.**
14: **Directief controleren**
15: **Fysieke inperking/straf.**

Afstemming
Bij **Afstemming** wordt geobserveerd **of de opvoeder gevoelig is voor de signalen van het kind en passend reageert** bij de behoefte en mogelijkheden van het kind. Een sensitief-responsieve ouder kan zijn gedrag afstemmen op de mogelijkheden en behoeften van het kind. Om de kwaliteit van de afstemming na te gaan wordt geobserveerd of het gedrag Geschikt en Prompt is.

Geschikt wil zeggen; is het gedrag van de ouder passend bij de mogelijkheden en behoeften van het kind in die specifieke situatie en past de reactie van de ouder bij het ontwikkelingsniveau van het kind. Prompt betekent dat de ouder in tijd aansluit bij de signalen van het kind.
Geschikt wordt geobserveerd aan de categorieën:
16: **Respect voor autonomie**
17: **Duidelijkheid**
18: **Positieve emotionele toon**
Prompt wordt geobserveerd aan de categorieën:
29: **Timing**
21: **Tempo**

3.2. Gedragscomponenten kind

Aan het gedrag van het kind in de interactie met de ouder(s) worden twee gedragscomponenten onderscheiden:
Sociaal en **Emotioneel**

Sociaal

Sociaal verwijst naar de bereidheid van het kind tot positief contact en samenwerking met ouders/volwassenen of leeftijdsgenoten. Het gaat om de wijze waarop het kind vorm geeft aan de interactie. Als een kind zich Sociaal gedraagt kan het zich aan personen of aan een situatie aanpassen. Het kind kan soepel omgaan met zijn omgeving en effectief handelen.

De gedragscomponent **Sociaal** wordt geobserveerd aan de volgende categorieën:
21. **Competentie**
22. **Zelfstandigheid**

Emotioneel

De gedragscomponent **Emotioneel** verwijst naar **de wijze waarop het kind zijn gevoelens en behoeften uit in interacties en de wijze van afstemming van zijn gedrag op de mogelijkheden en behoeften van de ander**. Dit kan geobserveerd worden aan zowel verbaal als nonverbaal gedrag.
Onder Emotioneel vallen de volgende observatiecategorieën:
23. **Affectie**
24. **Enthousiasme**
25. **Communicatie**

4. GEBRUIK VAN DE GIOS GEDRAGSCATEGORIEËN

4.1. Scoring

In deze handleiding worden de gedragscomponenten achtereenvolgens geoperationaliseerd in gedragscategorieën. Van elke categorie kan bij de scoring worden aangeven of dit gedrag in de geobserveerde situatie voorkomt en in welke mate.
Voor de gedragscomponenten Emotionele Ondersteuning, Instructie en Regulering en bij de kindcomponenten wordt aangegeven of het gedrag "adequaat", "te veel" of "te weinig is, of "niet van toepassing".
Adequaat: Het gedrag van de ouder past bij de moeilijkheden en behoeften van het kind.
Te veel: De ouder doet meer dan nodig is in die situatie.
Te weinig: De ouder biedt minder dan de behoeften en mogelijkheden van het kind in die situatie vragen.
Niet van Toepassing (n.v.t.) Als een bepaalde gedrag van de ouder niet voorkomt, maar ook niet nodig is vanuit de behoeften van het kind in die situatie wordt dit aangegeven met "n.v.t." in de kolom Adequaat.

De **Afstemming** van het gedrag van de ouder kan worden gescoord als "niet", "wisselend", of "meestal".
Niet: De ouder laat deze observatie categorie onvoldoende zien.
Voorbeeld: *De ouder respecteert de autonomie van het kind niet*
Wisselend: De ouder is niet consistent in dit gedrag, voorbeeld: *De emotionele toon is dan weer warm dan weer afstandelijk of vlak.*
Meestal: Gedurende de observatie voldoet de ouder vrijwel steeds aan de omschrijving.
Voorbeeld: *De timing van de ouder past (meestal) goed in de interactie reeks.*

Kindkenmerken
Het gedrag van het kind wordt binnen de verschillende categorieën gescoord als: niet, wisselend of meestal.
Meestal: Het gedrag van het kind is (overwegend) overeenkomstig zijn cognitief niveau.
Voorbeeld: *Het kind werkt met plezier aan een puzzel maar vraagt hulp als hij het niet meer overziet.*
Wisselend: Het kind laat hierbij gedrag zien dat niet steeds past bij zijn cognitief niveau.
Niet: Het gedrag van het kind heeft niet het niveau dat je op basis van zijn cognitieve ontwikkeling zou verwachten.

4.2. Subjectiviteit

De definitie van sensitieve responsiviteit relateert het gedrag van de ouder voortdurend aan de mogelijkheden en behoeften van **dit** kind in **deze** situatie. Dit betekent dat de kwaliteit van de ouder-kind interactie sterk situationeel bepaald wordt. Immers drie keer "uitleggen" in de ene situatie is niet hetzelfde als drie keer "uitleggen" in een andere situatie. De behoefte van dit kind in deze situatie is bepalend en moet steeds worden mee gewogen door de observator om tot een oordeel te komen. Bij het scoren geeft de observator aan of er sprake is van een adequate reactie die aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van het kind. Niet alleen het waarneembare gedrag in deze situatie wordt in de beoordeling betrokken, ook de interpretatie - waarom doet die ouder dit, wat is er aan vooraf gegaan - speelt hierbij een rol.

Het te observeren gedrag van ouder en kind in de interactie situatie is daardoor niet eenvoudig in kwantitatieve termen te beschrijven.
De observatie categorieën zijn geen strikte kwantitatieve categorieën omdat de beoordeling van het gedrag afhankelijk is van de situatie waarin het gedrag voorkomt.
Toch blijkt bij getrainde observatoren een redelijke mate van inter-beoordelaars-betrouwbaarheid te bereiken te zijn. (Bij het ontwikkelen van de GIOS liep de interbeoordeelaars-betrouwbaarheid door de tussentijdse aanpassingen van het instrument op tot 0.85. Dit kon echter binnen de looptijd van het projet GIT niet voldoende onderzocht worden!
Een goede interbeoordeelaars-betrouwbaarheid wordt bewerkstelligd door enerzijds gerichte training van de observatoren (gezinsbegeleiders) in het toepassen van begrippen uit de gehechtheidstheorie in interactie-situaties tussen ouder en kind. Anderzijds kan dit worden bewerkstelligd door de eenduidigheid in de beschrijving van de gedragscategorieën in de subschalen.
Doordat de GIOS gebruikt wordt voor de analyse van video-opnames is het bovendien mogelijk de scores ook na de scoring nog eens te vergelijken met de geobserveerde situatie.

4.3. Score formulier

Er zijn voor het gebruik van de GIOS twee -vrijwel gelijke- score formulieren ontwikkeld:
Score TSS (bijlage I)
Een formulier om de Taak-Spel situatie - onderdeel van het GIT diagnosticum - te analyseren
Score video-opname behandeling (bijlage II)
Een formulier om tijdens de behandeling de opnames te analyseren om op basis van deze analyse video-fragmenten te kunnen selecteren en het verloop van de behandeling te volgen.

Op **pagina 1** worden de gezinsgegevens, de datum van de opname en de naam van de beoordelaar ingevuld. Na de gedragsanalyse kan worden aangegeven of er sprake is van wel of niet een GIT indicatie. Als er een GIT indicatie is (tenminste gedragstekorten bij één van de ouders) kan vervolgens worden aangegeven wat de behandelingsdoelen t.a.v. deze tekorten moeten zijn.
Op het formulier kan het gedrag van de ouder op twee manieren worden weergegeven. Op **pagina 2 resp 3** een meer algemene beschrijving van het gedrag van de ouder uitgaande van de verschillende gedragscategorieën. Op pagina 2 kan voor moeder en op pagina 3 voor vader of een andere primaire verzorger van het kind worden beschreven welke de opvallende punten - per gedragscomponent - zijn in het gedrag van de ouder. In deze beschrijving wordt gebruik gemaakt van de verschillende categorieën waaruit de component is opgebouwd.
Op **pagina 4** wordt een kwalitatieve beoordeling gegeven van het gedrag van de ouder uitgaande van de verschillende categorieën. Er wordt aan gegeven of het gedrag van de ouder in een bepaalde categorie te beschouwen is als wel of niet adequaat, door per gedragscategorie te kijken in welke mate het gedrag voldoet aan de beschrijving zoals die voor die categorie is uitgewerkt (zie 4). De beoordeling wordt weergegeven in de kwalificaties:
"adequaat"," te veel", "te weinig".
dan wel
"niet","wisselend" of "meestal",
De soort kwalificatie staat aangegeven op het score formulier.

5. OPERATIONALISATIE VAN DE CATEGORIEËN

5.1. Observatiecategorieën van de gedragscomponent 'Emotionele ondersteuning'

1: Motiveren/stimuleren/aanmoedigen
2: Affectie delen
3: Ruimte geven
4: Verbaal afwijzen
5: Fysiek afwijzen

1. Motiveren/stimuleren/aanmoedigen-
Door te motiveren wordt het kind gestimuleerd om bepaald gedrag te (blijven) vertonen. De ouder wijst het kind bijvoorbeeld op wat het in het vooruitzicht heeft, op de belonende aspecten van een taak.
Voorbeeld: *"Dat wordt een mooie boot als de puzzle klaar is!" of "Dat is leuk om te doen".*
De ouder activeert het kind iets aan te pakken, zich ergens op te richten en geeft positieve opmerkingen over het kind, gericht op het volbrengen van de taak of op doorzetten in het spel.
Voorbeeld: *"Goed zo!", "Doe je best", "Het lukt vast ".*
Motiveren kan ook non-verbaal.
Voorbeeld: *knikken of glimlachen*

2. Affectie delen
Bij het affectie delen laat de ouder positieve gevoelens blijken. De ouder toont eigen gevoelens van trots, plezier en deelt in het plezier van het kind.
Voorbeeld: *de ouder glimlacht, applaudisseert, klopt het kind op de rug, lacht mee, lacht terug of verwoordt zijn gevoel.*
Affectie kan zowel verbaal als non-verbaal geuit worden.
Voorbeeld: *de ouder lacht terug als het kind lacht of als het kind iets laat zien.*
De ouder zegt als het kind iets laat zien: "Wat vind ik dat een mooie tekening".

3. Ruimte geven
De ouder geeft het kind voldoende mogelijkheden zelf iets te ondernemen of te onderzoeken. De ouder stuurt het gedrag van het kind niet voordat het zelf de kans heeft gehad het te proberen.
Door zijn/haar aanwezigheid steunt de ouder het kind wel, maar onderneemt niets voordat het kind klaar is of aangeeft (verbaal of non-verbaal) hulp of steun nodig te hebben. Als de ouder helpt lost deze niet zelf het probleem op, neemt de uitvoering van een taak niet helemaal over. De ouder geeft het kind het gevoel dat kind het de taak vooral zelf gedaan heeft.

4. Verbaal afwijzen
De ouder geeft met zijn gedrag aan niet beschikbaar te zijn voor het kind. De ouder gaat niet in op het gedrag van het kind waarmee het vraagt om hulp of aandacht. Door zijn opmerkingen probeert de ouder dit gedrag van het kind te stoppen. De toon is dan onvriendelijk/onaardig/vijandig t.o.v. het kind.
Voorbeeld: *"Nee, nu niet!" of "Je doet het maar zelf!"*

5. Non-verbaal of fysiek afwijzen
In houding en/of gebaar geeft de ouder aan dat hij niet op de vraag om hulp of aandacht van het kind in wil gaan. Door zijn houding of gebaar probeert de ouder dit gedrag van het kind te stoppen.
Voorbeeld: *Het kind wil bij de ouder op schoot gaan zitten en zonder uitleg duwt de ouder het kind weg.*
De ouder leunt bij het puzzelen achterover en kijkt van het kind weg.

5.2. Observatiecategorieën van de gedragscomponent 'Instructie'

6: Informatie geven/uitleggen
7: Aandacht richten
8: Voordoen
9: Structureren
10: Reacties op positief gedrag
11: Reacties op negatief gedrag

6. Informatie geven/uitleggen
Informatie geeft de ouder als hij/zij het kind iets vertelt met de bedoeling om het kind meer te laten weten of te begrijpen over de taak, spel of opvoedingssituatie, zodat het kind zich die situatie adequater kan gedragen, of de ouder geeft concreet aan hoe de situatie of het probleem is opgebouwd, welke gedragsstappen het kind moet nemen om het probleem op te lossen. Hierbij is de aandacht van het kind al gericht op de taak.
Voorbeeld *"Kijk, je kunt ze ook draaien" of "Deze blokjes moeten achter elkaar" of "Nee, dat dopje kan er niet af, he?" of "Als je nou eerst al je melk op drinkt is er geen plaats meer voor je boterham in je buik".*

7. Aandacht richten
De ouder probeert verbaal of non-verbaal de aandacht van het kind te richten of gericht te houden op de taak, het spel of op de ouder zelf door middel van het kind bij de naam noemen, door iets te benoemen, voor te stellen, te vragen, aanwijzingen te geven, te wijzen, het kind aan te raken.
Voorbeeld: *"Jarold zie je dit mooie boek" of "Kijk Michel, nog een stukje klei"*

8. Voordoen
De ouder laat aan het kind zien hoe het zich in een bepaalde situatie effectief kan gedragen door bijvoorbeeld in een taak, bij spel of in sociale situaties het gedrag zelf voor te doen. De ouder kan daarbij een deel of het gehele gedrag laten zien.
Voorbeeld: *de ouder maakt een blokkentoren voor het kind door de kleinere blokken op de grotere te plaatsen.*
Aan tafel: *de ouder neemt het mes en de vork in de hand en begint ermee te eten terwijl het kind kijkt.*
Sociale situatie: *de ouder geeft een zusje of broertje een kusje en/of zegt "Dank je wel" nadat dit kind iets voor de ouder heeft gedaan.*

9. Structureren
De ouder brengt ordening aan in een situatie, zodat de situatie helder en inzichtelijk wordt voor het kind. Doordat het kind de situatie beter kan overzien en begrijpt zal het zijn gedrag beter op deze situatie kunnen afstemmen. De ordening kan van materiële en niet-materiële aard zijn.
Voorbeeld: *Bij het tussentijds opruimen van speelgoed. Met het kind de volgorde van handelen afspreken.*

Door met het kind te bespreken wat er gaat gebeuren voordat er aan iets wordt begonnen, Voorbeeld: *"Eerst gaan we boodschappen doen en dan gaan we naar Oma".*
De positie van het kind zo maken dat het goed bij het speelgoed kan.
Voorbeeld: *"Ga maar op je knietjes zitten".*
De ouder kan een taak vereenvoudigen door het op te delen in kleiner stukjes,
Voorbeeld: *"Gaan we van het kleihondje eerst de pootjes maken".*

10. Reactie op positief gedrag
De ouder maakt duidelijk dat het gedrag van het kind passend, goed was in de situatie. De ouders geven het kind een compliment of beloning. Dit kan verbaal.
Voorbeeld: *"Wat heb je lief je mond gehouden toen mamma even met tante Ans aan het praten was"* of *"Ja, dat puzzle-stukje ligt nu goed".*
De ouder kan ook op non-verbale wijze laten merken dat het gedrag van het kind passend was
Voorbeeld: *door het kind een aai of een zoen, een glimlach enz. te geven.*

11. Reacties op negatief gedrag
De ouder maakt duidelijk dat wat het kind deed niet passend/goed was in de situatie .
Dit kan op door opmerkingen over het gedrag van het kind te maken.
Voorbeeld: *"Als je steeds van je stoel afgaat duurt het wel lang voor we de puzzle klaar hebben".*
"Je mag je eten niet uitspugen!".
Ook kan dit non-verbaal.
Voorbeeld: *afkeurend te kijken, nee schudden.*

5.3. Observatiecategorieën van de gedragscomponetn 'Regulering'

12: Vragen, suggesties, verklaringen
13: Opdrachten, bevelen, verboden
14: Directief controleren
15: Fysieke inperking/straf

12. Vragen, suggesties, verklaringen-
De ouder geeft door een vraag, suggesties of verklaring aan ander gedrag van het kind te verwachten dan dat wat het kind laat zien.
Voorbeeld:
"Wil je even je schoenen wegzetten?",
"Je kunt beter eerst aan Mark vragen of je ook op zijn fiets mag fietsen.",
"Ga maar zitten in plaats van staan, dan kun je er beter bij".

13. Opdrachten, bevelen, verboden
De ouder geeft heel direct, nauwkeurig en controlerend aan welk gedrag van het kind verwacht wordt. De opdracht wordt gesteld zonder verklaring.
Voorbeeld:
"Leg de pop daar neer.", "Ruim je spullen op.", "Alle autootjes in die doos"
Bevelen en verboden zijn altijd dwingend en laten geen ruimte voor eigen keuzen voor het kind. Het gedrag wat verlangt wordt staat haaks op de wil, het doel of het feitelijke, gedrag van het kind.
Voorbeeld: *"Blijf met je vingers van de tv af", "Ga zitten.", "Geef hier", "Nee, nee". "En nu naar je kamer!"*

14. Directief controleren
De ouder geeft aan dat het zó moet en niet anders. De opvoeder blijft controlerend aanwezig, zodat het kind geen ander gedrag kan laten zien dan het door de ouder gewenste gedrag.
Voorbeeld:
De ouder blijft toekijken en ziet toe of het kind zijn opdracht of aanwijzing volgt.
De ouder verbetert het werk van het kind voortdurend en doorkruist het gedrag van het kind.

15. Fysieke inperking/straf
Middels fysiek contact regelt de ouder het gedrag van het kind in de door hem/haar gewenste richting.
Voorbeeld (negatief):
De ouder geeft een klap. De ouder zet het kind op een andere plaats. De ouder neemt het kind iets af.
Voorbeeld (positief):
De ouder houdt het kind tegen zijn wil aan de hand bij het oversteken.

5.4. Categorieën van de gedragscomponent: 'Afstemming'

16: Respect voor autonomie
17: Duidelijkheid
18: Positieve emotionele toon
19: Timing
20: Tempo

16. Respect voor autonomie
De ouder geeft in zijn gedrag blijk van erkenning van en respect voor het kind als individu, voor zijn/haar motieven en standpunten. Een ouder die respect toont voor autonomie erkent de verlangens van het kind als een waardevol deel van zijn identiteit. De ouder onderhandelt met het kind over regels, waarbij ze verbaal duidelijk maakt dat hij of zij in de gaten heeft wat het kind beoogt. De ouder ontkent niet het recht van het kind op een eigen wil.
Voorbeeld (positief): *De ouder geeft het kind ruimte zelf een oplossing te zoeken bij het puzzelen, moedigt aan maar helpt niet als het kind daar niet (verbaal of nonverbaal) om vraagt.*
Moeder en kind doen spelletjes aan tafel en moeder vraagt het kind : Welk spelletje gaan we hierna doen?
Voorbeeld (negatief): *De ouder doet dingen voor of helpt het kind bij dingen die het zelf kan doen, (zelfs al doorkruist ze daarbij het gedrag van het kind niet.)*

17. Duidelijkheid
Bij duidelijkheid gaat het er om dat de aanwijzingen van de opvoeder begrijpelijk zijn voor dit kind en aansluiten bij de situatie waarin het kind zich op dat moment bevindt.
De ouder geeft aanwijzigingen die passen bij het ontwikkelingsniveau van het kind.
Voorbeeld:
De ouder gebruikt eenvoudige, ondubbelzinnige taal.

18. Positieve emotionele toon
Het gaat hierbij om de kwaliteit van de emotionele toon van de ouder tijdens de interactie zoals die blijkt uit de stem, beweging en gezichtsuitdrukking van de opvoeder. (De beweging wordt alleen in de combinatie met stem of gezichtsuitdrukking bij de beoordeling betrokken; De

gezichtsuitdrukking en beweging worden alleen bij de beoordeling betrokken als het kind ze ziet.)
Voorbeeld:
Meestal gebruikt de ouder een warme, vriendelijke stem. Maakt een soepele of tedere beweging, geeft uitdrukking van interesse of plezier.

19. Timing
Bij timing gaat het er om of het gedrag van de ouders past in de tijd en aansluit bij het gedrag van het kind in de interactiereeks tussen ouder en kind.
Voorbeeld:
De ouder steunt het kind, geeft instructie meestal op het moment dat het kind dat nodig heeft en er aandacht voor kan hebben, zonder dat het kind zijn/haar exploratie of taakuitvoering onderbreekt

20. Tempo
Bij tempo gaat het erom of de ouder zich in de interactie aanpast bij de snelheid van de interacties van het kind.
Voorbeeld
De ouder is volgend in de interactie en de actie van het kind wordt niet onderbroken door het tempo van de ouder.

5.5. Gedragscomponenten kind

5.5.1. Categorieën van gedragscomponent 'Sociaal'

21. Competentie
22. Zelfstandigheid

21. Competentie
Competentie is het totaal van mogelijkheden van het kind om soepel en adequaat met ouders, volwassenen en leeftijdsgenoten om te gaan. Het kind kan rekening houden in zijn gedrag met de behoeften van de ander. Een sociaal competent kind toont vanuit het vertrouwen in zichzelf en de ander een actieve bereidheid tot positief contact. Het kind wil samenwerking met de ander en kan de wereld open tegemoet treden. Het regelt zijn gedrag mede op basis van de behoefte van de ander. Wanneer het zich echter bedreigd voelt in zijn autonomie zal het zich verzetten en proberen een eigen koers varen. Deze gedragscategorie wordt vooral geobserveerd aan nonverbaal gedrag.

22. Zelfstandigheid
Zelfstandigheid verwijst naar het vertrouwen van het kind in wat het zelf kan, het kunnen toepassen wat eerder geleerd is, een taakgerichte houding (passend bij de emotionele leeftijd). Een zelfstandig kind is actief en wil nieuwe ervaringen op doen. Het vraagt hulp van ouder of volwassenen als een situatie zijn mogelijkheden overstijgt.
Voorbeeld:
Het kind zegt: "Nu mag je me helpen." of
"Zo gaat het niet goed hé?"
Het kind past die dingen toe die het kan.
Het heeft er plezier in om dingen "zelf" te doen, ook wanneer deze zaken nog niet worden beheerst.
Voorbeeld: *Het kind werkt aan een puzzel te nieuw is moeilijk is maar blijft met plezier door werken en vraagt af en toe hulp.*

5.5.2. Categorieën van gedragscomponent 'Emotioneel'

23. Affectie
24. Enthousiasme
25. Communicatie

24. Affectie

De positieve gevoelens die een kind in de interactie verbaal of non verbaal ten opzichte van de ander uit. Het kind stelt zich niet terughoudend op in contacten met anderen. Het kind is in staat gevoelens over de ander of over gebeurtenissen of situaties te uiten.
Voorbeeld: *Dit wordt een mooie puzzel, hè mama?*
En als hij de puzzel klaar heeft kijkt hij blij naar vader.

24. Enthousiasme

Enthousiasme zegt iets over de mate waarin het kind zin heeft interacties met anderen aan te gaan. Een enthousiast kind laat merken plezier te hebben of betrokken te zijn in de interactie. Het is daarbij in staat zijn gedrag af te stemmen op de ander en de situatie. Het enthousiaste kind is open in contact zonder een allemansvriend te zijn.

25. Communicatie

Communicatie verwijst naar de bereidheid van het kind ervaringen uit te wisselen met de ander. Een communicatief kind gaat actief interacties met anderen aan en reageert op signalen uit zijn omgeving. Bij gezamenlijke activiteiten nijgt het kind niet tot terugtrekken, maar treedt ook niet voortdurend op de voorgrond.

LITERATUUR

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachement. A psychologycal study of the strange situation.* Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.

Erickson, M.F., Sroufe, L.A. & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviourproblems in preschool in a high-risk sample. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growingpoints of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 1-2, Serial nr. 209,* 147-166.

Houben S.M., Lier, P.A. van, Lieshout, C.F.M. (1989). *Observatieschalen; leerkrachtgedrag en sociale ondersteuning.* Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep ontwikkelingspsychologie.

Koot, J.M. (1987). Kwaliteit van gehechtheid en emotieregulering bij peuters. *Nederlands tijdschrift voor de psychologie, 42,* 299-307.

Koot, J.M. (1987). Relaties tussen sensitiviteit van moeders, de competentie van het kind en gehechtheid. In: J.R.M. Gerris & J. van Acker (Red.), *Gezinsonderzoeknr. 2: Gezinsrelaties onderzocht*, 53-63. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Riksen-Walraven, J.M.A. (1983). Mogelijke oorzaken en gevolgen van een (on)veilige eerste gehechtheidsrelatie. *Kind en adolescent, jrg 4, nr. 1*, 23-44.

Riksen Walraven, J.M.A. & Geerst, P.(1988). Sociale ondersteuning en veerkracht: een vicieuze spiraal. In: P.P. Goudena, H.J. Groenendaal & F.A. Swets-Gronert 9rED.), *Kind in geding.* Amersfoort: Acco.

Riksen Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrong bij het meten en beïnvloeden van gedrag in interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 28*, 16-33.

Riksen Walraven, J.M.A. (1994). De sensitieve opvoeder: dimensies en determinanten van opvoedingsgedrag. In: C.J.M. Lindner-Middendorp (Red.), *Gehecht aan goede relaties*. Assen: Van Loghum, Dekker & van de Vegt.

IJzendoorn, M.H. (...). De ontwikkeling van gehechtheidsrelaties: determinanten en effecten. *Overzicht van de empirische ontwikkelingspsychologie 3.* Groningen: Wolters-Noordhoff.

GIOS

Gezins Interactie Observatie Schaal

scoreformulier
TAAK-SPEL-SITUATIE

Naam gezin :
Opname datum :

Ingevuld door :
dd. :

GIT indicatie ja / nee

Doel behandeling:

Beschrijving Interactie ouder - kind — moeder

Emotionele ondersteuning

Motiveren / stimuleren / aanmoedigen	
Affectie delen	
Ruimte geven	
Verbaal afwijzen	
Fysiek afwijzen	

Instructie

Informatie geven / uitleggen	
Aandacht richten	
Voordoen	
Structureren	
Reacties op positief gedrag	
Reacties op nagetief gedrag	

Regulering

Vragen, suggesties, verklaringen	
Bevelen, verboden, opdrachten	
Directief-controlerend aanwezig	
Fysieke inperking / straf	

Afstemming

Respect voor autonomie	
Duidelijkheid	
Positieve emotionele toon	
Timing	
Tempo	

Kind

Sociaal

Competentie	
Zelfstandigheid	

Emotioneel

Affectie	
Enthousiasme	
Communicatie	

Conclusie

GIT indicatie ja / nee

Beschrijving Interactie ouder - kind vader/verzorger

Emotionele ondersteuning

Motiveren / stimuleren / aanmoedigen	
Affectie delen	
Ruimte geven	
Verbaal afwijzen	
Fysiek afwijzen	

Instructie

Informatie geven / uitleggen	
Aandacht richten	
Voordoen	
Structureren	
Reacties op positief gedrag	
Reacties op nagetief gedrag	

Regulering

Vragen, suggesties, verklaringen	
Bevelen, verboden, opdrachten	
Directief-controlerend aanwezig	
Fysieke inperking / straf	

Afstemming

Respect voor autonomie	
Duidelijkheid	
Positieve emotionele toon	
Timing	
Tempo	

Conclusie

GIT indicatie ja / nee

	scores moeder			scores vader/verzorger		
Emotionele ondersteuning						
	adequaat	te veel	te weinig	adequaat	te veel	te weinig
Motiveren / stimuleren / aanmoedigen						
Affectie delen						
Ruimte geven						
Verbaal afwijzen						
Fysiek afwijzen						
Instructie						
Informatie geven / uitleggen						
Aandacht richten						
Voordoen						
Structureren						
Reacties op positief gedrag						
Reacties op nagetief gedrag						
Regulering						
Vragen, suggesties, verklaringen						
Bevelen, verboden, opdrachten						
Directief-controlerend aanwezig						
Fysieke inperking / straf						
Afstemming						
	niet	wisselend	meestal	niet	wisselend	meestal
Respect voor autonomie						
Duidelijkheid						
Positieve emotionele toon						
Timing						
Tempo						

	Kind
Sociaal	
	niet / wisselend / meestal
Competentie	
Zelfstandigheid	
Emotioneel	
Affectie	
Enthousiasme	
Communicatie	

GIOS
Gezins Interactie Observatie Schaal

scoreformulier
VIDEO-OPNAME GIT

Naam gezin :
Opname datum :

Ingevuld door :
dd. :

Geselecteerde video-fragmenten

stand teller	omschrijving video-fragmenten

Beschrijving Interactie ouder - kind

moeder

Emotionele ondersteuning

Motiveren / stimuleren / aanmoedigen	
Affectie delen	
Ruimte geven	
Verbaal afwijzen	
Fysiek afwijzen	

Instructie

Informatie geven / uitleggen	
Aandacht richten	
Voordoen	
Structureren	
Reacties op positief gedrag	
Reacties op nagetief gedrag	

Regulering

Vragen, suggesties, verklaringen	
Bevelen, verboden, opdrachten	
Directief-controlerend aanwezig	
Fysieke inperking / straf	

Afstemming

Respect voor autonomie	
Duidelijkheid	
Positieve emotionele toon	
Timing	
Tempo	

Kind

Sociaal

Competentie	
Zelfstandigheid	

Emotioneel

Affectie	
Enthousiasme	
Communicatie	

Conclusie

Emotionele ondersteuning

Motiveren / stimuleren / aanmoedigen	
Affectie delen	
Ruimte geven	
Verbaal afwijzen	
Fysiek afwijzen	

Instructie

Informatie geven / uitleggen	
Aandacht richten	
Voordoen	
Structureren	
Reacties op positief gedrag	
Reacties op negatief gedrag	

Regulering

Vragen, suggesties, verklaringen	
Bevelen, verboden, opdrachten	
Directief-controlerend aanwezig	
Fysieke inperking / straf	

Afstemming

Respect voor autonomie	
Duidelijkheid	
Positieve emotionele toon	
Timing	
Tempo	

Conclusie

	scores moeder			scores vader/verzorger		
Emotionele ondersteuning						
	adequaat	te veel	te weinig	adequaat	te veel	te weinig
Motiveren / stimuleren / aanmoedigen						
Affectie delen						
Ruimte geven						
Verbaal afwijzen						
Fysiek afwijzen						
Instructie						
Informatie geven / uitleggen						
Aandacht richten						
Voordoen						
Structureren						
Reacties op positief gedrag						
Reacties op negatief gedrag						
Regulering						
Vragen, suggesties, verklaringen						
Bevelen, verboden, opdrachten						
Directief-controlerend aanwezig						
Fysieke inperking / straf						
Afstemming						
	niet	wisselend	meestal	niet	wisselend	meestal
Respect voor autonomie						
Duidelijkheid						
Positieve emotionele toon						
Timing						
Tempo						

	Kind		
Sociaal			
	niet	wisselend	meestal
Competentie			
Zelfstandigheid			
Emotioneel			
Affectie			
Enthousiasme			
Communicatie			

BIJLAGE III

HANDLEIDING CHECKLIST SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW

Handleiding Checklist

Semi- Gestructureerd Interview



Auteur: drs M.H.B. Jongbloed

juni 1995

INHOUDSOPGAVE

1.	Plaats van de checklist in de behandeling	1
2.	Theoretische achtergrond SGI-checklist	2
3.	Opbouw van de checklist	5
4.	Invullen van de checklist	6
4.1.	Kindfactoren	6
4.2.	Opvoedersfactoren	6
4.3.	Hulpvraag	7
Literatuur		8

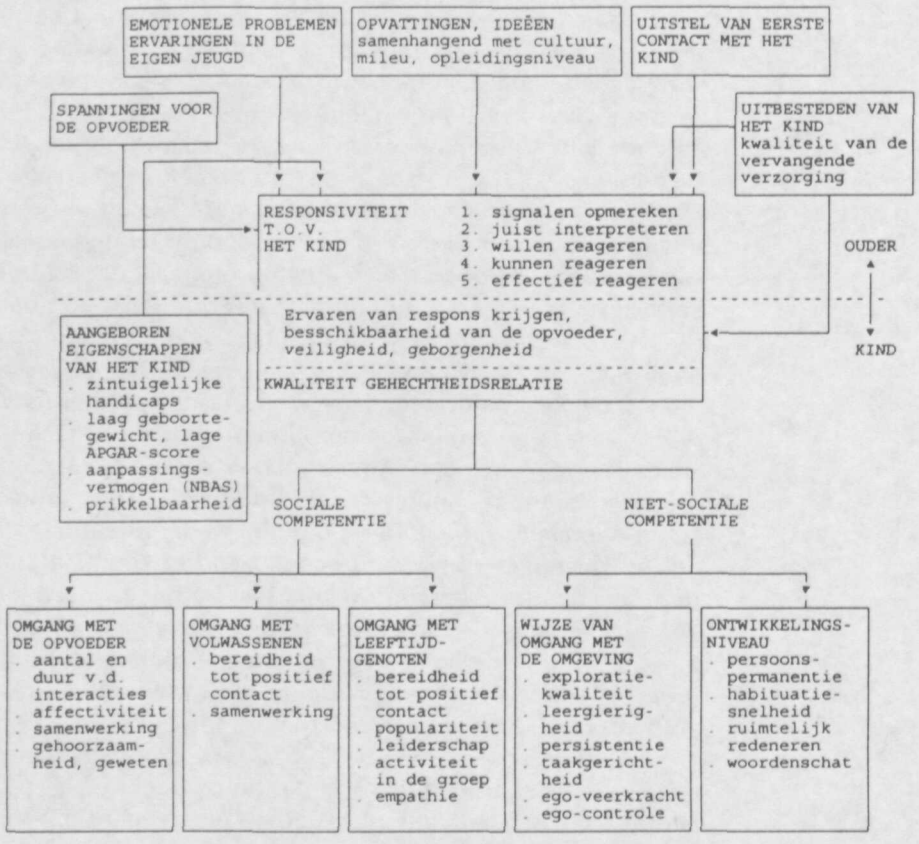
1. PLAATS VAN DE CHECKLIST IN DE BEHANDELING

Als na de diagnostiek een positief GIT advies is gegeven en de ouders instemmen met de behandeling GIT moet de kennis vanuit de diagnostische fase overgedragen worden en geordend worden als basis voor het begin van de behandeling de "Intake fase". Tevens moet worden nagegaan welke informatie er nog niet voldoende aanwezig is of ontbreekt. Hiervoor is een checklist ontwikkeld waarin alle informatie kan worden geordend en aangegeven kan worden welke informatie nog ontbreekt. De informatie wordt geordend vanuit de factoren die inwerken op de kwaliteit van de interactie.

2. THEORETISCHE ACHTERGROND SGI-CHECKLIST

Voor de gezinsbegeleider is het belangrijk zicht te hebben op *de verschillende factoren op kind- en/of op ouder niveau die* een faciliterende dan wel een belemmerende rol kunnen spelen in de behandeling.
Omdat in de GIT de kwaliteit van de ouder-kind interactie centraal staat wordt hierbij vooral gekeken naar die factoren bij de ouder(s) of bij het kind die op de kwaliteit van de interactie van invloed zijn.
Centraal binnen de Gezins interactie Training staat de kwaliteit van de ouder- kind interactie, d.w.z. de wijze waarop de ouders de relatie met het kind aangaan. Binnen de Gezins Interactie Training wordt een goede relatie getypeerd vanuit de gehechtheidstheorie. "een goede relatie is te omschrijven als een relatie waarin een kind zich veilig voelt en waarin het in staat is zijn competentie zo goed mogelijk te ontwikkelen " (Riksen - Walraven 1994). Het gevoel van veiligheid en competentie bouwt het kind op basis van de ervaringen die het in de interacties met de ouders opdoet. Zowel in de GIT diagnostiek als *tijdens de GIT behandeling staat de kwaliteit van de ouder-kind* interactie centraal. Uit onderzoek (Van IJzendoorn et al.1992) blijkt in klinische populaties de rol van de ouders bij het totstandkomen van een veilige gehechtheidsrelatie groter te zijn dan die van het kind. Ouders slagen er bij allerlei typen kinderen vaak toch in hun kind die ervaringen te laten opdoen waardoor een veilige relatie wordt opgebouwd.
Het uitgangspunt van de GIT is dat een aantal ouders er **niet** in slaagt een goede relatie met het kind op te bouwen, vaak mede door de specifieke eisen die hun kind stelt aan de opvoeding. Dit heeft - naast de kindkenmerken - invloed op de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind. Vanuit de gehechtheidstheorie kunnen uitspraken worden gedaan over de invloed die gehechtheidsrelaties hebben op de ontwikkeling van het kind.
De beoordeling van het opvoedersgedrag is binnen de gehechtheidstheorie gebaseerd op **het centrale concept van de gehechtheidstheorie "de sensitieve responsiviteit"**. Onder sensitief-responsief gedrag wordt verstaan de mate waarin de opvoeder signalen van het kind opmerkt, deze juist interpreteert, in staat en bereid is daarop effectief te reageren en zo een gevoel van vertrouwen, toegankelijkheid en bereikbaarheid weet op te roepen (Riksen-Walraven, 1989).
Met andere woorden: responsiviteit heeft betrekking op de reacties van de opvoeder op het gedrag van het kind, sensitiviteit verwijst naar actief opvoedersgedrag dat aangepast is aan het ontwikkelingsniveau en de actuele toestand van het kind (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).
Sensitieve responsiviteit blijkt positief samen te hangen met een veilige gehechtheid, exploratief gedrag en een gezonde sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling (zie o.a. Koot,

1988). Door de sensitiviteit van de opvoeder kan het kind een positief beeld vormen van de eigen effectiviteit èn van de beschikbaarheid van anderen, het kind ontwikkelt zelfvertrouwen en vertrouwen in de ander. De belangrijkste aanname uit het theoretisch kader van de gehechtheidstheorie is dat sensitieve responsiviteit van de opvoeder een belangrijke, zo niet de belangrijkste determinant van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is. "De oorzaak van een gebrek aan sensitieve-responsiviteit kan liggen op verschillende niveau's tussen het uitzenden van een signaal door het kind en de uiteindelijke response van de opvoeder. Zo is het mogelijk dat de opvoeder signalen niet opmerkt, ze niet juist interpreteert, niet wil reageren, niet kan reageren of niet beschikt over de juiste response." (Riksen-Walraven 1994). In de diagnostische fase en tijdens de Gezins Interactie Training wordt gekeken naar de wijze waarop de ouders en het kind met elkaar omgaan.
Hierbij wordt nagegaan of de ouders voldoende inspelen op de mogelijkheden en behoeften van het kind. Er kunnen verschillende oorzaken zijn waarom de ouder niet in staat is een sensitief responsieve relatie aan te gaan met het kind. Dit kunnen factoren zijn in de persoonlijkheid van de ouder, deze kunnen voortkomen uit een problematische hechtingsgeschiedenis van de ouder, of uit onverwerkte trauma's. Ook kunnen factoren uit de omgeving van invloed zijn op de kwaliteit van de ouder-kind interactie. Stress kan belemmerend werken. Daarnaast kan steun van de partner en uit het sociaal netwerk van het gezin een belangrijke faciliterende factor zijn.
Het gedrag van het kind wordt ook geobserveerd om na te gaan in hoeverre het kind reageert op, of kan reageren op de ouder(s). Ook specifieke kind kenmerken kunnen van invloed zijn op de kwaliteit van de ouder-kind interactie.
"Bepaalde aangeboren kenmerken van kinderen, zoals een moeilijk temperament (van de Boom 1998) of lichamelijke of verstandelijke handicaps (Blacher en Meyers, 1983), kunnen het voor ouders heel moeilijk maken om het kind in interacties die ervaringen te laten opdoen die het nodig heeft voor het opbouwen van een gevoel van veiligheid." (Riksen-Walraven 1994). Daarnaast is kan opvoedings-geschiedenis van het kind, de mate waarin wisseling van primaire verzorgers heeft plaats gevonden, van invloed zijn op het vertrouwen dat het kind heeft opgebouwd in de beschikbaarheid van zijn opvoeder(s)
Bij het ontwikkelen van de checklist is uitgegaan van een model van Riksen - Walraven (1983) waarmee een overzicht wordt gegeven van de ouder- en kindfactoren waarvan uit empirisch onderzoek is gebleken dat ze van invloed zijn op de kwaliteit van de ouder-kind interactie.



Figuur 2.1.: Determinanten van de kwaliteit van de ouder-kind interactie (Riksen-Walraven, 1983)

3. OPBOUW VAN DE CHECKLIST

De kwaliteit van de wijze waarop de ouders inspelen op het kind wordt in de diagnostische fase gescoord met de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS) daarnaast wordt er informatie verzameld over ouders en kind middels een aantal vragenlijsten.
Ook kan er informatie zijn over het kind vanuit eerder hulpverlening en/of aanvullend onderzoek door psycholoog, pedagoog of maatschappelijkwerk, of kinderpsychiater.
Om een overzicht te krijgen van de informatie over verschillende aspecten bij ouder en kind is deze checklist ontworpen.
Met deze checklist kan worden nagegaan in hoeverre alle voor de behandeling belangrijke informatie aanwezig is.
Op een overzichtsschema kan worden aangegeven welke informatie nog ontbreekt. Dit overzicht vormt de basis voor een gesprek met de ouders dat daardoor de vorm heeft van een semi-gestructureerd interview.
De verschillende factoren die door Riksen-Walraven zijn aangegeven zijn zoals vermeld uitgangspunt geweest voor het model van de checklist en passend gemaakt op de situatie binnen de GIT

De factoren waarbinnen de informatie in de checklist geordend worden zijn:

I Kindfactoren

1. Medische voorgeschiedenis
2. Opvoedingsgeschiedenis
3. Specifiek organische kenmerken
4. Ontwikkelingsniveau kind
5. Probleemgedrag
6. Competentie

II Opvoedersfactoren

1. Opvoedingsvaardigheden
2. Stressfactoren opvoeder
3. Emotionele problemen, ervaringen in eigen jeugd
4. Opvoedingsstijl
5. Sociaal netwerk

III Hulpvraag

1. Verwachtingen t.a.v. het kind en acceptatie
2. Behoefte aan hulp

4. INVULLEN VAN DE CHECKLIST

4.1. Kindfactoren

In deze categorie wordt gekeken naar aangeboren en verworven kind kenmerken die de interactie ouder-kind meebepalen.

(1) aangeboren kindkenmerken In de checklist zijn dit

- **Medische voorgeschiedenis van het kind**, Hieronder vallen perinatale problemen,problemen in de eerst ontwikkeling, ziekten, ziekenhuisopnamen.
- **Specifieke organische kenmerken**:zintuiglijke handicaps, laag geboortegewicht , prikkelbaarheid.

(2) *verworven kind kenmerken*

- **Ontwikkelingsniveau,** IQ, concentratie, leerbaarheid, taakspanning.
- **Opvoedingsgeschiedenis:** nagegaan wordt of er continuïteit geweest is in de relatie met de primaire verzorger(s), of het kind is uitbesteed geweest aan vervangende verzorgers en de reacties van het kind op de vervangende zorg.
- **Probleemgedrag:** Het probleemgedrag is in de diagnostiekfase in kaart gebracht d.m.v. de CBCL. Deze wordt ingevuld door de ouders en zo mogelijk door de leerkracht van het kind. Hierbij wordt tevens gekeken naar de mate van overeenstemming van de ouders resp. de ouders en de leerkracht. Dit kan een aanknopingspunt zijn om met de ouders tot werkpunten te komen in de behandeling.
- **Competentie**: Het totaal van mogelijkheden van het kind om soepel met zijn ouders, andere volwassenen en leeftijdsgenoten en de omgeving om te gaan.
- **Omgang met ouders, volwassenen:** de betrokkenheid op vader en moeder, de bereidheid, teruggetrokkenheid in contact, coöperatief gedrag en gevoeligheid voor straf.
- **Omgang met de omgeving**:de gerichtheid op de omgeving tot uiting komen in exploratie, leergierigheid, vasthoudendheid, reacties op frustraties. w.z ego-veerkracht en ego-controle.

4.2. Opvoeders-factoren

Hierbij worden die factoren in kaart gebracht die van invloed zijn op de sensitieve responsiviteit van de opvoeder Het gaat hierbij om factoren als opvoedersvaardigheden, stressfactoren, de persoon van de opvoeder,ideeën en verwachtingen over de opvoeding en het kind, en de steun die het gezin ontvangt vanuit de omgeving.

1. **Opvoedingsvaardigheden.** Sensitieve responsiviteit is in de diagnostische fase beoordeeld met de Gezins Interactie Observatie Schaal (GIOS) in de Taak-Spel-Situatie. Hierdoor is tevens een eerste beeld ontstaan van de opvoedingsvaardigheden van de ouders
2. **Stressfactoren voor de opvoeder**: Deze kunnen uit verschillende spanningen in het gezinsleven voorkomen, de leeftijd van de ouders, de gezinsvorm (een-oudergezin, lat-relatie), werksituatie, lichamelijke en/of geestelijke

gezondheid ouders,traumatische gebeurtenissen in het gezin.

3. **Emotionele problemen, ervaringen in de eigen jeugd.** Nagegaan wordt in hoeverre moeder en/of vader de eigen jeugd als problematisch hebben ervaren en waarom. Het is vaak niet mogelijk op hier diep met de ouder op in te gaan bij het eerste contact van de gezinsbegeleider met het gezin omdat dit een wat meer vertrouwde relatie vraagt. Het gaat hierbij meer om een screening om rekening te kunnen houden met achterliggende problemen van de ouders tijdens de behandeling.
4. **Opvoedingsstijl**. Op basis van de vragenlijst "Conformisme en Aanpassing" is nagegaan of er sprake is van normrigiditeit in de ideeën die ouders hebben over opvoeding. Daarnaast wordt nagegaan of de ouders sexespecifieke opvattingen hebben in de opvoeding. Bij een aantal ouders speelt de religie een belangrijke rol in de ideeën over opvoeding. Gekeken wordt ook naar de mate van overeenkomst in ideeën over opvoeding.
5. **Sociaal netwerk.** Uit de informatie van het maatschappelijk werk kan blijken in hoeverre de ouders bij de opvoeding vanuit hun omgeving steun ervaren. Nagegaan wordt in hoeverre de ouders en het gezin participeren in activiteiten met anderen buitenshuis.

4.3. Hulpvraag

1. **Verwachtingen en acceptatie.** Belangrijk is dat de gezinsbegeleider een beeld heeft van de verwachtingen van de ouders ten aanzien van hun kind. In hoeverre erkennen vader en moeder dat er een probleem is rond het kind en in hoeverre hebben ze dit geaccepteerd.
2. **Hulpvraag.** Nagegaan wordt of de ouders een hulpvraag hebben en in hoeverre deze al geëxpliciteerd is. Deze informatie zal de gezinsbegeleider ook aanwijzingen kunnen geven over de mate van gemotiveerdheid voor de behandeling GIT.

LITERATUUR

Riksen-Walraven. J.M.A. (1983): Mogelijke oorzaken en gevolgen van een (on)veilige eerste gehechtheidsrelatie. *Kind en adolescent, jrg 4, nr. 1*, 23-44.

Riksen Walraven, J.M.A. & Geerts, P. (1988). Sociale ondersteuning en veerkracht: een vicieuze spiraal. In: P.P. Goudena, H.J. Groenendaal & F.A. Swets-Gronert (Red.), *Kind in geding.* Amersfoort: Acco.

Riksen Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag in interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 28,* 16-33.

Riksen Walraven, J.M.A. (1994). De sensitieve opvoeder: dimensies en determinanten van opvoedingsgedrag. In: C.J.M. Lindner-Middendorp (Red.), *Gehecht aan goede relaties*. Assen: Van Loghum, Dekker & van de Vegt.

CHECKLIST Semi-Gestructureerd Interview

Personalia:

Ingevuld door : .....

dd. : .....

Dossier nr. : .....

Naam gezin : .....

Naam kind : .....

Adres : .....

Postcode / woonplaats : .....

Telefoon : .....

Gezinssamenstelling : .....

Geb. datum vader : .....

Geslacht aangemeld kind : .....

Beroep vader : .....

Beroep moeder : .....

Nationaliteit : .....

Voertaal gezin : .....

Huidige school dagverblijf, crèche : .....

I KINDFACTOREN

1 **Medische voorgeschiedenis** (bron: dossier)

periode van/tot:

(1)	Prenatale problemen:	g.b./ problemen, nl.	.....
(2)	Perinatale problemen:	g.b./ problemen, nl.	.....
(3)	Postnatale problemen:	g.b./ problemen, nl.	.....
(4)	Slaap-ritme problemen:	g.b./ problemen, nl.	.....
(5)	Eet-ritme problemen:	g.b./ problemen, nl.	.....
(6)	Motorische ontwikkeling:	g.b./ problemen, nl.	.....
(7)	Spraak-/taalontwikkeling:	g.b./ problemen, nl.	.....
(8)	Zindelijkheid:	g.b./ problemen, nl.	.....
(9)	Ziekten:	neen / ja, nl.	.....
(10)	Neurologische problemen:	neen / ja, nl.	.....
(11)	Ziekenhuisopname:	neen / ja, nl.	.....
(12)	Andere problemen:	neen / ja, nl.	.....

Overige bijzonderheden .....

.....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

2 **Opvoedingsgeschiedenis** (bron: dossier, VMG, maatschappelijk werk)

periode van/tot:

(1)	Wisselende primaire verzorgers	g.b./ problemen, nl.	.....
(2)	Opvang buitenshuis:	g.b./ problemen, nl.	.....
( )	dagverblijf:	g.b./ problemen, nl.	.....
( )	crèche:	g.b./ problemen, nl.	.....
( )	gastgezin:	g.b./ problemen, nl.	.....
( )	oppas:	g.b./ problemen, nl.	.....
( )	peuterspeelzaal	g.b./ problemen, nl.	.....
( )	anders:	g.b./ problemen, nl.	.....

Andere bijzonderheden .....

.....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

3 **Specifieke organische kenmerken** (bron: dossier, onderzoek arts)

(1) Zintuiglijke handicaps: nl. .....

(2) Laag geboortegewicht: neen / ja, lager dan 2000 gr.

(3) Prikkelbaarheid eerste maand

(huilbaby) neen / ja

Andere bijzonderheden .....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

4 **Ontwikkelingsniveau** (bron: dossier, psychologisch / ped. didactisch onderzoek)

(1) Leerbaarheid .....

(2) Taakspanning .....

(3) Concentratie .....

(4) IQ .....

Andere bijzonderheden .....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

5 **Probleemgedrag** (bron: CBCL)

			overeenstemming ouders	overeenstemming ouders / leerkracht
(1)	Teruggetrokken	neen / ja	neen / ja	neen / ja
(2)	Lichamelijke klachten	neen / ja	neen / ja	neen / ja
(3)	Angstig / depressief	neen / ja	neen / ja	neen / ja
(4)	Sociale problemen	neen / ja	neen / ja	neen / ja
(5)	Denkproblemen	neen / ja	neen / ja	neen / ja
(6)	Aandachtsproblemen	neen / ja	neen / ja	neen / ja
(7)	Delinquent gedrag	neen / ja	neen / ja	neen / ja
(8)	Agressief gedrag	neen / ja	neen / ja	neen / ja
(9)	Sexuele problemen (meisjes)	neen / ja	neen / ja	neen / ja

Geef met * aan als de score in de klinische range ligt

Andere bijzonderheden .....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

6 Competentie

6a Omgang met ouders (bron: dossier, psychologisch onderzoek)

(1) Betrokken op moeder — neen / ja

(2) Betrokken op vader — neen / ja

(3) Teruggetrokkenheid in contact — neen / ja

(4) Bereidheid tot positief contact — neen / ja

(5) Coöperatief gedrag — neen / ja

(6) Gevoelig voor straf — neen / ja

Andere bijzonderheden .....

.....

.....

.....

doorvragen: — neen / ja

6b Wijze van omgang met de omgeving (bron: dossier, psychologisch onderzoek)

(7) Exploratie — neen / ja

(8) Leergierigheid — neen / ja

(9) Vasthoudendheid — neen / ja

(10) Taakgerichtheid — neen / ja

(11) Ego-veerkracht — neen / ja

(12) Ego-broosheid:

(12a) klapt in bij spanningen — neen / ja

(12b) reageert angstig in ongestructureerde situaties — neen / ja

(12c) probeert spanningen te ontlopen — neen / ja

(13) Ego-controle:

(13a) weinig frustratietolerantie — neen / ja

(13b) veel verkramptheid, geremdheid — neen / ja

(14) Problemen in de omgang met leeftijdsgenootjes — neen / ja

Andere bijzonderheden

.....

.....

.....

doorvragen: — neen / ja

II OPVOEDERSFACTOREN

1 Opvoedingsvaardigheden; sensitieve-responsiviteit (bron: GIOS)

	moeder			vader		
Emotionele oudersteun	adekwaat	te veel	te weinig	adekwaat	te veel	te weinig
(1) Regulering						
(2) Instructie						
(3) Aanpassing						

2 Stressfactoren voor de opvoeder (bron: dossier,maatschappelijkwerk)

omschrijving:

(1) Jonge / oude leeftijd van moeder neen / ja .....

(2) Het ongewenst / ongepland zijn van het kind neen / ja .....

(3) Ongelukkig zijn met de huidige levensstijl neen / ja .....

(4) Het niet- intacte gezin neen / ja .....

(5) Werksituatie van de moeder / vader neen / ja .....

(6) Psychisch functioneren van de ouders neen / ja .....

(7) Lichamelijke gezondheid van de ouders neen / ja .....

(8) Traumatische gebeurtenissen in het gezin neen / ja .....

Andere bijzonderheden .....

.....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

3 Emotionele problemen, ervaringen in de eigen jeugd

:

3a Problematische eigen jeugd vader neen / ja

Bijzonderheden: .....

.....

.....

.....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

3b **Problematische eigen jeugd moeder** neen / ja

Bijzonderheden: .....

.....

.....

.....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

4 **Opvoedingsstijl** (Bron: Vragenlijst Conformisme en Aanpassing)

4a **Normrigiditeit** (omschrijven)

(1) Belang van gehoorzaamheid moeder: .....
vader: .....

(2) Zich houden aan regels moeder: .....
vader: .....

(3) Stellen van sancties moeder: .....
vader: .....

(4) Ruimte voor dit individuele kind moeder: .....
vader: .....

(5) Flexibiliteit moeder: .....
vader: .....

Andere bijzonderheden

.....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

:

4b **Opvattingen, ideeën over opvoeding samenhangend met cultuur, religie, milieu en/of opleidingsniveau.**

(bron: dossier,maatschappelijkwerk)

(6) Sociaal economische klasse moeder: .....
vader: .....

(7) Invloed godsdienst (omschrijving) .....

.....

.....

doorvragen: neen / ja

4c **Sexespecifieke opvoeding** (bron: dossier,maatschappelijkwerk)

Uitgesproken sexespecifiek gedrag

van ouders t.a.v. jongen / meisje . . . . . .

. . . . . .

Andere bijzonderheden . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

doorvragen: neen / ja

5 **Sociale netwerken** (bron: dossier,maatschappelijkwerk)

5a **Sociale steun** (bron: dossier,maatschappelijkwerk)

(1) Sociale steun m.b.t. de opvoeding (+/-) door vader ervaren van:

( ) partner

( ) familie

( ) vrienden

(2) Sociale steun m.b.t. de opvoeding (+/-) door moeder ervaren van:

( ) partner

( ) familie

( ) vrienden

(3) Participatie in sociale en culturele activiteiten neen / ja

(4) Sociaal isolement neen / ja

Andere bijzonderheden . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

doorvragen: neen / ja

III HULPVRAAG

1 **Verwachtingen ten aanzien van het kind** (bron: dossier,maatschappelijkwerk)

(1) Probleem erkenning moeder (omschrijving) . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

(2) Acceptatie door moeder neen / ja

(3) Probleem erkenning vader (omschrijving) . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

(4) Acceptatie door vader neen / ja

Andere bijzonderheden . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

doorvragen: neen / ja

2 **Behoefte aan hulp** (bron: dossier,maatschappelijkwerk)

(1) Moeder (omschrijving) . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

(2) Vader (omschrijving) . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

SEMI - GESTRUCTUREERD INTERVIEW (overzicht checklist)

Naam gezin : .....

personalia compleet ja / neen .....

	KINDFACTOREN	**doorvragen**	**omschrijving**
1	medische voorgeschiedenis	ja / neen	.....
2	opvoedingsgeschiedenis	ja / neen	.....
3	specifieke organische kenmerken	ja / neen	.....
4	ontwikkelingsniveau	ja / neen	.....
5	probleemgedrag CBCL	ja / neen	.....
	CBCL overeenstemming ouders	ja / neen	.....
	CBCL overeenstemming ouders/leerkracht	ja / neen	.....
6a	competentie omgang ouders	ja / neen	.....
6b	competentie omgang omgeving	ja / neen	.....

	OPVOEDERSFACTOREN	**doorvragen**	**omschrijving**
1	sensitieve-responsiviteit	ja / neen	.....
2	stress factoren opvoeder	ja / neen	.....
3a	problemen jeugd vader	ja / neen	.....
3b	problemen jeugd moeder	ja / neen	.....
4a	normrigiditeit vader / moeder	ja / neen	.....
4b	opvattingen over opvoeding ...	ja / neen	.....
4c	sexespecificiteit vader / moeder	ja / neen	.....
5	sociaal netwerk	ja / neen	.....

	HULPVRAAG	**doorvragen**	**omschrijving**
1	verwachtingen van het kind	ja / neen	.....
2	behoefte aan hulp	ja / neen	.....
			.....
	andere onderwerpen	ja / neen	.....
			.....
			.....

BIJLAGE IV

GIT-SATISFACTIESCHAAL
voor ouders

GIT-SATISFACTIESCHAAL
voor ouders

Naam kind: .....

Datum: .....

INSTRUCTIE

In deze vragenlijst treft u een aantal vragen aan die gaan over de Gezins Interactie Training.
we willen u vragen deze allemaal te beantwoorden. Doet u dat alstublieft zo eerlijk mogelijk. Uw antwoorden kunnen ons helpen om een ander gezin weer zo goed mogelijk te helpen.
U kunt de vragen eventueel samen met uw echtgenoot/partner invullen.
Wanneer u over een vraag verschillend denkt, kunt u dat natuurlijk aangeven. Na elke vraag is ruimte opengelaten. Als deze ruimte voor u niet voldoende is of u wilt nog andere opmerkingen maken, kan dit aan het eind van de lijst.
Als iets niet duidelijk is, willen we dat graag toelichten.

VRAGEN

1. Heeft u de soort hulp gekregen die u hoopte te krijgen?

2. Had u het gevoel *samen* met de gezinsbegeleider bezig te zijn tijdens de GIT?

3. Heeft de gezinsbegeleider voldoende aandacht besteed aan de problemen van het kind?

4. Had u het gevoel bij de gezinsbegeleider terecht te kunnen met uw problemen en/of vragen?

5. Besprak de gezinsbegeleider haar plannen met u?

6. Heeft de hulpverlening u geholpen om beter met uw problemen om te gaan?

7. Zou u deze vorm van hulpverlening aan anderen aanbevelen?

8. Heeft u samen met de gezinsbegeleider besloten om te stoppen met de GIT, of was het een beslissing van haar of van u?

9. Wilt u hieronder kort omschijven wat u van de volgende punten vond?

   - het opstellen van en werken met de werkpunten

- de opdrachten die de gezinsbegeleider u gevraagd heeft te maken

- de afwisseling tussen gesprekken en opnames

- het aantal gesprekken

- de lengte van de gesprekken

- het gebruik van de video

- de hoeveelheid tij die u kwijt was aan de GIT en de tijdstippen waarop de gesprekken en opnames plaatsvonden

- het resultaat dat u bereikt hebt

- het feit dat de gezinsbegeleider ook bij u thuis kwam

Wanneer u ander opmerkingen of mogelijk ook nog vragen heeft kunt u die hieronder kwijt.

BIJLAGE V

DIAGNOSTICUM
niet GIT-specifieke instrumenten

DIAGNOSTICUM

niet GIT specifieke instrumenten
beschrijving

- Vragenlijst Meegemaakte gebeurtenissen
- Subschaal Aanpassing en conformiteit
- Child behavior checklist (CBCL) en Teacher Report Form (TRF)

Auteur: drs. H.W.J.M. Oomen-van de Kerkhof

DE VRAGENLIJST MEEGEMAAKTE GEBEURTENISSEN (VMG)

De Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (Veerman, J.G., Horst H. van der, & Koedoot, P. (1989) meet het aantal belangrijke gebeurtenissen als mogelijke stress-maat voor kind en de ouders.

Gezien de significante samenhang tussen het aantal meegemaakte en als stressvol ervaren gebeurtenissen met tal van problemen op het psychosomatische en psychische vlak (Veerman, 1988) is binnen dit onderzoek de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen gebruikt.
Ouders kruisen op een vragenlijst aan of een bepaalde gebeurtenis in het leven van het onderzochte kind is voorgekomen. Ook geven ze aan wanneer dit was en of de gebeurtenis een positieve of van negatieve beleving was. Op deze wijze ontstaat een score van het totaal aantal meegemaakte gebeurtenissen, het aantal positieve en het aantal negatieve gebeurtenissen over verschillende periodes.
Tevens schetst dit instrument een tijdpad van de gezinsgeschiedenis. De gegevens worden dan ook beschouwd als belangrijke aanknopingspunten bij het voeren van een oudergesprek en het zicht krijgen op de draaglast/draagkracht verhouding bij de ouders.

Procedure

De vragenlijst wordt thuis achtergelaten door de maatschappelijk werkster. Ouders vullen gezamenlijk in en brengen hem mee naar de onderzoeksochtend op het PI.

Subschaal Aanpassing/Conformiteit

Uit de Ouderlijke Opvoedingsoriëntatieschaal van Vermulst, Franken en Gerris (1985), Siebenheller (1990, p.67) zijn 11 items uit de gebruikt. Genoemde subschaal geeft de mate aan waarin de ouder verwacht dat het kind zich aanpast aan de externe sociale omgeving, d.w.z. eisen, regels en normen van de ouder zelf, vanuit het gezin en vanuit de samenleving. *Een hoge score wijst erop dat de ouder veel nadruk legt* op aanpassing aan de door hem en de samenleving gestelde eisen en regels.
In navolging van Siebenheller zijn de ouders in dit onderzoek op grond van de percentielscore op de subschaal Aanpassing en Conformiteit, in drie groepen verdeeld namelijk:

- ouders met een **lage score** op " conformiteitseisen ten aanzien van het kind" (=l-conf);
- ouders die **gemiddeld scoren** op "conformiteitseisen ten aanzien van het kind" (=m-conf);
- ouders die **hoog scoren** op "conformiteitseisen ten aanzien van het kind(= h-conf).

Procedure: De vragenlijsten werden door vader en moeder afzonderlijk ingevuld tijdens onderzoek op het PI.

Subschaal aanpassing en conformiteit van de ouderlijke opvoedingsoriëntatieschaal van Vermulst, e.a. (1985)

	helemaal mee eens	tamelijk mee eens	beetje mee eens	beetje mee oneens	tamelijk mee oneens	helemaal mee oneens
1. Het kind moet leren zich t.a.v. zijn ouders te gedragen zoals het behoort						
2. In de opvoeding geldt de regel dat het 't beste is als het kind zonder te vragen doet wat er gezegd wordt.						
3. De bedoeling van mijn opvoeding is dat mijn kind precies weet wat in de volwassen wereld van hem gevraagd wordt						
4. Het kind moet leren dat de regels en gebruiken in het gezin erg belangrijk zijn						
5. De opvoeding is pas geslaagd als het kind geleerd heeft zich aan te passen aan de eisen van zijn opgeving						
6. Je moet je kind niet te veel zelf later beslissen. Later kent het dan de grens niet meer van wat wél en van wat niét kan						
7. Het is belangrijk dat kinderen hun ouders gehoorzamen						
8. Het kind moet zich neerleggen bij het standpunt van de opvoeder						
9. Een kind moet leren dat het zich later moet houden aan geldende opvattingen en regels						
10. Ik vind dat het kind moet leren om te gaan met anderen zoals dat in ons gezin behoort						
11. Het kind moet leren het advies van de opvoeder op te volgen						

De Child Behavior Checklist (CBCL) en de Teacher Report Form (TRF)

Voor de meting van de gedragsproblematiek bij het kind zijn twee vragenlijsten gebruikt: de Child Behavior Checklist (CBCL) en de Teacher Report Form (TRF). Beide instrumenten komen naar inhoud en vorm zodanig overeen, dat zij hieronder gelijktijdig besproken zullen worden.
De CBCL is een door Achenbach en Edelbrock in 1983 ontwikkelde onderzoeksprocedure om op gestandaardiseerde wijze van ouders informatie te verkrijgen over zowel competentie als emotionele en gedragsproblemen van kinderen in de leeftijdscategorie van 4 tot 16 jaar. Binnen het GIT-project hanteert men de Nederlandse vertaling van deze vragenlijst en een voor leerkrachten ontwikkelde versie daarvan, de TRF. Beide instrumenten zijn voor Nederland genormeerd en gevalideerd (Koot, 1989, p. 318 v.; Verhulst, Koot, Akkerhuis & Veerman, 1990, p. 7 v.).
De CBCL bestaat uit 20 vaardigheids- of competentievragen (niet gebruikt) en 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen. Ouders kunnen op een driepuntsschaal (score 0, 1 en 2) aangeven in hoeverre het genoemde gedrag al dan niet van toepassing is op hun kind. Op grond van deze gegevens wordt behalve een Totale Problemen score ook een score berekend voor twee zogenoemde 'brede band syndromen': internaliserend (naar binnen gekeerd) en externaliserend (naar buiten gekeerd) probleemgedrag. Het gehele patroon van gedragingen van het onderzochte kind kan vervolgens worden weergegeven in een zogenaamd probleemprofiel (het CBCL-profiel). Hiervoor worden alle ruwe scores omgezet in T-scores en in percentielscores en uitgezet in een profiel. Hierdoor wordt een vergelijking mogelijk van het gescoorde CBCL-profiel van het betreffende kind met gestandaardiseerde scoringsprofielen.
Voor de GIT diagnostiek is bij de analyses uitsluitend gebruik gemaakt van de informatie afkomstig uit het tweede deel van de CBCL, namelijk de 120 probleemgedragitems. Uitgangspunt hierbij vormen de somscores voor probleemgedrag. Deze somscores worden bepaald door het optellen van alle, door de ouders omcirkelde, probleemgedragitems (scores 1 en 2). Doordat uit onderzoek normeringsgegevens beschikbaar zijn voor deze somscores, rekening houdend met de leeftijd en het geslacht van het kind, is het mogelijk om in te schatten of de verkregen score in de *normale range* of in de *klinische range* valt. *Een kind dat in de normale range scoort lijkt op een kind uit de algemene bevolking (normgroep); emotionele en gedragsproblemen zijn nauwelijks of matig aanwezig. Een kind dat in de klinische range scoort lijkt op een kind dat voor hulpverlening is aangemeld (klinische groep); er is duidelijk sprake van emotionele en gedragsproblemen. Als grens wordt het 90ste percentiel van de scores van de onderscheiden normgroepen uit de algemene bevolking gehanteerd. Voor de meeste normgroepen komt dit neer op een T-score ≥ 63. Alleen voor de groep 4-5 jarige meisjes ligt de grens op een T-score ≥ 62.'*

Ook in dit onderzoek wordt een probleemgedrag-score gebaseerd op het tweede deel van de CBCL, uitstijgend boven het 90e procentueel omschreven a;s een klinische probleemscore.

Procedure

De ouders vullen ieder afzonderlijk de vragenlijst in, tijdens de onderzoeksochtend op het PI en de TRF is per post naar de leerkracht gestuurd.

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Studierichting der Pedagogische wetenschappen
Vakgroep Orthopedagogiek

Stichting Kinderpostzegels Nederland
t.a.v. mevr. drs J.M. Schwencke
Stationsweg 25
2312 AS LEIDEN

Nummer

Leiden, 5 september 1995

Onderwerp Gezins-Interactie-Training
Eindrapport

Doorkiesnr (27) 4087

De begeleidingscommissie van het GIT-project, uitgevoerd door het PI-Rotterdam en de Vakgroep Algemene Pedagogiek van de RU-Leiden, heeft op basis van het eindrapport - in concept besproken in december 1994 - het onderstaande oordeel geformuleerd over het resultaat van het project.

1. De doelstelling van het project, zoals bijgesteld op grond van de tussentijdse rapportage, is bereikt. De onderzoekers presenteren in Deelrapport III een heldere en zeer goed uitgewerkte methodiek voor de hulpverlening aan gezinnen. Een belangrijk aspect is dat de indicaties en contra-indicaties voor de toepassing zijn beschreven en geoperationaliseerd. De doelgroep is goed omschreven. Duidelijk is dat het hier niet gaat om een aanpak die gericht is op zeer gecompliceerde gezinsproblemen, maar op het verhogen van de kwaliteit van de opvoedingsinteracties met kinderen van 4 t/m 7 jaar.

Deze interventie, die voor het gezin niet al te belastend is, is beschreven in gedetailleerd uitgewerkte handelingsaanwijzingen voor de hulpverlener. De detaillering heeft betrekking op verschillende fasen van het hulpverleningsproces, op een differentiatie in de gestelde doelen en op de wijze van inspelen op de reacties van de ouders. Door de integratie van de bevindingen in het Deelproject II, over de diagnostiek, is de methode voorzien van instrumenten voor de indicatiestelling, de processturing en de N=1 evaluatie van de hulp in individuele gezinnen. De theoretische kaders van de pedagogische theorie over sensitieve responsiviteit en de sociale leertheorie over gedragsverandering zijn op een constructieve manier geïntegreerd.

Naar het oordeel van de commissie is de thans gepresenteerde methode zeker overdraagbaar naar andere instellingen. De methode is ontwikkeld in een doelgroep van ouders met kinderen tussen 5 en 7 jaar, die te weinig responsief reageren in de interactie met hun kind. Deze aanpak zal waarschijnlijk met succes in een bredere doelgroep kunnen worden toegepast.

2. De wijze waarop deze methodiek is ontwikkeld wekt vertrouwen met betrekking tot de bruikbaarheid. Terecht stellen de onderzoekers dat in het ontwikkelingswerk voortdurend en op een zeer systematische wijze gebruik is gemaakt van de ervaringen die in de gezinnen werden opgedaan. Door deze "monitoring" van het proces kon, uit een betrekkelijk klein aantal gezinnen, veel nuttige terugkoppeling plaatsvinden naar de methodiekontwikkeling. Van deze werkwijze

Pieter de la Court gebouw
Wassenaarseweg 52
Postbus 9555 2300 RB Leiden
Telefoon 071-273600
Telefax 071-273619

wordt in Deelrapport I op een opmerkelijk open wijze verantwoording afgelegd.

De gecompliceerde rapportage zal aan de lezer niet op het eerste gezicht duidelijk maken dat het project geresulteerd heeft in een betrekkelijk eenvoudige methodiek. Het methodologisch verantwoorden van het intensieve werk met kwalitatief onderzoeksmateriaal vergt veel van de rapportage. Zelfs dan kan het basismateriaal alleen nog maar in een exemplarische vorm worden opgenomen.

De stappen in de ontwikkeling van het project zijn duidelijk aan te wijzen. Het is boeiend om te zien hoe de, aanvankelijk zeer gecompliceerde, opzet van het diagnosticum en de globale lijnen voor een methodiek, op grond van de formatieve evaluatie steeds meer gereduceerd werden tot een vrij eenvoudige methode. Hier waren onderzoekers werkzaam die hun hypothetische ontwerpen door de feiten lieten corrigeren. Dat is het juist wat hun onderzoek geloofwaardig maakt.

3. Een onbedoeld, maar zeker niet onbelangrijk, nevenproduct van dit project ligt op het terrein van de methodologie van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek. De systematische aanpak van ontwikkelend onderzoek ten behoeve van de hulpverlening is hier gedetailleerd beschreven op een wijze die niet in handboeken beschikbaar was. Ook in methodologisch opzicht vertoont dit project een interessante ontwikkeling. De aanpak van de formatieve evaluatie is beproefd en door ervaring bijgesteld. Het cyclische proces van "monitoring" en het verwerken van informatie uit dat proces is hier zo helder beschreven dat volgende praktijkgerichte onderzoekingen daarvan kunnen profiteren. De begeleidingscommissie juicht het toe dat de projectleiders juist over die bevindingen in wetenschappelijke tijdschriften zullen publiceren.

De begeleidingscommissie is van oordeel dat de gepresenteerde methodiek voor Gezins-Interactie-Training (GIT) wordt gekenmerkt door: een heldere indicatiestelling; goed gedifferentieerde handelingsaanwijzingen voor de hulpverlener en een ontwikkeling die aanwijsbaar gestoeld is op ervaring. Naar de mening van de commissie kan de methodiek in deze opzichten een vergelijking met reeds bestaande projecten voor video-hometraining met vertrouwen tegemoet zien.

Ook in praktisch opzicht zijn de eerste resultaten bemoedigend. Uiteraard kunnen nog geen resultaten van een summatieve evaluatie worden gepresenteerd. Gedurende de looptijd van het project lag de nadruk op de formatieve evaluatie, waarin de dynamische ontwikkeling van de methode werd gestuurd. In methodologisch opzicht zou, in het nu afgesloten project, zelfs niet voldaan kunnen zijn aan een minimale eis voor summatieve evaluatie, namelijk het constant houden van de toegepaste interventie. Een dergelijke eis zou funest geweest zijn voor de ontwikkeling van de methodiek. Dat inzicht groeide bij de onderzoekers en de begeleidingscommissie. Ze zijn daarom de Stichting Kinderpostzegels Nederland zeer dankbaar voor het begrip dat ze als subsidiegever toonde voor de tussentijdse bijstelling van het onderzoeksplan.

Namens de begeleidingscommissie,

Dr P.M. Schoorl,
voorzitter.

pedologisch instituut
rotterdam

Dwerggras 30
Rotterdam
Postbus 8639
3009 AP Rotterdam
Telefoon 010 407 15 99
Telefax 010 420 22 27

Cursus
Gezins Interactie Training

Cursus GIT
GEZINS INTERACTIE TRAINING

Inleiding

Gezinsbegeleiders in de jeugdhulpverlening worden regelmatig geconfronteerd met kinderen met een sociaal-emotionele ontwikkeling die problematisch verloopt. De ouders geven aan problemen te ervaren in de omgang met het kind; het kind is druk, luistert slecht, is snel boos, komt niet tot spel, pest broertjes en zusjes. Ook op school vallen deze kinderen op: hun gedrag is weinig exploratief en ongeconcentreerd. Daarnaast zijn ze weinig vasthoudend in spel en ze hebben vaak weinig zelfvertrouwen.
De GIT is een behandelingsmethode voor gezinnen met een kleuter met zo'n problematische sociaal-emotionele ontwikkeling.

Voor wie?

Gezinsbegeleiders, die in hun werk te maken (kunnen) krijgen met dergelijke situaties, hebben baat bij deze cursus. Zij leren de GIT-behandelmethode effectief toepassen.

Vooropleiding

Deelnemers dienen minimaal te beschikken over een relevante HBO-opleiding; bijvoorbeeld HBO-Jeugdhulpverlening of HBO-Maatschappelijk Werk, of een doctoraal Kinder- en Jeugdpsychiatrie of Orthopedagogiek. Op basis hiervan wordt verwacht dat de deelnemer beschikt over gesprekstechnieken en een werkrelatie kan aangaan met het cliëntsysteem.

Doel van de behandeling

De Gezins Interactie Training wil de ouder-kind interactie beïnvloeden en daarmee de ontwikkeling van het kind optimaliseren.

Korte inhoud van de behandeling

Voor het begin van de behandeling maken de ouders en de gezinsbegeleider samen een inventarisatie van de problemen. Ze bepalen welke problemen prioriteit hebben in de behandeling en welke doelen daarbij gesteld worden om de behandeling succesvol te kunnen noemen.
GIT maakt gebruik van een vorm van home training. De gezinsbegeleider gaat naar het gezin toe en maakt een opname van een gezinssituatie.

De gezinsbegeleider observeert en beoordeelt deze opname. Hij/Zij gaat na in hoeverre de ouder op sensitieve manier het kind emotioneel ondersteunt, instructie geeft en het gedrag reguleert. Ook de reactie van het kind op het gedrag van de ouder is onderwerp van observatie.
In het gesprek met de ouder(s) laat de gezinsbegeleider zien - aan de hand van te voren geselecteerde bandfragmenten - welk gedrag effectief is in de omgang met het kind. Samen met de ouder(s) wordt bekeken hoe dit effectieve gedrag toe te passen is op problematische situaties. Daarnaast kan de gezinsbegeleider oefeningen geven waardoor de ouders het repertoire van effectief gedrag kunnen uitbreiden.
De behandeling duurt 4 tot 12 sessies. Elke sessie bevat een opname en een gesprek met de ouder(s).

Voorwaarden voor de organisatie
De Gezins Interactie Training kan vrij eenvoudig ingevoerd worden in een bestaande hulpverleningssituatie. Afhankelijk van het gehanteerde model van verwerking van aanmeldingen kan op verschillende momenten binnen het intake proces 'GIT gericht' gewerkt worden.
De uitvoering van de behandeling kan zonder problemen plaatsvinden als aan een aantal basisvoorwaarden wordt voldaan. Zo moeten de gezinsbegeleiders enigzins flexibele werktijden hebben voor het afleggen van huisbezoeken. De begeleider heeft een compact video-camera, een statief en een tv-(monitor) nodig. Voor de diagnostiek is een neutrale ruimte nodig.

Doel van de cursus
Gezinsbegeleiders in de jeugdhulpverlening zullen na de cursus zelfstandig GIT-behandelingen kunnen uitvoeren.

Opbouw van de cursus
De cursus bestaat uit 10 inhoudelijke dagdelen en 20 supervisiebijeenkomsten. Vijf van deze supervisiebijeenkomsten zijn individueel, daarnaast zijn er 15 supervisiebijeenkomsten in groepjes met maximaal 3 personen per groep.
De cursus begint met 3 dagdelen waarin de inleiding in de theoretische uitgangpunten van GIT uiteen gezet worden. Hierbij worden huiswerkopdrachten gegeven. Vervolgens is er een dagdeel voor theoretische integratie en toetsing.
De volgende drie dagdelen worden besteed aan vaardigheidstraining. De deelnemers leren hoe ze GIT-specifieke instrumenten kunnen gebruiken, het toepassen van GIT-interventietechnieken en het opzetten van een behandelingsplan.
Hierna wordt van elke deelnemer verwacht dat hij/zij een GIT-behandeling gaat uitvoeren onder supervisie van een van de cursusdocenten. Tijdens deze fase worden de laatste 4 dagdelen ingevuld. Hierin komen specifieke thema's aan de orde op basis van eigen casuïstiek.

Algemene informatie

De GIT-cursus start in maart 1996. Er kunnen maximaal 10 personen deelnemen. De bijeenkomsten worden gehouden in het gebouw van het Pedologisch Instituut Rotterdam aan de Dwerggras 30 te Rotterdam Ommoord. Cursusdata worden nader bekendgemaakt. Over de supervisiebijeenkomsten zullen tijdens de cursus afspraken gemaakt worden. In totaal zal de cursus ongeveer 1½ jaar duren.

Kosten

De kosten voor de cursus Gezins Interactie Training bedragen in totaal *f* 4.900,00. Gezien de duur van de cursus kan dit bedrag gespreid over twee kalenderjaren betaald worden.

Aanmelding en informatie

Als u zich wilt aanmelden voor deze cursus, kunt u contact opnemen met mevrouw drs. M.H.B. Jongbloed om een afspraak te maken voor een kennismakingsgesprek. Mevrouw Jongbloed is bereikbaar op dinsdag en donderdag via telefoonnummer: 010 - 4 07 15 08. Ook voor meer informatie over de cursus kunt u op deze dagen bij haar terecht.