

# De Klinische en Traumageoriënteerde Gezinsbehandeling KINGS: Een Dossierstudie naar Gezinskenmerken

Lysbert Zeinstra<sup>1</sup>, Anne-Marie Huyghen<sup>2</sup>, Annemiek Harder<sup>1</sup>, Wendy Post<sup>2</sup>, Femy Wanders<sup>3</sup> en Jana Knot-Dickscheit<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Youth and Family, Erasmus School of Social and Behavioural Sciences, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, Nederland* | <sup>2</sup> *Orthopedagogiek, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland* | <sup>3</sup> *Accare kinder- en jeugdpsychiatrie, Nederland*

**Samenvatting** Onderzoek naar de kenmerken van gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) wordt gedomineerd door een probleemgericht perspectief en een focus op enkelvoudige risicofactoren. In de hier gepresenteerde dossierstudie breiden we eerder werk uit door de (1) aard en prevalentie van door verwijzers beschreven enkelvoudige problemen en beschermende factoren in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die de klinische en traumageoriënteerde gezinsbehandeling KINGS (Kind IN Gezond Systeem) hebben ontvangen. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokkenschaaiprocedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en beschermende factoren te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactieel model gebruikt om het functioneren van de gezinnen op zeven domeinen te beschrijven: (1) kind, (2) ouder, (3) opvoeding, (4) gezin, (5) context, (6) sociaal netwerk en (7) hulpverlening. Uit onze analyse blijkt dat verwijzers voor de meeste gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook beschermende factoren benoemen in de zeven domeinen. Daarnaast leverde de MSP een sterke schaal op voor kindproblematiek. Dit betekent dat gezinnen waarin één of meerdere kinderen volgens de verwijzer een weinig genoemd probleemtype hebben (bijv. fysieke problemen), vaak ook problemen ondervinden op onderliggende, vaker genoemde probleemtypen (d.w.z., in het voorbeeld van fysieke problemen, óók cognitieve, emotionele en gedragsproblemen). De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek naar GMCP te werken vanuit een benadering die zich richt op de opeenstapeling en mogelijke intergenerationele overdracht van problematiek, waarbij oog is voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen maar ook de sterke kanten van gezinnen.

**Trefwoorden** gezinsbehandeling, meervoudige en complexe problemen, cumulatief risico, positieve kenmerken, hiërarchie

## Artikelgeschiedenis

Ontvangen: 1 november 2023

Geaccepteerd: 10 juli 2024

Online: 2 oktober 2024

## Contactpersoon

Lysbert Zeinstra, zeinstra@essb.eur.nl

## Copyright

© Author(s); licensed under [Creative Commons Attribution 4.0](#). This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

## Financiering Onderzoek

Deze studie maakt deel uit van het promotieonderzoek 'KINGS: Effectiviteit van een innovatieve traumabehandeling voor getraumatiseerde kinderen en ouders in multi-probleemsituaties', gefinancierd door de Stichting tot Steun vcvgz [subsidienummer 263].

## Belangen

Auteur 5 (Femy Wanders) ontvangt een salaris van Accare, de organisatie die het KINGS-behandelprogramma uitvoert. Femy Wanders droeg bij aan het ontwerp en de opzet van het onderzoek en de interpretatie van de resultaten, maar was niet betrokken bij het verzamelen van gegevens, de analyse, het schrijven of de revisie van het manuscript. De overige auteurs hebben geen belangen te melden.

## Themanummer

Dit artikel is onderdeel van het themanummer "Gezinnen met meervoudige en complexe problemen".

## 1 Inleiding

Naar schatting heeft 3 tot 5 procent van alle gezinnen in Nederland te maken met meervoudige en complexe problemen (GMCP) (Van den Berg & De Baat, 2012). Deze gezinnen ondervinden gelijktijdig problemen op verschillende levensgebieden (Ghesquière, 1993; Tausendfreund et al., 2016; Van der Steege et al., 2020). Het gaat dan bijvoorbeeld om gedrags-, opvoedings-, huisvestings- en financiële problemen (Bodden & Deković, 2016; Fernandez, 2007; Knot-Dickscheit et al., 2011). Daarnaast zijn ouders en kinderen uit GMCP vaker slachtoffer van misbruik of getuige van huiselijk geweld dan ouders en kinderen in de algemene bevolking (Bunting et al., 2017; Deković & Bodden, 2019). Volgens Bodden en Deković (2016) kan een gezin met meervoudige en complexe problemen worden omschreven als een gezin dat langdurig meerdere problemen ervaart op ten minste zes van de volgende zeven probleemgebieden: (1) kind, (2) ouder, (3) opvoeding, (4) gezinsfunctioneren, (5) context, (6) sociaal netwerk en (7) hulpverlening. De gezinnen zijn overbelast door de vele problemen waarmee ze te maken hebben en het ontbreekt ouders vaak aan de vaardigheden om problemen zelfstandig op te lossen (Knot-Dickscheit et al., 2011). Bij veel van de problemen waar deze gezinnen mee kampen is sprake van intergenerationele overdracht. Dit betekent dat veel van de jeugdigen in deze gezinnen later ook problemen zullen ervaren binnen hun eigen gezinssituatie (Repetti et al., 2002; Thornberry et al., 2009). Als gevolg hiervan maken ouders en kinderen uit GMCP intensief en langdurig gebruik van zorg. Zij hebben te maken met veel hulpverleners en verschillende hulpverleningstrajecten lopen achter elkaar door (Pannebakker, 2018; Spratt, 2011).

Een veelgebruikte vorm van hulpverlening bij GMCP betreft intensieve, gezinsgerichte interventies in de thuissituatie. Deze interventies zijn primair gericht op het verbeteren van opvoedingsvaardigheden, het verminderen van probleemgedrag bij kinderen en het voorkomen van uithuisplaatsing van het kind. Evaluatiestudies hebben aangetoond dat deze interventies er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te bereiken (Knorth et al., 2015). De vaardigheden van ouders, het functioneren van het gezin en de kwaliteit van de pedagogische (dat wil zeggen: gezins- en bredere) omgeving lijken slechts in beperkte mate te verbeteren (Holwerda et al., 2014; Van Assen et al., 2022). Veel kinderen blijken na afloop van de interventies nog steeds aanzienlijke emotionele en gedragsproblemen en stress te ervaren (Van Assen et al., 2020, 2022; Van Puyenbroeck et al., 2009; Veerman et al., 2005).

Een mogelijke aanpak om positieve behandeluitkomsten te bevorderen is het verbeteren van de afstemming van hulp op de unieke kenmerken van gezinnen (Opmeer, 2018). Ouders en kinderen uit GMCP geven aan dat de hulp die zij ontvangen niet altijd hun onderliggende problemen aanpakt, terwijl zij hier wel behoefte aan hebben (Kauffman, 2007; Lietz, 2009; Jager et al., 2014; Visscher et al., 2022). Wanneer de hulp wel aansluit bij hun behoeften draagt dit positief bij aan hun welzijn (National Children's Bureau, 2021; Van Assen et al., 2022). Om een dergelijke gepersonaliseerde zorgaanpak te kunnen

realiseren, is het belangrijk om inzicht te hebben in de kenmerken van gezinnen op het moment van verwijzing.

Onderzoek laat zien dat kinderen uit GMCP een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van ernstige gedrags- en ontwikkelingsproblemen (e.g., Appleyard et al., 2005; Buehler et al., 2013; Veerman et al., 2005) en leerachterstanden (e.g., Dunst & Hamby, 2016; Ragnarsdottir et al., 2017). Bovendien blijkt deze relatie cumulatief te zijn: hoe meer risicofactoren er in de omgeving van de jeugdige aanwezig zijn, hoe groter de kans op ongunstige ontwikkelingsuitkomsten (MacKenzie et al., 2011). Deze bevinding benadrukt het belang van het aanvullen van onderzoek naar de aard en impact van enkelvoudige risicofactoren met een cumulatieve risico benadering (Sameroff et al., 1998), waarin rekening wordt gehouden met de totale omvang van moeilijkheden waarmee gezinnen worden geconfronteerd.

De meest gangbare methode om de opeenstapeling van problematiek te meten, is door problemen bij elkaar op te tellen. Er is tot nu toe echter weinig aandacht besteed aan welke problemen samen voorkomen en hoe problemen met elkaar samenhangen (Davidson et al., 2012; Sabates & Dex, 2012). Meer specifiek is er, voor zover wij weten, nog niets bekend over of er een hiërarchie is in de problemen waarmee GMCP te maken hebben. Met andere woorden: of bepaalde problemen ten opzichte van elkaar zijn geordend, op zo'n manier dat de aanwezigheid van bepaalde problemen aangeeft dat andere problemen waarschijnlijk ook aanwezig zijn. In de context van de geestelijke gezondheidszorg is dit al toegepast op zeldzame versus veelvoorkomende symptomen, waarbij zeldzame symptomen (bijvoorbeeld in het geval van psychisch lijden: het gevoel dat het leven niet meer de moeite waard is) meestal aangegeven dat meer gangbare symptomen (bijvoorbeeld een gevoel van spanning of nervositeit) ook aanwezig zijn (Bedford et al., 2009; Watson et al., 2008a; voor toepassing op symptomen van neuroticisme, zie Watson et al., 2007, 2008b). De meerwaarde van het aantonen van een hiërarchie in de problemen van GMCP is dat de aanwezigheid van een bepaald probleem erop duidt dat problemen 'lager in de hiërarchie' waarschijnlijk ook aanwezig zijn en daarmee ook een indicatie geeft van de mate van de problemen waarmee gezinnen te maken hebben.

Daarnaast is onderzoek naar de kenmerken van GMCP tot nu toe gedomineerd door een probleemgericht perspectief. Een krachtenperspectief gaat er daarentegen vanuit dat elk systeem, elk gezin, ook competenties heeft (Sousa et al., 2006). Om te begrijpen wat de impact van de opeenstapeling van problemen is voor gezinnen, is het van belang om ook te achterhalen welke beschermende factoren mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij beschermende factoren kan het gaan om sterke kanten van de gezinsleden zelf (zoals intelligentie, positieve karaktereigenschappen van gezinsleden), het gezin (zoals ouderlijke warmte, positieve communicatie) en de bredere omgeving (zoals ondersteunende vriendschappen, toegankelijke voorzieningen in de wijk) (De Lange et al., 2020; Ince et al., (2018); Masten & Gewirtz, 2006).

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die de klinische en traumageoriënteerde gezinsbehandeling KINGS (Kind IN Gezond Systeem) hebben ontvangen. We brengen zowel problemen als beschermende factoren in kaart binnen elk van de zeven domeinen zoals gedefinieerd door Bodden en Deković (2016). Daarnaast onderzoeken we de prevalentie van de opeenstapeling van deze kenmerken: Hoe vaak worden problemen en beschermende factoren beschreven op meerdere of zelfs alle van de zeven domeinen? Tot slot gaan we verder dan eerdere studies door te onderzoeken of de kenmerken zijn geordend (d.w.z. of ze een hiërarchie vormen) bij de gezinnen in onze steekproef.

## 2 Methode

### 2.1 Setting en Deelnemers

De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes tot acht weken durende KINGS-behandelprogramma. KINGS richt zich op gezinnen met meervoudige en complexe problemen. De kinderen en hun ouders zijn blootgesteld aan ingrijpende gebeurtenissen, zoals huiselijk geweld, seksueel misbruik en verwaarlozing. De behandeling is gericht op het verwerken van trauma's bij zowel ouders als kinderen en op het aanleren en/of versterken van pedagogische vaardigheden, met als uiteindelijk doel een gezond functioneren gezin waarbinnen het kind zich (weer) kan ontwikkelen (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019; Zeinstra, 2023). Het behandelmodel wordt toegepast vanuit twee klinische afdelingen van Accare, een organisatie voor kinderen en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. Alle aan de behandeling deelnemende gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 zijn benaderd voor het onderzoek. Hiervan deden 53 gezinnen mee, wat overeenkomt met 77% van het totale aantal gezinnen dat gedurende deze periode met de behandeling begon. Tabel 1 beschrijft de achtergrondkenmerken van de steekproef.

### 2.2 Instrument

Om de kenmerken van de gezinnen te identificeren, hebben we gebruik gemaakt van de intakeformulieren die zijn ingevuld door de professional die het gezin heeft doorverwezen naar KINGS. Meestal was dit de huisarts van het gezin, een professional in het wijkteam of jeugdbeschermer. Het intakeformulier volgt een standaardformat waarbij de volgende onderwerpen worden uitgevraagd: (1) demografische kenmerken van elk gezinslid (zoals leeftijd en geslacht) en informatie over ouderlijk gezag, betrokken hulpverlening op het moment van de verwijzing en juridische status (bijvoorbeeld onderzochtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen

**Tabel 1** Achtergrondkenmerken van de steekproef (N= 53 gezinnen: N=64 ouders en N=99 kinderen)

Kenmerk	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	Min.-Max.
Leeftijd kind (jaren)	7,84 (3,5)	1–16
Leeftijd moeder (jaren)	35,53 (6,0)	25–50
Leeftijd vader (jaren)	39,73 (6,6)	31–52
Aantal kinderen <sup>1</sup>	1,91 (1,2)	1–5
	<i>n</i> (% van gezinnen)	
Geslacht ouder (vrouw)	53 (83,0 %)	
Geslacht kind (jongen)	50 (50,5 %)	
Gezinssamenstelling		
Traditioneel tweeoudergezin	7 (13,2 %)	
Eenoudergezin	43 (81,1 %)	
Samengesteld gezin	3 (5,7 %)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij ouder <sup>2</sup>		
Enkelvoudig	9 (14,6 %)	
Comorbide	8 (12,5 %)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind <sup>2</sup>		
Enkelvoudig	19 (19,2 %)	
Comorbide	6 (6,1 %)	

<sup>1</sup> Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Soms had een ouder meer kinderen, maar deden deze kinderen niet mee aan het KINGS-behandelprogramma.

<sup>2</sup> Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaars van KINGS leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

van het gezin, (3) omschrijving van de problematiek van het kind/de kinderen (zoals IQ, DSM-classificaties, ingrijpende levensgebeurtenissen, zelfbeeld, coping, gedrag), (4) omschrijving van de problematiek van de opvoeder(s) (vergelijkbaar met punt 3), (5) omschrijving van het systeem en interactie -en opvoedingsproblemen, (6) de hulpverleningsgeschiedenis (d.w.z. welke interventies al zijn ingezet en met welk effect) en (7) een onderbouwing van de reden om het gezin aan te melden voor een klinische behandeling (d.w.z. wat maakt dat de hulpvraag niet ambulante behandeld kan worden).

### 2.3 Procedure

Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het KINGS behandelprogramma. De Ethische Commissie van de Erasmus Universiteit Rotterdam heeft het onderzoek goedgekeurd. Gezinnen zijn benaderd

om deel te nemen aan het onderzoek tijdens de intakeprocedure van het behandelprogramma. Zij gaven schriftelijk toestemming aan de onderzoekers om gespecificeerde onderdelen van het elektronisch patiëntendossier te gebruiken voor onderzoeksdoel-einden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

## 2.4 Analyse

De analyse bestond uit vijf fasen om de problematiek en beschermende factoren binnen gezinnen te identificeren. Belangrijk is te benadrukken dat bij het coderen van de gegevens informatie over elk kind in het gezin is meegenomen. Echter, conform het systemische karakter van KINGS, zien we kinderen als onderdeel van hun gezinssysteem en hebben we de analyse en rapportage uitgevoerd op het niveau van het gezin als geheel. Dit betekent dat we hebben gekeken naar gezinsbrede problematiek en beschermende factoren, zonder een specifiek onderscheid te maken tussen individuele kinderen binnen hetzelfde gezin.

In Fase 1 hebben we een coderingsschema opgesteld met de zeven domeinen van Bodden en Deković (2016) als hoofdcodes. Belangrijk is te benoemen dat het intakeformulier alleen expliciet vraagt om informatie met betrekking tot de eerste drie domeinen en het laatste domein (d.w.z. kind, ouder, opvoeding en hulpverlening). Bij een kwalitatieve inspectie van enkele intakeformulieren bleek echter dat ook beschrijvingen van kenmerken in de andere drie domeinen (d.w.z. gezinsfunctioneren, context en sociaal netwerk) voorkwamen. Daarom hebben we alle zeven domeinen opgenomen als hoofdcodes in het codeboek. Volgens de definitie van Bodden en Deković (2016) bevat elk van de zeven domeinen twee tot negen factoren die de verschillende soorten problemen in dat domein beschrijven. We hebben deze factoren opgenomen als subcodes in het codeboek. Daarnaast hebben we aan elk domein (1) een 'overig'-code toegevoegd voor problemen die niet door de bestaande subcodes werden gedekt en (2) een code voor door de verwijzers beschreven beschermende factoren. De eerste auteur heeft definities, voorbeelden en codeerregels geformuleerd voor de subcodes en deze afgestemd met de tweede codeur (d.w.z. masterstudent Orthopedagogiek) en de co-auteurs.

Fase 2 was een pilotfase waarin de eerste auteur en de tweede codeur de eerste 10% van het materiaal in Atlas.ti (versie 22.0) dubbel codeerden. Ze identificeerden relevante tekstpassages die overeenkwamen met de definities uit het codeboek en voegden de bijbehorende subcode toe. Beide onderzoekers werkten onafhankelijk van elkaar en kwamen twee keer samen om overeenstemming te bereiken. Als er geen consensus werd bereikt, had de derde codeur (de tweede auteur) het beslissende woord. Dit was voor drie coderingen het geval. Subcodes die te algemeen bleken te zijn werden verder onderverdeeld in afzonderlijke subcodes. Ook werden op basis van de tekstfragmenten

die waren gecodeerd met de subcode 'overig' nieuwe subcodes gefomuleerd. De eerste auteur en de tweede codeur bespraken deze herzieningen met de andere auteurs om tot overeenstemming te komen.

In Fase 3 hebben beide onderzoekers opnieuw 10% van het materiaal onafhankelijk van elkaar gecodeerd om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te controleren. In de eerste ronde werd het vereiste minimumniveau – een Krippendorff's Alpha van 0.67 (Krippendorff, 2019) – nog niet bereikt. De onderzoekers hebben daarom de verschillen in codering geïdentificeerd, besproken en zijn vervolgens overgegaan tot een tweede ronde, waarin opnieuw 10% van het materiaal werd gecodeerd. In deze tweede ronde werd een Krippendorff's Alpha van 0.76 bereikt, wat als voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd beschouwd. Aangezien het meer wenselijke niveau van 0.80 (Krippendorff, 2019) nog niet was bereikt, hebben beide onderzoekers opnieuw de codeerversillen besproken en hebben zij de codeerregels definitief gemaakt op basis van consensus.

In Fase 4 verdeelden de twee onderzoekers het overgebleven deel van het materiaal en codeerden ze het afzonderlijk. Twijfels werden besproken en de eerste auteur controleerde een willekeurig deel van de codes van de masterstudent. Fase 4 resulteerde in een tabel met dummy-codes per intakeformulier (d.w.z. per gezin) waarbij iedere dummycode één subcode representeert. De waarde '0' duidt op de afwezigheid en de waarde '1' op de aanwezigheid van een beschrijving die overeenkomt met een bepaalde subcode.

Voor Fase 5 werden de gegevens uit Atlas.ti geïmporteerd in SPSS (versie 28). De prevalenties van (1) beschrijvingen van enkelvoudige problemen en beschermende factoren en (2) de opeenstapeling (d.w.z. het gelijktijdig voorkomen) van problemen en beschermende factoren op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummyhoofdcodes, die het totale aantal domeinen vertegenwoordigen waarop (1) problemen en (2) beschermende factoren door de verwijzer werden beschreven (bereik 0–7). Elk gezin kreeg een cumulatieve probleemscore en een cumulatieve beschermende factorscore toegewezen.

Om te bepalen of sommige of alle problemen en beschermende factoren die zijn gebruikt om de gezinnen in onze steekproef te beschrijven een hiërarchie vormen, hebben we de gegevens geanalyseerd volgens een non-parametrisch itemresponsmodel, het Mokken-model (Molenaar & Sijtsma, 2000). Het Mokken-model in deze studie heeft als doel een onderliggend latent construct te identificeren door de verschillende items (de door verwijzers beschreven problemen/beschermende factoren) te ordenen van 'makkelijk' ('gangbaar' of 'veelvoorkomend') tot 'moeilijk' ('zeldzaam' of 'niet-veelvoorkomend'). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van beschermende factoren die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/beschermende factor wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/beschermende factoren van een gezin groter is (monotonie). Als de items een Mokken-schaal vormen, schat de som van het

aantal items (behorend tot deze schaal) de positie van de gezinnen op de schaal. Een tweede veronderstelling van het Mokken-model toegepast in deze studie is dat de items op dezelfde manier geordend zijn in de gezinnen (dubbele monotonie).

Het belangrijkste criterium om de aanname van monotonie te testen, is de H-coëfficiënt. Als de H-coëfficiënt voor een specifiek item groter dan of gelijk is aan nul, suggereert dit monotonie. De H-coëfficiënt voor de gehele schaal wordt gebruikt om de sterkte ervan te beoordelen:  $H \geq 0,50$ : sterke schaal;  $0,40 \leq H < 0,50$ : middelmatige schaal;  $0,30 \leq H < 0,40$ : zwakke schaal. Om de aanname van dubbele monotonie te testen, onderzoeken we de zogenaamde 'Crit-statistieken'. Crit-waarden onder de 40 geven aan dat de schaal voldoet aan deze aanname. Crit-waarden boven 80 duiden op een ernstige schending. Bij Crit-waarden tussen 40 en 80 bestaat er twijfel of aan de aanname is voldaan. Als dubbele monotonie geldt, is de Rho-betrouwbaarheidscoëfficiënt een goede indicatie voor de betrouwbaarheid van de schaal. Een betrouwbare schaal moet een Rho  $\geq 0,70$  hebben.

We hebben met behulp van MSP (versie 5) een testprocedure uitgevoerd voor de hoofddomeinen van ons codeboek. Korte schalen, met minder dan zes dichotome items, worden over het algemeen als niet wenselijk beschouwd (Molenaar & Sijtsma, 2000). Daarom hebben we het hoofddomein dat de hulpverleningsfactoren vertegenwoordigt uitgesloten, omdat het slechts vier subdomeinen bevatte. Ook hebben we enkele andere hoofddomeinen om dezelfde reden samengevoegd. Uiteindelijk hebben we de volgende domeinen getest: (1) kindproblemen; (2) ouderproblemen; (3) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (4) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (5) beschermende factoren over alle hoofddomeinen. Voor de schalen die we verkregen met deze testprocedure hebben we gekeken naar H-coëfficiënten en Crit-waarden om schendingen van monotonie en dubbele monotonie te identificeren.

### 3 Resultaten

#### 3.1 Prevalentie van Enkelvoudige Problemen en Beschermende Factoren

Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en beschermende factoren in de gezinnen uit onze steekproef, zoals door hun verwijzers beschreven. Uit de tabel blijkt dat voor alle gezinnen, met uitzondering van één gezin, minstens één negatieve levensgebeurtenis wordt beschreven (voor het kind, de ouder, of gedeelde blootstelling aan dezelfde gebeurtenis). Een nadere blik op het intakeformulier voor dit specifieke gezin laat zien dat ook daarin wordt gesproken over 'eerdere ervaringen', maar dat deze beschrijving niet is gecodeerd vanwege een gebrek aan concreetheid. Gemiddeld beschrijven verwijzers 6.13 ( $SD = 3.74$ ) negatieve levensgebeurtenissen per gezin.



**Tabel 2** Problemen en beschermende factoren bij gezinnen die de KINGS-behandeling ontvangen (N = 53)

Hoofddomein	Subdomein	N (% van gezinnen)	Meest voorkomende uiting
<i>(1) Kind</i>			
Problemen	Gedragsproblemen	41 (77,4%)	Ongehoorzaamheid; agressie; overmatig actief/impulsief gedrag
	Emotionele problemen	34 (64,2%)	Angst; depressie; waakzaamheid; vermijding van emoties; disfunctionele overtuigingen
	Cognitieve problemen	25 (47,2%)	Laag IQ; slechte concentratie en aandacht
	Slachtoffer of getuige van mishandeling, verwaarlozing	19 (35,8%)	Slachtoffer of getuige van mishandeling, misbruik verwaarlozing of huiselijk geweld
	Fysieke problemen	17 (32,1%)	Achterstand in de ontwikkeling van motorische vaardigheden; slaapproblemen
	Sociale problemen	16 (30,2%)	Problemen bij het maken en onderhouden van contact met anderen
Beschermende factoren		23 (43,4%)	Goed ontwikkelde cognitieve en/of sociaal-emotionele vaardigheden; positieve karaktertrekken (bijv. vrolijk, zelfverzekerd)
<i>(2) Ouder</i>			
Problemen	Emotionele problemen	30 (56,6%)	Angst; depressie; vermijding van emoties; laag zelfbeeld
	Slachtoffer of getuige van mishandeling, verwaarlozing	22 (41,5%)	Slachtoffer of getuige van mishandeling, misbruik, verwaarlozing of huiselijk geweld
	Gedragsproblemen	12 (22,6%)	Agressie; impulsief gedrag; manipulatie
	Fysieke problemen	11 (20,8%)	Langdurige ziekte; medische problemen; slaapproblemen
	Verslaving	10 (18,9%)	Drugs-, alcohol- of gokverslaving
	Sociale problemen	6 (11,3%)	Problemen bij het maken en onderhouden van contact met anderen
	Cognitieve problemen	6 (11,3%)	Laag IQ; slechte concentratie en aandacht
Beschermende factoren		12 (22,6%)	Goed ontwikkelde cognitieve en/of sociaal-emotionele vaardigheden; steun putten uit geloof
<i>(3) Opvoeding</i>			
Problemen	Onvoldoende of inconsistente opvoedingsstrategieën	31 (58,5%)	Inconsistent of onvoorspelbaar gedrag; gebrek aan duidelijkheid en grenzen
	Pedagogische onmacht	30 (56,6%)	(Gevoelens van) machteloosheid; overbelast zijn door het ouderschap
	Onveilige hechting	22 (41,5%)	Angstige/gestreste reactie op ouder; extreme aanhanke-lijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen

**Tabel 2** Problemen en beschermende factoren bij de KINGS-gezinnen (*vervolg*)

Hoofddomein	Subdomein	N (% van gezinnen)	Meest voorkomende uiting
Beschermende factoren	Gebrek aan gedragscontrole	17 (32,1%)	Ouder heeft geen autoriteit; toegeeflijkheid; rolomkering
	Afwijzing	8 (15,1%)	Ouder uit zich negatief (tegen)over het kind/de kinderen
	Psychologische controle	4 (7,5%)	Manipulatie; dreiging
	Harde discipline	2 (3,8%)	Straffen; te veel autoriteit en controle
		12 (22,6%)	Veilige hechting; ouder is consistent en/of responsief
<i>(4) Gezinsfunctioneren</i>			
Problemen	Relatieproblemen	24 (45,3%)	Scheiding; meerdere instabiele relaties
	Communicatie problemen	16 (30,2%)	Verwijten; vermijding of afwezigheid van communicatie
	Problemen in cohesie	15 (28,3%)	Lage mate van verbondenheid of juist symbiotische relatie; parentificatie
	Conflicten	13 (24,5%)	Veel ruzie; met spullen gooien; fysieke agressie
	Geen of weinig organisatie	6 (11,3%)	Geen/bepaalde structuur in dagelijkse routines; problemen met huishouden
	Externe locus van controle	2 (3,8%)	Gebrek aan reflectie; alle schuld bij anderen leggen
	Beschermende factoren	9 (17,0%)	Cohesie; reflectie op gezinsfunctioneren
<i>(5) Context</i>			
Problemen	Negatieve levensgebeurtenissen	52 (98,1%)	Fysieke en emotionele mishandeling of verwaarlozing; huiselijk geweld
	Problemen op school of werk	17 (32,1%)	Kind is geschorst; ouder heeft problemen op het werk
	Financiële problemen	4 (7,5%)	Geen/laag inkomen; schulden
	Slechte huisvesting en/of buurt	4 (7,5%)	Een ongemeubileerd huis; onveilige buurt
	Beschermende factoren	9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar de zin hebben op school of op het werk
<i>(6) Sociaal netwerk</i>			
Problemen	Verstoord of geen sociaal netwerk	35 (66,0%)	Isolatie; geen contact met familieleden; kind heeft verstoord of geen contact met leeftijdsgenoten
	Conflicten met de omgeving	14 (26,4%)	Conflicten met buurt/vrienden/families; stalkende ex-partner
Beschermende factoren	16 (30,2%)	Een steunfiguur en/of ondersteunend sociaal netwerk rondom het gezin	

**Tabel 2** Problemen en beschermende factoren bij de KINGS-gezinnen (*vervolg*)

Hoofddomein	Subdomein	N (% van gezinnen)	Meest voorkomende uiting
(7) <i>Hulpverlening</i>	Problemen		
	Lange hulpverlenings-geschiedenis	51 (96,2%)	Lange geschiedenis van hulpverlening
	Problemen gerelateerd aan de hulp	36 (67,9%)	Problemen in de relatie tussen het gezin en de hulpverlener; gebrek aan vertrouwen in en/of weerstand tegen hulp; gebrek aan coördinatie van zorg
	Uithuisplaatsing	11 (20,8%)	Kind is of zal onder toezicht worden geplaatst; dreigende of daadwerkelijke uithuisplaatsing
Beschermende factoren		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Ook wordt voor bijna alle gezinnen een (langdurige) hulpverleningsgeschiedenis beschreven. De meeste gezinnen hebben gedurende vele jaren ambulante ondersteuning ontvangen, gericht op uiteenlopende problemen, waaronder opvoeding, financiën, huisvesting en geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen. Verwijzingen naar harde discipline in de opvoeding en een externe locus van controle worden het minst frequent gemaakt door de verwijzers.

Wat betreft beschermende factoren beschrijven verwijzers deze het vaakst in het hulpverleningsdomein, namelijk voor net iets meer dan de helft van de gezinnen. Sommige verwijzers beschrijven bijvoorbeeld een emotionele connectie (zoals een 'klik' of affectieve band) en/of een cognitieve connectie (zoals overeenstemming over de taken en doelen van de behandeling) tussen het gezin en de betrokken hulpverlener(s). Bovendien wordt een deel van de gezinnen expliciet beschreven als gemotiveerd voor verandering. Daarnaast beschrijven verwijzers voor ruim 40% van de gezinnen minimaal één positief kenmerk op het kinddomein. Voor de andere domeinen wordt tenminste één positief kenmerk genoemd voor iets meer of iets minder dan één vijfde van de gezinnen.

### 3.2 De Opeenstapeling van Problemen en Beschermende Factoren

Voor het merendeel van de gezinnen (86,8%) worden problemen beschreven in ten minste zes van de zeven domeinen (zie Tabel 3).

Meer dan 20% van de gezinnen heeft geen beschrijving van één of meer beschermende factoren in enig domein. Hoewel voor geen enkel gezin in minder dan drie domeinen problemen worden beschreven, geldt het tegenovergestelde voor beschermende factoren: voor twee derde van de gezinnen (66,0%) beschrijft de verwijzer beschermende factoren in drie of minder domeinen.

**Tabel 3** Aantal en proportie gezinnen met problemen en beschermende factoren beschreven in meerdere domeinen

	Problemen	Beschermende factoren
Aantal hoofddomeinen	N (% van gezinnen)	N (% van gezinnen)
Geen	0 (0,0%)	12 (22,6%)
1	0 (0,0%)	10 (18,9%)
2	0 (0,0%)	13 (24,5%)
3	1 (1,9%)	7 (13,2%)
4	1 (1,9%)	7 (13,2%)
5	5 (9,4%)	2 (3,8%)
6	14 (26,4%)	0 (0,0%)
7	32 (60,4%)	2 (3,8%)
Totaal	53 (100,0%)	

### 3.3 Mogelijke Ordening van Problemen en Beschermende Factoren

De MSP-testprocedure resulteerde in een sterke schaal voor het domein 'Kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). Dit betekent dat de vijf probleemtypen op een rij kunnen worden gezet van – onderaan – 'makkelijk' (d.w.z. veelvoorkomend) naar – bovenaan – 'moeilijk' (d.w.z. niet-veelvoorkomend). Van de vijf probleemtypen zijn sociale problemen het minst voorkomend, met de laagste gemiddelde score ( $M = 0,30$ , d.w.z. een prevalentie van 30%) en gedragsproblemen het meest voorkomend, met de hoogste gemiddelde score ( $M = 0,77$ , d.w.z. een prevalentie van 77%) (zie Tabel 4).

De resultaten laten zien dat de aannames van monotonie en dubbele monotonie niet worden geschonden. Dit betekent dat de gezinnen in onze steekproef geordend kunnen worden naar de mate van problematiek op het kinddomein en dat deze problemen op dezelfde manier zijn geordend over gezinnen heen. De implicaties hiervan zijn als volgt: In gezinnen waarin volgens de verwijzer één of meerdere kinderen een weinig-voorkomend probleemtype hebben (zoals fysieke problemen), ondervinden één of meerdere kinderen waarschijnlijk óók vaker voorkomende probleemtypen (in dit voorbeeld óók cognitieve, emotionele en gedragsproblemen). In gezinnen waarin volgens de verwijzer één of meerdere kinderen een veelvoorkomend probleemtype hebben (zoals emotionele problemen), ondervinden één of meerdere kinderen wederom waarschijnlijk óók een nog vaker voorkomend probleemtype (in dit voorbeeld gedragsproblemen), maar waarschijnlijk níét ook minder vaak voorkomende probleemtypen (in dit voorbeeld cognitieve, fysieke en sociale problemen). De aanwezigheid van een specifiek

**Tabel 4** Mokkenschaal voor kindproblematiek (N=53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (aandeel gezinnen waarvoor het probleemtype wordt gerapporteerd) <sup>1</sup>	H-coëfficiënt
Sociale problemen*	0,30	0,55
Fysieke problemen	0,32	0,60
Cognitieve problemen	0,47	0,50
Emotionele problemen	0,64	0,54
Gedragsproblemen	0,77	0,62

*Note.* H-coëfficiënt van de totale schaal = 0,56, Rho = 0,73; <sup>1</sup> scoringsmogelijkheden waren 0 (het probleem wordt niet beschreven voor ten minste één kind in het gezin) en 1 (het probleem wordt beschreven voor ten minste één kind in het gezin);

\* subdomein met de hoogste Crit-waarde (15)

probleemtype vormt daarmee een indicatie voor de mate van kindproblematiek in een gezin.

Kwalitatieve inspectie van de intakeformulieren en de toegekende codes laat zien dat veel van de sociale, fysieke en cognitieve problemen worden gerapporteerd als (mogelijk) gevolg van gedrags- en emotionele problemen. Zo worden problemen met het aangaan van sociale contacten (d.w.z. sociale problemen) regelmatig door verwijzers beschreven als een gevolg van het sterk zelfsturende of impulsieve gedrag van het kind (d.w.z. gedragsproblemen) en/of gevoelens van angst en onzekerheid (d.w.z. emotionele problemen). Problemen met inslapen of doorslapen (d.w.z. fysieke problemen) en slechte concentratie en aandacht (d.w.z. cognitieve problemen) worden vaak gerapporteerd als een (mogelijk) gevolg van sterke gevoelens van angst, schuld of schaamte of hoge waakzaamheid (d.w.z. emotionele problemen). Het kan dus zijn dat de schaal een hiërarchie volgt van eerst het rapporteren van die problemen die vaak de reden zijn voor de verwijzing van het gezin naar het behandelprogramma, d.w.z. emotionele en gedragsproblemen, naar de gevolgen van die problemen op cognitief, lichamelijk of sociaal functioneren. De aanwezigheid van problematiek op deze laatstgenoemde domeinen suggereert dan dat 'onderliggende' probleemgebieden waarschijnlijk ook aanwezig zijn.

Voor de andere domeinen (ouderproblemen, opvoedings- en gezinsproblemen, contextuele en sociale netwerkproblemen, en beschermende factoren over alle domeinen) vinden we geen hiërarchische schaal.

#### 4 Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en beschermende factoren, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken,

evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die de klinische en traumageoriënteerde gezinsbehandeling KINGS hebben ontvangen. Onze studie toont aan dat verwijzers voor de meeste gezinnen een breed scala aan problemen beschrijven, verspreid over alle zeven domeinen van Bodden en Deković (2016).

Conflicten met het sociaal netwerk (26,4%) en (dreiging van) uithuisplaatsing (20,8%) komen ongeveer even vaak voor in onze steekproef als onder de 86 gezinnen met meer- of eenvoudige en complexe problemen (GMCP) die meededen aan de studie van Bodden en Deković (2016) (respectievelijk 30,8% en 21,3%). Het aantal gezinnen waarvoor werd beschreven dat ze eerdere hulpverlening hadden ontvangen was echter opmerkelijk hoger in onze steekproef (96,2%) dan in de gezinnen uit de studie van Bodden en Deković (66,3%, 62,2% en 62,5% voor respectievelijk gezins-, ouder-, en kindproblemen). Daarnaast werden er voor de gezinnen uit onze steekproef meer relatieproblemen (45,3% versus 33,8%), maar veel minder financiële problemen (7,5% versus 59,0%) beschreven. Dit laatste verschil kan waarschijnlijk worden toegeschreven aan het feit dat informatie over de financiële situatie van de gezinnen niet expliciet werd uitgevraagd in het intakeformulier dat we voor onze studie hebben gebruikt. We hebben de uitkomsten van de huidige dossierstudie voorgelegd aan de behandelaren van KINGS. Zij bevestigen dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Onze studie laat zien dat er relatief veel problemen in de gezinscontext aanwezig zijn. Bovendien wordt voor alle gezinnen een opeenstapeling van problemen in meerdere domeinen beschreven. Beide bevindingen komen overeen met eerdere studies naar enkelvoudige en cumulatieve problemen bij GMCP (e.g., Davidson et al., 2012; Fernandez, 2007; Steketee & Vandenbroucke, 2010; Van den Berg & De Baat, 2012). Het gelijktijdig ervaren van problemen op verschillende levensgebieden maakt ouderschap kwetsbaar en vermindert de kans op veilige, (onder)steunende en liefdevolle ouder-kindrelaties. Dit verhoogt het risico op intergenerationele continuïteit van problemen (Vervoort-Schel et al., 2021; Van der Steege, 2010). Hoewel onze onderzoeksopzet ons niet in staat stelt conclusies te trekken over de relatie tussen specifieke kenmerken van kinderen en ouders binnen gezinnen, is het opmerkelijk dat verslavingsproblematiek het enige ouder-specifieke kenmerk is dat we vonden. Verder kampen ouders met vergelijkbare problemen als hun kinderen. Deze inzichten onderstrepen het belang van een geïntegreerde, gezinsgerichte benadering in hulpverlening en onderzoek bij GMCP, waarbij rekening wordt gehouden met de onderlinge interacties tussen de problemen van ouders en kinderen.

In dit licht verdient de opeenstapeling van negatieve levensgebeurtenissen bijzondere aandacht. Eerdere onderzoeken hebben aangetoond dat ingrijpende ervaringen in de kindertijd (in de internationale literatuur '*adverse childhood experiences*', ook wel 'ACES', genoemd) – zoals geweld, verwaarlozing en misbruik, maar ook scheiding van ouders, middelenmisbruik, delinquent gedrag in het gezin of huiselijk geweld – een negatieve invloed hebben op de fysieke en mentale gezondheid gedurende de levensloop

(Felitti et al., 1998; Marsman, 2021; Nelson et al., 2020). In onze studie beschreven verwijzers gemiddeld zes negatieve levensgebeurtenissen per gezin. Meer specifiek vonden we beschrijvingen van slachtofferschap van geweld voor een relatief hoog percentage gezinnen, voor zowel ouders (41,5% van de gezinnen, vergeleken met bijvoorbeeld 13,8% in Bodden & Deković (2016) en 29,4% in Fernandez (2007)) als voor kinderen (35,8% van de gezinnen, vergeleken met 19,8% in Fernandez (2007)). Dit is niet geheel onverwacht gezien de specifieke aard van deze steekproef van GMCP, bestaande uit gezinnen die deelnemen aan het KINGS-behandelprogramma, waarvoor blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen een belangrijk inclusiecriteria is. Onderliggende trauma-gerelateerde problemen kunnen bijdragen aan de uitdagingen waarmee GMCP te maken hebben en worden niet altijd als zodanig herkend (Steketee & Vandenbroucke, 2010; Visscher et al., 2022). ACE's zijn in verband gebracht met veel van de psychosociale problemen die worden beschreven voor de kinderen en ouders in onze steekproef. Deze omvatten bijvoorbeeld hyperactiviteit en gedragsproblemen (Brown et al., 2017; Crouch et al., 2021; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), internaliserende problemen zoals depressie en angst (Fernandez Castela & Kröner-Herwig, 2013; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), en problemen in de sociale ontwikkeling (Kerker et al., 2015). De resultaten ondersteunen het belang van een traumasensitieve benadering door professionals en onderzoekers bij het begrijpen en oplossen of verminderen van de uitdagingen waarmee GMCP worden geconfronteerd.

De negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden vermindert door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers beschermende factoren in elk van de zeven domeinen van Bodden en Deković (2016). Het valt op dat er relatief veel gezinnen zijn met ten minste één positief kenmerk gerelateerd aan hulpverlening (45,3%). De door de verwijzers beschreven kenmerken, zoals een emotionele en/of cognitieve connectie en motivatie voor hulp, worden in de literatuur aangeduid als 'algemeen werkzame factoren', wat betekent dat ze positief bijdragen aan de het resultaat ongeacht het type behandeling en de doelgroep (Carr, 2009; Karver et al., 2005).

Een ander voorbeeld van een positief kenmerk in de context van het gezin is sociale steun uit de omgeving. In onze studie wordt dit beschreven voor iets minder dan een derde van de gezinnen (30,2%). Dit lijkt een vrij grote groep gezien het ook relatief hoge percentage gezinnen waarvoor wordt beschreven dat ze een verstoord of afwezig sociaal netwerk hebben (66,0%) en/of conflicten met de omgeving (26,4%). Eerdere studies laten zien dat de sociale netwerken van GMCP kunnen bijdragen aan positieve verandering (bijvoorbeeld door steun te bieden bij het herstel van het gewone leven en het behouden van verandering), maar ook het functioneren van het gezin kunnen verstoren door kenmerken zoals instabiliteit of het bekrachtigen van onwenselijke opvoedgewoonten (Cunningham & Henggeler, 1999; Bodden & Deković, 2016; Fernandez, 2007; Sousa, 2005).

Andere beschermende factoren die worden beschreven voor de gezinnen in onze steekproef komen overeen met factoren die vaak worden genoemd in de literatuur over veerkracht in gezinnen, zoals gezinscohesie, duidelijke regels en steun putten uit het geloof (Masten, 2018). Door gelijktijdig de focus te leggen op het verminderen van risico's en bestaande problemen in gezinnen en het versterken van beschermende factoren en krachten, kunnen behandelingen effectiever zijn (Luthar & Chichetti, 2000). Daarnaast helpt aandacht voor beschermende factoren van GMCP onderzoekers en hulpverleners om deze gezinnen niet alleen te begrijpen op basis van hun uitdagingen, maar ook op basis van hun sterke kanten en hoe deze kunnen worden benut voor herstel.

Behandelingen kunnen ook effectiever zijn als ze zijn afgestemd op de specifieke behoeften van gezinnen (Metselaar et al., 2015; Visscher et al., 2022). In onze studie hebben we een Mokkenschaaanalyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en beschermende factoren die zijn beschreven voor de gezinnen in onze steekproef geordend zijn ten opzichte van elkaar. Vijf probleemttypen uit het domein 'Kindfactoren' vormen een betrouwbare en hiërarchische schaal, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Als een bepaald type probleem wordt beschreven, suggereert dit dat vaker voorkomende probleemttypen 'lager in de hiërarchie' waarschijnlijk ook worden beschreven.

Zo lieten de resultaten zien dat fysieke problemen vaak samen voorkomen met cognitieve, emotionele en gedragsproblemen. Emotionele problemen komen vaak samen voor met gedragsproblemen, maar minder vaak met cognitieve, fysieke en sociale problemen. Deze inzichten helpen de hulpverlener alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hier gericht op door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

## 5 Beperkingen en Vervolgonderzoek

De resultaten van onze studie moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien het onderzoeksontwerp en de aard van de verzamelde gegevens. We hebben informatie verkregen via intakeformulieren, wat de gelegenheid bood om meer te weten te komen over het leven van een groep gezinnen met meervoudige en complexe problematiek, de uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd en de mogelijke beschermende factoren die hen kunnen ondersteunen, zonder het behandelproces te verstoren of beïnvloeden. Het is echter belangrijk om in gedachten te houden dat deze informatie afkomstig is van verwijzers, niet direct van de gezinnen zelf. Deze aanpak kan hebben geleid tot variatie in de kwaliteit en volledigheid van de gerapporteerde informatie, afhankelijk van de expertise en kennis van de individuele verwijzers. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per



gezinslid. Hoewel gezinnen mogelijk (ook) andere informatie zouden verstrekken, zijn de verwijzers vaak degenen die de behandeling initiëren, wat hun perspectief waardevol maakt voor het begrijpen van gezinskenmerken en behoeften die anders mogelijk niet volledig belicht zouden worden.

Daarnaast zijn de intakeformulieren ontworpen voor praktisch gebruik, niet specifiek voor wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor bevatten ze mogelijk niet alle informatie waarin wij geïnteresseerd waren, vooral op gebieden die niet expliciet werden bevestigd, zoals het bredere gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld, kunnen we niet met zekerheid zeggen of dit echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Dit heeft mogelijk geleid tot een onderschatting van de prevalentie en niet volledig beeld van de complexiteit van deze gezinnen. Daar staat tegenover dat we mogen verwachten dat de direct waarneembare problemen over het algemeen gerapporteerd zouden moeten zijn door de verwijzers, gezien hun rol als eerste contactpunt. Dat impliceert dat de informatie die we hebben verkregen in ieder geval een betrouwbaar beeld geeft van de meest urgente gezinsproblemen en direct waarneembare beschermende factoren.

Al met al geldt dat de kwaliteit en volledigheid van administratieve gegevens in dossiers kunnen variëren tussen professionals, afhankelijk van factoren zoals werkdruk van de professional of diens eigen perceptie van wat relevant is om te melden (Cockburn, 2000). Dit geldt tot op zekere hoogte ook voor het gebruik van zelfrapportagemetingen, zoals de onderrapportage van gebeurtenissen die maatschappelijk afgekeurd worden (bijvoorbeeld huiselijk geweld (Visschers et al., 2017)). Daarom zouden toekomstige studies een benadering met meerdere informanten – zowel professionals als gezinnen – kunnen gebruiken om een volledig beeld te schetsen en de mate van overeenstemming tussen perspectieven te onderzoeken.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en beschermende factoren samen voorkomen en mogelijk specifiek ook kunnen worden geordend vanuit het perspectief van ouders en kinderen zelf. Als toekomstige studies, bij voorkeur met grotere steekproefgroottes, een vergelijkbare ordening vinden van problemen als in onze studie, is de boodschap voor professionals meer gefundeerd. Op dezelfde manier is het wenselijk om nader te onderzoeken of er ook een hiërarchie is in andere kenmerken van GMCP. In onze studie hebben we geen hiërarchische schalen gevonden voor de andere (gecombineerde) domeinen van Bodden en Deković (2016). Dit betekent echter niet noodzakelijk dat er geen hiërarchie is voor de kenmerken die in deze domeinen zijn opgenomen. Het zou ook kunnen betekenen dat onze steekproef van 53 gezinnen te klein was om stabiele en betrouwbare uitkomsten te detecteren (Straat et al., 2014).

Tot slot, omdat de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of positief kenmerk, hebben we alle factoren binair met slechts de antwoordopties 'ja' (als het kenmerk werd genoemd) en 'nee' (als het kenmerk niet werd genoemd) gescoord. Hierdoor wordt geen rekening gehouden met de duur, intensiteit, frequentie en individuele betekenis van een probleem of positief

kenmerk. Voor toekomstig onderzoek zou het gebruik van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen, meer inzicht kunnen bieden. Daarnaast impliceert onze keuze om kenmerken op gezinsniveau te rapporteren dat de bevindingen de algemene context van het gezin als geheel weerspiegelen, maar geen gedetailleerd inzicht bieden in de individuele opeenstapeling of ordening van kenmerken binnen hetzelfde domein en/of hetzelfde gezinslid. Een meer gedifferentieerde aanpak zou in toekomstig onderzoek kunnen bijdragen aan een diepgaander begrip van de specifieke kenmerken en behoeften van individuele gezinsleden, en daarmee ook de intensiteit en complexiteit van problemen op gezinsniveau.

Al met al is een cumulatieve en generatie-overstijgende benadering in onderzoek naar GMCP belangrijk vanwege de opeenstapeling en vergelijkbare aard van problemen waar ouders en hun kinderen mee geconfronteerd worden. In het bijzonder is het van belang dat toekomstig onderzoek zich richt op hoe ingrijpende ervaringen bij ouders gerelateerd zijn aan de ontwikkeling van hun kinderen en hoe dit kan bijdragen aan het versterken van beschermende factoren en realiseren van effectieve interventies voor deze doelgroep. Verbeteringen in de gezondheid van ouders kunnen immers ook direct ten goede komen aan het welzijn van het kind (Vervoort-Schel et al., 2021).

## Literatuur

- Appleyard, K., Egeland, B., Van Dulmen, M., & Sroufe, L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 235–245. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x>
- Bedford, A., Watson, R., Lyne, J., Tibbles, J., Davies, F., & Deary, I.J. (2010). Mokken scaling and principal components analyses of the CORE-OM in a large clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 51–62. <https://doi.org/10.1002/cpp.649>
- Bodden, D.H.M., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process*, 55(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/famp.12144>
- Brown, N.M., Brown, S.N., Briggs, R.D., Germán, M., Belamarich, P.F., & Oyeku, S.O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic Pediatrics*, 17(4), 349–355. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.013>
- Buehler, C., & Gerard, J. (2013). Cumulative family risk predicts increases in adjustment difficulties across early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 905–920. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9806-3>
- Bunting, L., Webb, M.A., & Shannon, R. (2017). Looking again at troubled families: Parents' perspectives on multiple adversities. *Child & Family Social Work*, 22, 31–40. <https://doi.org/10.1111/cfs.12232>
- Carr, A. (2009). What works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy. Routledge

- Cockburn, T. (2000). Case studying organisations: The use of quantitative approaches. In B. Humphries (Ed.), *Research in Social Care and Social Work* (pp. 59–68). Jessica Kingsley.
- Crouch, E., Radcliff, E., Bennett, K.J., Brown, M.J., & Hung, P. (2021). Examining the relationship between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic Pediatrics*, 21(8), 1388–1394. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.03.009>
- Cunningham, P.B., & Henggeler, S.W. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned throughout the development of multisystemic therapy. *Family Process*, 38(3), 265–281. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00265.x>
- Davidson, G., Bunting, L., & Webb, M.A. (2012). *Families experiencing multiple adversities: A review of the international literature*. Barnardo's.
- Deković, M., & Bodden, D.H.M. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Kenmerken en verschillende typen [Families with multiple and complex problems: Characteristics and different types]. In J. Knot-Dickscheit & E.J. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Theorie en praktijk* [Families with multiple and complex problems. Theory and practice] (pp. 52–74). Lemniscaat.
- de Lange, M., Matthys, W., De Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A., & Bastiaanssen, I. (2020). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk / Nederlands Instituut van Psychologen / Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Dunst, C.J., & Hamby, D.W. (2016). Effects of cumulative family risk factors on American students' academic performance. *American Journal of Educational Research*, 4(2), 150–154. <https://doi.org/10.12691/education-4-2-2>
- Evans, G.W., Li, D., & Whipple, S.S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342–1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Evenboer, K.E., Reijneveld, S.A., & Jansen, D.E.M.C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274–285. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.024>
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review*, 29(10), 1368–1394. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.012>
- Fernandez Castela, C., & Kröner-Herwig Birgit. (2013). Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: predictors and differences in girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1169–1182. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9858-4>
- Flouri, E., & Kallis, C. (2011). Adverse life events and mental health in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(2), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.001>

- Ghesquière, P. (1993). *Multi-problem gezinnen: Problematische hulpverleningssituaties in perspectief* [Multi-problem families: Problematic care situations in perspective]. Garant.
- Holwerda, A., Reijneveld, S.A., Jansen, D.E.M.C. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: Een overzicht* [The effectiveness of care for multiproblem families: An overview]. University Medical Center Groningen.
- Ince, D., van Yperen, T., & Valkestijn, M. (2018). *Top tien beschermende factoren voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen*. Nederlands Jeugdinstituut
- Jager, M., De Winter, A.F., Metselaar, J., Knorth, E.J., & Reijneveld, S.A. (2014). Priorities in the communication needs of adolescents with psychosocial problems and their parents. *Health Expectations*, 18(6), 2811–2824. <https://doi.org/10.1111/hex.12259>
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 35–51. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1964-4>
- Kauffman, F.G. (2007). Intensive Family Preservation Services: The Perceptions of Client Families. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(6), 553–563. <https://doi.org/10.1007/s10560-007-0106-9>
- Kerker, B.D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R.E.K., Hurlburt, M.S., Heneghan, A., Landsverk, J., & McCue Horwitz, S. (2015). Adverse childhood experiences and mental health, chronic medical conditions, and development in young children. *Academic Pediatrics*, 15(5), 510–517. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.005>
- Knorth, E.J., Knot-Dickscheit, J., & Thoburn, J. (2015). Supporting children when providing services to families experiencing multiple problems: Perspectives and evidence on programmes. *International Journal of Child & Family Welfare*, 16(1–2), 2–10.
- Knot-Dickscheit, J., Tausenfreund, T., & Knorth, E.J. (2011). Intensive Pedagogische Thuishulp voor multiprobleemgezinnen: Een kijkje achter de schermen [Intensive pedagogical home care for multi-problem families in The Netherlands: A look behind the scenes]. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 497–510.
- Krippendorff, K. (2019). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). SAGE Publications
- Lietz, C.A. (2009). Examining families' perceptions of intensive in-home services: A mixed methods study. *Children and Youth Services Review*, 31(12), 1337–1345. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.06.007>
- Liming, K.W., & Grube, W.A. (2018). Wellbeing outcomes for children exposed to multiple adverse experiences in early childhood: A systematic review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(4), 317–335. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0532-x>
- Lünnemann, M.K.M., Horst, F.C.P.V. der, Prinzie, P., Luijk, M.P.C.M., & Steketeer, M. (2019). The intergenerational impact of trauma and family violence on parents and their children. *Child Abuse & Neglect*, 96, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104134>
- Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857–885. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>

- MacKenzie, M.J., Kotch, J.B., & Lee, L. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1638–1647. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2011.04.018>
- Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health*. [Doctoral dissertation, Maastricht University]. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>
- Masten, A.S. (2018). Resilience theory and research on children and families: past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12–31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
- Masten, A.S., & Gewirtz, A.H. (2006). Vulnerability and resilience in early child development. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 22–43). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470757703.ch2>
- Mayring, P. (2022). *Qualitative content analysis. A step-by-step guide*. SAGE Publications
- Metselaar, J., van Yperen, T.A., van den Bergh, P.M., & Knorth, E.J. (2015). Needs-led child and youth care: Main characteristics and evidence on outcomes. *Children and Youth Services Review*, 58, 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2015.09.005>
- Molenaar, I.W., & Sijtsma, K. (2000). *User's manual MSP5 for Windows*. IEC ProGAMMA.
- Narayan, A.J., Lieberman, A.F., & Masten, A.S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>
- National Children's Bureau (2021). *Making a difference to young people's lives through personalized care: Mental health inequalities and social deprivation*. <https://www.ncb.org.uk/personalisedcare>
- Nelson, C.A., Bhutta, Z.A., Burke Harris, N., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *Bmj*, 371, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- Opmeer, H. (2018). *Who Cares?! Baseline profiles and child development in different 24-h settings* (Dissertatie). Universiteit Leiden
- Pannebakker, N.M., Kocken, P.L., Theunissen, M.H.C., van Mourik, K., Crone, M.R., Numans, M.E., & Reijneveld, S.A. (2018). Services use by children and parents in multiproblem families. *Children and Youth Services Review*, 84, 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2017.12.003>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, E.H. (2019). Kind in Gezond Systeem (KINGS): Een trauma-georiënteerde behandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen In J. Knot-Dickscheit & E.J. Knorth, *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Theorie en praktijk* (pp. 439–452). Lemniscaat.
- Ragnarsdottir, L.D., Kristjansson, A.L., Thorisdottir, I.E., Allegrante, J.P., Valdimarsdottir, H., Gestsdottir, S., & Sigfusdottir, I.D. (2017). Cumulative risk over the early life course and its relation to academic achievement in childhood and early adolescence. *Preventive Medicine*, 96, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.019>
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., & Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366.
- Sabates, R., & Dex, S. (2012). *Multiple risk factors in young children's development* (CLS Cohort Studies, Working paper 2012/1). Centre for Longitudinal Studies.

- Sameroff, A.J., Bartko, W.T., Baldwin, A., Baldwin, C., & Seifer, R. (1998). Family and social influences on the development of child competence. In M. Lewis, & C. Feiring (Eds.), *Families, risk, and competence* (pp. 161–186). Erlbaum Associates.
- Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multi-problem poor families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2), 163–179. <https://doi.org/10.1080/02650530500144766>
- Sousa, L., Ribeiro, C., & Rodrigues, S. (2006). Intervention with multi-problem poor clients: towards a strengths-focused perspective. *Journal of Social Work Practice*, 20(2), <https://doi.org/10.1080/02650530600776913>
- Spratt, T. (2011). Families with multiple problems: Some challenges in identifying and providing services to those experiencing adversities across the life course. *Journal of Social Work*, 11(4), 343–357. <https://doi.org/10.1177/1468017310379256>
- Stack, D.M., Serbin, L.A., Mantis, I., & Kingdon, D. (2015). Breaking the cycle of adversity in vulnerable children and families: A thirty-five year study of at-risk lower income families. *International Journal for Family Research and Policy*, 1(1), 31–56.
- Steketeet, M., & Vandenbroucke, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam* [Typology for a strategic approach to multi-problem families in Rotterdam]. Verwey-Jonker Instituut
- Straat, J.H., Van der Ark, L.A., & Sijtsma, K. (2014). Minimum sample size requirements for Mokken Scale Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 74(5), 809–822. <https://doi.org/10.1177/0013164414529793>
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Post, W.J., Knorth, E.J., & Grietens, H. (2014). Outcomes of a coaching program for families with multiple problems in the Netherlands: A prospective study. *Children and Youth Services Review*, 46(11), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.08.024>
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G.C., Knorth, E.J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services*, 37(1), 4–22. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2015.1052133>
- Thornberry, T.P., Freeman-Gallant, A., & Lovegrove, P.J. (2009). The impact of parental stressors on the intergenerational transmission of antisocial behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 312–322. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9337-0>
- van Assen, A.G.A., Knot-Dickscheit, J.J., Post, W.J.W., & Grietens, H.H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 114, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104994>
- van Assen, A., Post, W., Grietens, H., & Knot-Dickscheit, J. (2022). Child and youth coaching in families experiencing complex and multiple problems: A longitudinal evaluation study. *Child & Family Social Work*, 1–16. <https://doi.org/10.1111/cfs.12964>
- van den Berg, G., & de Baat, M. (2012). Gezinnen met meervoudige problemen [Families with multiple problems]. In M. de Klerk, M. Prins, P. Verhaak & G. van den Berg (Eds.), *Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik* [People with multiple problems and their use of care] (pp. 75–97). Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

- van der Steege, M. (2010). Multiprobleemgezinnen [Multi-problem families]. In G.A. Bakker, D.M.C.B. van Zeben-van der Aa, J. Dewispelaere, R. Vecht-van den Bergh, M. van der Meulen-van Dijk, & V.H. Soyez (Eds.), *Kinderen en adolescenten: Problemen en risicosituaties. Deel 6: Gezin* [Children and adolescents: Problems and risk situations. Part 6: Family] (pp. 318–337). Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Steege, M., De Veld, D., & Zoon, M. (2020). *Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk / Nederlands Instituut van Psychologen / Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen
- van Puyenbroeck, H.V., Loots, G., Grietens, H., Jacquet, W., Vanderfaeillie, J., & Escudero, V. (2009). Intensive family preservation services in Flanders: An outcome study. *Child & Family Social Work, 14*(01), 222–232. <https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuis-hulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek, 25*(3), 176–196.
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. (2021). Prevalence of and relationship between adverse childhood experiences and family context risk factors among children with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Research in Developmental Disabilities, 113*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103935>
- Visscher, L., Jansen, D.E.M.C., Evenboer, K.E., van Yperen, T.A., Reijneveld, S.A., & Scholte, R.H.J. (2020). Interventions for families with multiple problems: Similar contents but divergent formats. *Child & Family Social Work, 25*(1), 8–17. <https://doi.org/10.1111/cfs.12646>
- Visscher, L., Jansen, D.E.M.C., Scholte, R.H.J., van Yperen, T.A., Evenboer, K.E., & Reijneveld, S.A. (2022). Elements of care that matter: perspectives of families with multiple problems. *Children and Youth Services Review, 138*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106495>
- Visschers, J., Jaspert, E., & Vervaeke, G. (2017). Social desirability in intimate partner violence and relationship satisfaction reports: An exploratory analysis. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(9), 1401–1420. <https://doi.org/10.1177/0886260515588922>
- Watson, R., Deary, I., & Austin, E. (2007). Are personality trait items reliably more or less ‘difficult’? Mokken scaling of the NEO-FFI. *Personality and Individual Differences, 43*(6), 1460–1469. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.04.023>
- Watson, R., Deary, I.J., & Shipley, B. (2008a). A hierarchy of distress: Mokken scaling of the GHQ-30. *Psychological Medicine, 38*(4), 575–579. <https://doi.org/10.1017/S003329170800281X>
- Watson, R., Roberts, B., Gow, A., & Deary, I. (2008b). A hierarchy of items within Eysenck’s EPI. *Personality and Individual Differences, 45*(4), 333–335.
- Zeinstra, L.T., Huyghen, A.M.N., Harder, A.T., Post, W.J., Wanders-Mulder, F., & Knot-Dickscheit, J. (2023). A cumulative and strength-based approach to the characteristics of families with complex and multiple problems: A case-file study. *Manuscript ingediend voor publicatie*.