

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	<i>M</i> (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.
2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.
3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.
4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.
5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methodie

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokka-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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 Castelao & Kröner-Herwig, 2013; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), en problemen in de sociale ontwikkeling (Kerker et al., 2015).

De negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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.yjmed.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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	<i>M</i> (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemttypen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemttypen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 Castelao & Kröner-Herwig, 2013; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), en problemen in de sociale ontwikkeling (Kerker et al., 2015).

De negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinlid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Data en syntax

De analyse codes en output zijn beschikbaar gesteld en dit is in het artikel aangegeven:

-Ja, ik heb analyse codes en output als bijlage toegevoegd

-Ja, analyse codes en output zijn vrij toegankelijk via de volgende URL:

-Nee, ik kan mijn analyse codes en output niet delen omdat: de participanten hier geen toestemming voor hebben gegeven en dit in strijd is met de privacy van de participanten.

Opmerking:

Ik heb in het artikel aangegeven hoe de data behorende bij de in het artikel beschreven analyses verkregen kunnen worden:

-Ja, en de ge(pseudo)anonymiseerde data zijn toegevoegd als bijlage

-Ja, en de ge(pseudo)anonymiseerde data zijn vrij toegankelijk via de volgende URL:

-Ja, maar de data zijn niet vrij toegankelijk maar alleen opvraagbaar bij de auteurs

Opmerking: Als er interesse is voor het hergebruiken van de data zal toestemming moeten worden verkregen van de participanten en gebruiksvoorwaarden opgesteld door de juridische afdelingen van Accare en de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.
2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.
3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.
4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.
5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. In *Fase 1* hebben we een coderingschema 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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 Castelao, 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtypen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. De resultaten suggereren dat het

Commented [LB1]: Erg interessant artikel, goed leesbaar geschreven met een bijzondere aanpak! Mooi eerste artikel in het themanummer, maakt goed duidelijk waar het in het nummer over gaat!
Ik heb eigenlijk maar 1 punt dan dat betreft de uitleg van de Mokkenschaal. De methode is helder opgeschreven en ik dacht het te begrijpen. Echter: de resultaten begrijp ik dan toch niet goed. Wat is precies de uitkomst? Welk probleem heeft allerlei problemen 'onder zich' / brengt andere problemen met zich mee? En welke (dus) juist niet? Tabel 4 maakt dat voor mij niet duidelijk en vergt wat meer uitleg in de tekst.

Commented [LB2]: Deze uitleg snap ik niet

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*

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.
2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.
3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.
4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.
5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Commented [LB3]: Dit mag nog iets praktischer, nu nog erg samenvatting, maar er is ook een abstract. Wat heeft iemand in de praktijk er morgen aan?

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. Subcodes die te algemeen bleken

Commented [LB4]: Hoe vaak kwam dit voor?

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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

Commented [LB5]: Ik snap niet helemaal wat de mokken schaal ordening nu zegt als ik naar de tabel kijk.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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 intergenerationale continuïteit van problemen (Vervoort-Schel et al., 2021; Van der Steege, 2010). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 Castelaio & Kröner-Herwig, 2013; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), en problemen in de sociale ontwikkeling (Kerker et al., 2015).

De negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken die zijn beschreven voor de gezinnen in onze steekproef geordend zijn ten opzichte van elkaar. Vijf probleemtypen 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 probleemtypen 'lager in de hiërarchie' waarschijnlijk ook worden beschreven. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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

Commented [LB6]: En welke komen dan in combi voor?

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.chilyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketeer, 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.chilyouth.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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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., Vanderfaellie, J., & Escudero, V. (2009). Intensive family preservation services in Flanders: An outcome study. *Child & Family Social Work, 14*(01), 222–232. <https://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
Geslacht ouder (vrouw)	53 (83,0%)	
Geslacht kind (jongen)	50 (50,5%)	
Gezinssamenstelling		
Traditioneel tweoudergezin	7 (13,2%)	
Eenoudergezin	43 (81,1%)	
Samengesteld gezin	3 (5,7%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij ouder ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		6 (11,3%)	Laag IQ; slechte concentratie en aandacht
		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	Gebrek aan gedragscontrole	17 (32,1%)	Ouder heeft geen autoriteit; toegankelijkheid; 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Cohesie; reflectieve 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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen	Positieve kenmerken
	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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemttypen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemttypen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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 kan worden behandeld).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW].

We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen.

Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemttypen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemttypen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methodie

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokka-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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 Castelao & Kröner-Herwig, 2013; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), en problemen in de sociale ontwikkeling (Kerker et al., 2015).

De negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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.yjmed.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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	Gebrek aan gedragscontrole	17 (32,1%)	Ouder heeft geen autoriteit; toegeeflijkheid; rolomkering

Positieve kenmerken	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
	Positieve kenmerken	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
Positieve kenmerken	9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken	Uithuisplaatsing	11 (20,8%)	Kind is of zal onder toezicht worden geplaatst; dreigende of daadwerkelijke uithuisplaatsing
		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	<i>M</i> (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemttypen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemttypen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. In *Fase 1* hebben we een coderingschema 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 Castelao & Kröner-Herwig, 2013; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), en problemen in de sociale ontwikkeling (Kerker et al., 2015).

De negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinlid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtypen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. De resultaten suggereren dat het

Commented [LB1]: Erg interessant artikel, goed leesbaar geschreven met een bijzondere aanpak! Mooi eerste artikel in het themanummer, maakt goed duidelijk waar het in het nummer over gaat!
Ik heb eigenlijk maar 1 punt dan dat betreft de uitleg van de Mokkenschaal. De methode is helder opgeschreven en ik dacht het te begrijpen. Echter: de resultaten begrijp ik dan toch niet goed. Wat is precies de uitkomst? Welk probleem heeft allerlei problemen 'onder zich' / brengt andere problemen met zich mee? En welke (dus) juist niet? Tabel 4 maakt dat voor mij niet duidelijk en vergt wat meer uitleg in de tekst.

Commented [LB2]: Deze uitleg snap ik niet

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*

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.
2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.
3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.
4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.
5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Commented [LB3]: Dit mag nog iets praktischer, nu nog erg samenvatting, maar er is ook een abstract. Wat heeft iemand in de praktijk er morgen aan?

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. Subcodes die te algemeen bleken

Commented [LB4]: Hoe vaak kwam dit voor?

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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

Commented [LB5]: Ik snap niet helemaal wat de mokken schaal ordening nu zegt als ik naar de tabel kijk.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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 intergenerationale continuïteit van problemen (Vervoort-Schel et al., 2021; Van der Steege, 2010). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken in elk van de zeven domeinen van Bodden & 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken die zijn beschreven voor de gezinnen in onze steekproef geordend zijn ten opzichte van elkaar. Vijf probleemtypen 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 probleemtypen 'lager in de hiërarchie' waarschijnlijk ook worden beschreven. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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

Commented [LB6]: En welke komen dan in combi voor?

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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 Castelao, 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.chilyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketeer, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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., Vanderfaellie, J., & Escudero, V. (2009). Intensive family preservation services in Flanders: An outcome study. *Child & Family Social Work, 14*(01), 222–232. <https://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
Geslacht ouder (vrouw)	53 (83,0%)	
Geslacht kind (jongen)	50 (50,5%)	
Gezinssamenstelling		
Traditioneel tweoudergezin	7 (13,2%)	
Eenoudergezin	43 (81,1%)	
Samengesteld gezin	3 (5,7%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij ouder ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken	Sociale problemen	16 (30,2%)	Problemen bij het maken en onderhouden van contact met anderen
		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
Positieve kenmerken	Cognitieve problemen	6 (11,3%)	Laag IQ; slechte concentratie en aandacht
		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	Gebrek aan gedragscontrole	17 (32,1%)	Ouder heeft geen autoriteit; toegankelijkheid; 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Cohesie; reflectieve 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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen	Positieve kenmerken
	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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] – REVISIE

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW].

We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken 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, ook 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed a strong scale for child problems. This means that families in which one or more children are reported by the referrer to have an infrequently reported problem type (e.g., physical problems) are often reported by the referrer to also have problems in underlying, more frequently reported problem types (i.e., in the example of physical problems, also cognitive, emotional, and behavioral problems). Our findings suggest the importance of approaching research

concerning FECMP with a focus on the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families.

***Keywords:** Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Aantal woorden totale artikel: 4982 (Inleiding t/m Discussie)

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door de aard, prevalentie, opeenstapeling en hiërarchie van niet alleen problemen, maar ook positieve kenmerken in kaart te brengen voor 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] hebben ontvangen. We richten ons op het perspectief van hun verwijzers.

2. Verwijzers beschrijven voor de gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Aandacht voor de positieve kenmerken van GMCP helpt onderzoekers en hulpverleners deze gezinnen niet alleen te begrijpen op basis van hun uitdagingen, maar ook op basis van hun sterke kanten en hoe deze hen kunnen beschermen bij stress en tegenslag.

3. Verwijzers rapporteren gemiddeld zes negatieve levensgebeurtenissen per gezin, zoals geweld, verwaarlozing, misbruik, scheiding van ouders of middelenmisbruik in het gezin. Onderzoek wijst uit dat dergelijke stressvolle ervaringen samenhangen met veel van de psychosociale problemen die spelen bij de kinderen en ouders in onze steekproef, zoals hyperactiviteit, gedragsproblemen, depressie en angst. De resultaten onderschrijven het belang van een trauma-sensitieve benadering bij GMCP, zowel in onderzoek als praktijk.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in problemen binnen het kinddomein, waarbij gezinnen met minder prevalentie problemen (zoals fysieke problemen bij één of meerdere kinderen) vaak ook problemen ervaren op andere gebieden (in het voorbeeld van fysieke problemen, *ook* cognitieve, emotionele en gedragsproblemen). Dit inzicht kan de hulpverlener helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier gericht op door te vragen.

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methodie

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent

Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. In *Fase 1* hebben we een coderingschema 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 positieve kenmerken. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) 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 positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,30$. 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

Meer dan 20% van de gezinnen heeft geen beschrijving van één of meer positieve kenmerken

in enig domein. Hoewel voor geen enkel gezin in minder dan drie domeinen problemen worden beschreven, geldt het tegenovergestelde voorpositieve kenmerken: voor twee derde van de gezinnen (66,0%) beschrijft de verwijzer positieve kenmerken in drie of minder domeinen.

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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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 ook vaker voorkomende probleemtypen (in dit voorbeeld ook 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 *ook* een nog vaker voorkomend probleemtype (in dit voorbeeld gedragsproblemen), maar waarschijnlijk *niet* ook minder vaak voorkomende probleemtypen (in dit voorbeeld cognitieve, fysieke en sociale problemen). De aanwezigheid van een specifiek 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” probleemdomeneinen 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.

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen. ACE’s worden geassocieerd 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 Castelao & Kröner-Herwig, 2013; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), en problemen in de sociale ontwikkeling (Kerker et al., 2015).

De negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken die zijn beschreven voor de gezinnen in onze steekproef geordend zijn ten opzichte van elkaar. Vijf probleemtypen 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 probleemtypen '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).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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.yjmed.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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.

Tabel 1

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerken beschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Mokkenschaal voor kindproblematiek (N=53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (aandeel gezinnen waarvoor het probleemtype wordt gerapporteerd) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. In *Fase 1* hebben we een coderingschema 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken die zijn beschreven voor de gezinnen in onze steekproef geordend zijn ten opzichte van elkaar. Vijf probleemtypen 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 probleemtypen 'lager in de hiërarchie' waarschijnlijk ook worden beschreven. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	Gebrek aan gedragscontrole	17 (32,1%)	Ouder heeft geen autoriteit; toegeeflijkheid; rolomkering

Positieve kenmerken	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken	Uithuisplaatsing	11 (20,8%)	Kind is of zal onder toezicht worden geplaatst; dreigende of daadwerkelijke uithuisplaatsing
		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.
2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.
3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.
4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.
5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. In *Fase 1* hebben we een coderingschema 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.
2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.
3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.
4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.
5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	Gebrek aan gedragscontrole	17 (32,1%)	Ouder heeft geen autoriteit; toegeeflijkheid; rolomkering

Positieve kenmerken	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken	Uithuisplaatsing	11 (20,8%)	Kind is of zal onder toezicht worden geplaatst; dreigende of daadwerkelijke uithuisplaatsing
		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	<i>M</i> (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] – REVISIE

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken 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, *ook* 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed a strong scale for child problems. This means that families in which one or more children are reported by the referrer to have an infrequently reported problem type (e.g., physical problems) are often reported by the referrer to also have problems in underlying, more frequently reported problem types (i.e., in the example of physical problems, *also* cognitive, emotional, and behavioral problems). Our findings suggest the importance of approaching research

concerning FECMP with a focus on the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families.

***Keywords:** Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Aantal woorden totale artikel: 5127 (Inleiding t/m Discussie)

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door de aard, prevalentie, opeenstapeling en hiërarchie van niet alleen problemen, maar ook positieve kenmerken in kaart te brengen voor 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] hebben ontvangen. We richten ons op het perspectief van hun verwijzers.

2. Verwijzers beschrijven voor de gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Aandacht voor de positieve kenmerken van GMCP helpt onderzoekers en hulpverleners deze gezinnen niet alleen te begrijpen op basis van hun uitdagingen, maar ook op basis van hun sterke kanten en hoe deze hen kunnen beschermen bij stress en tegenslag.

3. Verwijzers rapporteren gemiddeld zes negatieve levensgebeurtenissen per gezin, zoals geweld, verwaarlozing, misbruik, scheiding van ouders of middelenmisbruik in het gezin. Onderzoek wijst uit dat dergelijke stressvolle ervaringen samenhangen met veel van de psychosociale problemen die spelen bij de kinderen en ouders in onze steekproef, zoals hyperactiviteit, gedragsproblemen, depressie en angst. De resultaten onderschrijven het belang van een trauma-sensitieve benadering bij GMCP, zowel in onderzoek als praktijk.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in problemen binnen het kinddomein, waarbij gezinnen met minder prevalentie problemen (zoals fysieke problemen bij één of meerdere kinderen) vaak ook problemen ervaren op andere gebieden (in het voorbeeld van fysieke problemen, *ook* cognitieve, emotionele en gedragsproblemen). Dit inzicht kan de hulpverlener helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier gericht op door te vragen.

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-, of 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 manier om interventies voor GMCP effectiever te maken, is door de aanpak beter af te stemmen op de specifieke kenmerken van elk gezin (Opmeer, 2018). Kinderen en ouders uit GMCP geven zelf aan dat zij behoefte hebben aan hulp die aansluit bij hun behoeften, voorkeuren en waarden en dat een dergelijke gepersonaliseerde zorgaanpak positief bijdraagt aan hun welzijn (National Children's Bureau, 2021; Van Assen et al., 2022; Visscher et al., 2022). Om positieve behandeluitkomsten te bevorderen, is het daarom 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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 zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methodie

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- 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 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent

Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. In *Fase 1* hebben we een coderingschema 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 positieve kenmerken. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) 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 positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

Meer dan 20% van de gezinnen heeft geen beschrijving van één of meer positieve kenmerken

in enig domein. Hoewel voor geen enkel gezin in minder dan drie domeinen problemen worden beschreven, geldt het tegenovergestelde voor positieve kenmerken: voor twee derde van de gezinnen (66,0%) beschrijft de verwijzer positieve kenmerken in drie of minder domeinen.

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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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 *ook* vaker voorkomende probleemtypen (in dit voorbeeld *ook* 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 *ook* een nog vaker voorkomend probleemtype (in dit voorbeeld gedragsproblemen), maar waarschijnlijk *niet* ook minder vaak voorkomende probleemtalen (in dit voorbeeld cognitieve, fysieke en sociale problemen). De aanwezigheid van een specifiek 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.

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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 [GEMASKEERD

VOOR REVIEW]-programma, waarvoor blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen een belangrijk inclusiecriteria is. ACE's worden geassocieerd 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 trauma-sensitieve 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 verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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.chilyouth.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.chilyouth.2007.05.012>
- Fernandez Castelao, 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
- 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>
- 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). Intensieve 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

- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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>
- 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.ypped.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/189-204>. 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.
- Steketee, 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.chilyouth.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.chilyouth.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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *2*(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>

- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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>

- Visser, 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.chidyouth.2022.106495>
- Vischers, J., Jaspaert, 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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
	Positieve kenmerken	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
Positieve kenmerken	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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerken beschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

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

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (aandeel gezinnen waarvoor het probleemtype wordt gerapporteerd) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusie criterium van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 Castelao & Kröner-Herwig, 2013; Flouri & Kallis, 2011; Liming & Grube, 2018), en problemen in de sociale ontwikkeling (Kerker et al., 2015).

De negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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 Castelao, 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	<i>M</i> (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.
2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.
3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.
4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.
5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken die zijn beschreven voor de gezinnen in onze steekproef geordend zijn ten opzichte van elkaar. Vijf probleemtypen 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 probleemtypen 'lager in de hiërarchie' waarschijnlijk ook worden beschreven. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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 Castelao, 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] – REVISIE

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken 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, *ook* 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed a strong scale for child problems. This means that families in which one or more children are reported by the referrer to have an infrequently reported problem type (e.g., physical problems) are often reported by the referrer to also have problems in underlying, more frequently reported problem types (i.e., in the example of physical problems, *also* cognitive, emotional, and behavioral problems). Our findings suggest the importance of approaching research

concerning FECMP with a focus on the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families.

***Keywords:** Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Aantal woorden totale artikel: 5437 (Inleiding t/m Discussie)

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door de aard, prevalentie, opeenstapeling en hiërarchie van niet alleen problemen, maar ook positieve kenmerken in kaart te brengen voor 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] hebben ontvangen. We richten ons op het perspectief van hun verwijzers.

2. Verwijzers beschrijven voor de gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Aandacht voor de positieve kenmerken van GMCP helpt onderzoekers en hulpverleners deze gezinnen niet alleen te begrijpen op basis van hun uitdagingen, maar ook op basis van hun sterke kanten en hoe deze hen kunnen beschermen bij stress en tegenslag.

3. Verwijzers rapporteren gemiddeld zes negatieve levensgebeurtenissen per gezin, zoals geweld, verwaarlozing, misbruik, scheiding van ouders of middelenmisbruik in het gezin. Onderzoek wijst uit dat dergelijke stressvolle ervaringen samenhangen met veel van de psychosociale problemen die spelen bij de kinderen en ouders in onze steekproef, zoals hyperactiviteit, gedragsproblemen, depressie en angst. De resultaten onderschrijven het belang van een trauma-sensitieve benadering bij GMCP, zowel in onderzoek als praktijk.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in problemen binnen het kinddomein, waarbij gezinnen met minder prevalentie problemen (zoals fysieke problemen bij één of meerdere kinderen) vaak ook problemen ervaren op andere gebieden (in het voorbeeld van fysieke problemen, *ook* cognitieve, emotionele en gedragsproblemen). Dit inzicht kan de hulpverlener helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier gericht op door te vragen.

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-, of 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 aangeven 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 positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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 zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- 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 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen om de problematiek en positieve kenmerken 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW], 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 positieve kenmerken, 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 positieve kenmerken. 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 geformuleerd. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) 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 positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

De opeenstapeling van problemen en positieve kenmerken. Voor het merendeel van de gezinnen (86.8%) worden problemen beschreven in ten minste zes van de zeven domeinen (zie Tabel 3).

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

Meer dan 20% van de gezinnen heeft geen beschrijving van één of meer positieve kenmerken in enig domein. Hoewel voor geen enkel gezin in minder dan drie domeinen problemen worden beschreven, geldt het tegenovergestelde voor positieve kenmerken: voor twee derde van de gezinnen (66.0%) beschrijft de verwijzer positieve kenmerken in drie of minder domeinen.

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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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 *ook* vaker voorkomende probleemtypen (in dit voorbeeld *ook* 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 *ook* een nog vaker voorkomend probleemtype (in dit voorbeeld gedragsproblemen), maar waarschijnlijk *niet* ook minder vaak voorkomende probleemtypen (in dit voorbeeld cognitieve, fysieke en sociale problemen). De aanwezigheid van een specifiek 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” probleemdomeneinen 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.

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma, waarvoor blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen een belangrijk inclusiecriteria is. ACE's worden geassocieerd 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 onderstrepen het belang van een trauma-sensitieve 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 verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken die zijn beschreven voor de gezinnen in onze steekproef geordend zijn ten opzichte van elkaar. Vijf probleemtypen 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 probleemtypen '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).

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld, kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze 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 positieve kenmerken.

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 positieve kenmerken 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 beschermende factor, 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 beschermende factor. 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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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 Castelao, 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). Intensieve 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., & Steketee, 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.10.1016/j.childyouth.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>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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.chilyouth.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.chilyouth.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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	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 ²		
Enkelvoudig	9 (14.6%)	
Comorbide	8 (12.5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19.2%)	
Comorbide	6 (6.1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35.8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17.0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52.8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerken beschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

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

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (aandeel gezinnen waarvoor het probleemtype wordt gerapporteerd) ¹	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; ¹ 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)

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemttypen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemttypen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.
2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.
3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.
4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.
5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	<i>M</i> (populariteit) ¹	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; ¹ 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)

Wij waarderen de tijd en moeite die Reviewer 2 heeft genomen om feedback te geven op ons manuscript “*Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]*”. De opmerkingen zijn nuttig geweest bij het verder verbeteren van ons artikel en we hebben de suggesties zo goed mogelijk verwerkt. In deze brief gaan we in op de opmerkingen. Wijzigingen zijn in het herziene manuscript aangegeven met een gele markering en in deze reactiebrief met cursieve tekst. In onze reacties verwijzen de paginanummers naar het herziene manuscript.

Opmerking 1 (Inleiding). *“Op pagina 6 wordt geconcludeerd dat interventies niet werken en in de volgende alinea wordt gezegd "een manier om interventies voor GMCP effectiever te maken, is door de aanpak beter af te stemmen op de specifieke kenmerken van elk gezin". Ik mis hier nog een denkstap - is de hulp dan nu niet voldoende afgestemd op de gezinnen? Waaruit blijkt dat? Het zou mooi zijn als deze denkstap nog, onderbouwd, kan worden toegevoegd. Het kan namelijk ook zijn dat de interventies niet werken omdat ze niet de juiste onderdelen bevatten bv of omdat ze niet goed worden uitgevoerd (i.e. de therapiegetrouwheid is te laag). Ik zeg niet dat dit het geval is, maar dat zouden wel alternatieve verklaringen kunnen zijn, dus ik denk dat het belangrijk is om te onderbouwen waarom 'persoonlijke aanpak' de meest plausibele is”.*

REACTIE: Om deze denkstap voor de lezer te verduidelijken, hebben we de alinea als volgt herschreven (Herzien manuscript, p.6): *“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”.

Hiertoe zijn in de referentielijst de volgende referenties toegevoegd (Herzien manuscript, p.27-28): Jager et al. (2014), Kauffman, (2007), en Lietz (2009).

Opmerking 2 (Inleiding). *“Daarnaast staat op pagina 7, tweede alinea: "Om te begrijpen wat de impact van de opeenstapeling van problemen is voor gezinnen, moeten we ook achterhalen ...". Wat/wie wordt bedoeld met 'we'? Het lijkt mij duidelijker als dit concreter wordt opgeschreven.”.*

REACTIE: In eerste instantie verwijst ‘we’ naar onderzoekers die deze ontbrekende kennis kunnen aanvullen. Echter, ‘we’ kan ook breder worden geïnterpreteerd als praktijkprofessionals, beleidsmedewerkers, enz. Om hier geen specifieke richting aan te geven, hebben we gekozen voor de volgende formulering die een breed publiek kan aanspreken (Herzien manuscript, p.7): “Om te begrijpen wat de impact van de opeenstapeling van problemen is voor gezinnen, *is het van belang om ook te achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen*”.

Opmerking 3 (Methode). *“Bij het bekijken van de tabellen, zag ik dat er 53 gezinnen mee hebben gedaan, met 99 kinderen. Echter, ik kan in de methode niet vinden hoe de onderzoekers met deze nesting zijn omgegaan. Hoe weet men zeker dat de gegevens uit het intakeformulier over hetzelfde kind ging? Dat lijkt me cruciale informatie als je een ordening wilt maken in voorkomende problemen. Dit staat wel in de note bij Tabel 1, maar het lijkt me verstandig om dit ook te bespreken bij de procedure. Hoe werd bepaald welk kind uiteindelijk meedeed? En de gegevens in de Tabel 1, waarom zijn die dan wel over meer kinderen gegeven? Dat maakt het wat onduidelijk en daardoor kun je ook niet goed zien wat de kenmerken van de deelnemende gezinnen zijn. Tegelijkertijd zie ik onder Tabel 4 "problemen aanwezig bij minstens 1 kind in het gezin". Dat suggereert dat het dus wel kan zijn dat één*

van de problemen bij het ene kind en de andere problemen bij het andere kind voor zouden kunnen komen. Ik denk dat als dit klopt, dat dit dan ook in de discussie moet worden besproken, aangezien je dan dus eigenlijk geen aannames over ordening zou kunnen doen op kind niveau. Kortom, ik verzoek de auteurs om duidelijker te maken hoe men is omgegaan met meerdere kinderen binnen één gezin, zowel bij de procedure als de codering”.

REACTIE: We hebben in het onderzoek gekeken naar gezinsbrede problematiek en positieve kenmerken, zonder een specifiek onderscheid te maken tussen (of een selectie te maken van) individuele kinderen binnen hetzelfde gezin. Bedankt voor de mogelijkheid dit voor de lezer te verduidelijken. We hebben hiertoe te volgende informatie toegevoegd in het herziene manuscript:

- Methode (Analyse), p.10: *“De analyse bestond uit vijf fasen om de problematiek en positieve kenmerken 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW], 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 positieve kenmerken, zonder een specifiek onderscheid te maken tussen individuele kinderen binnen hetzelfde gezin.”*
- Discussie (Beperkingen en vervolgonderzoek), p.23: *“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”.

- Tabel 1, p.35: “n (%)” vervangen door “n (% van gezinnen)” om te verduidelijken dat het om een percentage van de in totaal 53 gezinnen gaat.

Opmerking 4 (Discussie). *“De discussie is duidelijk te volgen en voldoet aan de eisen zoals hierboven beschreven. Ik heb één klein punt. Bij de beperkingen en vervolgonderzoek-sectie worden belangrijke beperkingen genoemd. Het zou mooi zijn als de auteurs dit kunnen aanvullen met informatie over hoe zij verwachten dat deze beperkingen de resultaten mogelijk hebben beïnvloed”.*

REACTIE: We hebben de volgende informatie over de implicaties van onze beperkingen toegevoegd:

- Beperking m.b.t. kwaliteit van de data en informatieverzameling 1, p.21: “[...] 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.”
- Beperking m.b.t. kwaliteit van de data en informatieverzameling 2, p.22: “[...] Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld, kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze 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 positieve kenmerken.*”

- Beperking m.b.t. dataverwerking: *“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.”*

Kenmerken van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]

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 positieve kenmerken in kaart te brengen, maar ook de (2) opeenstapeling en (3) mogelijke hiërarchie van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We hebben de intakeformulieren van 53 gezinnen geanalyseerd met behulp van een kwalitatieve inhoudsanalyse en de Mokken Schaal Procedure (MSP) om de hiërarchische aard van problemen en positieve kenmerken te onderzoeken. We hebben een ecologisch-transactioneel 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 positieve kenmerken beschrijven in de zeven domeinen. Daarnaast toonde de MSP aan dat vijf probleemtalen uit het kinddomein samen een Mokken schaal vormen, wat wijst op een hiërarchische ordening: wanneer voor een gezin een minder vaak voorkomend probleemtype in het kinddomein (bijv. fysieke problemen) is beschreven, zijn voor datzelfde gezin waarschijnlijk ook vaker voorkomende probleemtalen (d.w.z., cognitieve, emotionele- en gedragsproblemen) beschreven. 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

Abstract

Research on the characteristics of families experiencing complex and multiple problems (FECMP) has been dominated by a problem-centered perspective and a focus on individual (i.e., single) risk factors. In the present case file study, we extend previous work by mapping the (1) nature and prevalence of individual problems and positive characteristics as described by referring professionals, but also the (2) accumulation and (3) possible ordering of these characteristics in a sample of families referred to the Dutch residential and trauma-focused family treatment program [details removed for peer review]. We analyzed the intake forms of 53 families using qualitative content analysis and the Mokken Scaling Procedure (MSP) to explore the hierarchical nature of problems and positive characteristics. We used an ecological-transactional model to describe family functioning in seven domains: (1) child, (2) parent, (3) childrearing, (4) family, (5) context, (6) social network, and (7) mental health care. We found that for most families, referring professionals described a wide range of problems as well as positive characteristics in the seven domains. In addition, the MSP showed that five problems included in the child domain together form a Mokken scale, suggesting a hierarchical ordering: when a less common problem type in the child domain (e.g., physical problems) is described for a family, it is likely that more common problem types (i.e., cognitive, emotional, and behavioral problems) are also described for that same family. Our findings suggest the importance of approaching research concerning FECMP with a focus on

the accumulation and potential transgenerational transmission of problems, paying specific attention to the role of adverse (childhood) experiences while also recognizing the strengths within families..

Keywords: *Family treatment; Multiple and complex problems; Cumulative risk; Positive characteristics; Hierarchy*

Bijsluiter voor de praktijk

1. Deze studie bouwt voort op bestaand onderzoek naar gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) door niet alleen de problemen, maar ook positieve kenmerken in deze gezinnen in kaart te brengen.

2. We hebben een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van dossierinformatie uitgevoerd, gericht op de aard, prevalentie, opeenstapeling en mogelijke hiërarchie van problemen en positieve kenmerken bij 53 GMCP die de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW] ondergaan.

3. De resultaten laten zien dat voor deze gezinnen een breed scala aan problemen, maar ook positieve kenmerken, wordt beschreven op zeven domeinen van functioneren: kind, ouder, opvoeding, gezin, context, sociaal netwerk en hulpverlening. Voor de meeste gezinnen wordt een opeenstapeling van problemen op ten minste zes van de zeven domeinen beschreven.

4. De resultaten tonen een hiërarchie in de beschrijving van problemen in het kinddomein, die loopt van gedragsproblemen (meest voorkomend), via emotionele, cognitieve en fysieke problemen, naar sociale problemen (minst voorkomend). Dit betekent bijvoorbeeld dat als de verwijzer de aanwezigheid van sociale problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, de kans groot is dat de verwijzer ook fysieke, cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Dit inzicht kan de diagnosticus en behandelaar helpen alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen.

5. De resultaten suggereren dat het van belang is om in onderzoek bij GMCP specifiek aandacht te hebben voor de rol van ingrijpende (jeugd)ervaringen en sterke kanten van gezinnen.

Aantal woorden totale artikel: 4712 (Inleiding t/m Discussie)

Inleiding

Gezinnen die te maken hebben met meervoudige en complexe problemen (GMCP) 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-, of 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).

Omdat kinderen die opgroeien in GMCP vanaf jonge leeftijd worden blootgesteld aan een opeenstapeling van risicofactoren, is de kans groot dat hun ontwikkeling wordt belemmerd (Evans et al., 2013). Onderzoek laat zien dat deze kinderen 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 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 aangeven 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, moeten we ook achterhalen welke positieve kenmerken mogelijk een buffer kunnen vormen voor de invloed van deze problemen. Bij positieve kenmerken 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).

Inzicht in de problemen en positieve kenmerken van GMCP is van belang om te achterhalen hoe deze kenmerken zowel de gezinnen zelf als de uitkomsten van interventies voor deze gezinnen beïnvloeden. Dit is in het bijzonder relevant omdat veel interventieprogramma's voor deze gezinnen er regelmatig niet in slagen om de gewenste resultaten te behalen (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 interventieprogramma's 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). Eerder onderzoek toont aan dat hogere niveaus van depressieve symptomen en stress bij ouders aan het begin van de interventie gerelateerd zijn aan minder gunstige behandeluitkomsten voor GMCP (Chaffin et al., 2011; Tausendfreund et al., 2014). Omdat de meeste problemen eerder samen voorkomen dan geïsoleerd, is het beperken van onderzoek tot de relatie tussen enkelvoudige problemen en behandelresultaten echter niet volledig. Om uiteindelijk de impact op behandeluitkomsten te kunnen begrijpen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de aard en de prevalentie van zowel enkelvoudige als cumulatieve, en zelfs mogelijke hiërarchische problemen en in

positieve kenmerken bij GMCP.

In deze verkennende dossierstudie beschrijven we de kenmerken van een steekproef van GMCP die zijn verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. We brengen zowel problemen als positieve kenmerken 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 positieve kenmerken 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.

Methode

Setting en deelnemers. De doelpopulatie bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor het zes- tot acht weken durende [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 (Auteur, 2001). Het behandelmodel wordt toegepast in twee klinieken van een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het noorden en midden van Nederland. De steekproef voor de huidige studie bestond uit 53 gezinnen die zijn gestart met de behandeling tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 (zie Tabel 1).

** [TABEL 1 INVOEGEN] **

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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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, ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing voor één of meer kinderen), (2) hulpvraag en doelen 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).

Procedure. Het huidige dossieronderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma. De Ethische Commissie van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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 onderzoeksdoeleinden. De eerste auteur en een masterstudent Orthopedagogiek, opgeleid en begeleid door de eerste auteur, hebben de formulieren uit de dossiers verzameld en vervolgens gepseudonimiseerd.

Analyse. De analyse bestond uit vijf fasen. 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 positieve kenmerken. 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. 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 dummy-code 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 positieve kenmerken en (2) de opeenstapeling (d.w.z het gelijktijdig voorkomen) van problemen en positieve kenmerken op meerdere domeinen werden berekend. Voor dit laatste werden twee cumulatieve scores gegenereerd op basis van de som van alle dummy hoofdcodes, 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/positieve kenmerken) te ordenen van ‘eenvoudig’ (‘gangbaar’ of ‘veelvoorkomend’) tot ‘moeilijk’ (‘zeldzaam’ of ‘niet-veelvoorkomend’). De latente constructen zijn (1) de mate van problemen en (2) de mate van positieve kenmerken die worden beschreven. Toegepast op onze studie veronderstelt het Mokken-model dat de kans dat een bepaald probleem/positief kenmerk wordt beschreven niet afneemt naarmate de mate van problemen/positieve kenmerken van een gezin groter is (*monotonie*). Als de items een Mokkenschaal 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; $0,40 \leq H < 0,50$: matige 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: (a) kindproblemen; (b) ouderproblemen; (c) gecombineerde problemen van opvoeding en gezinsfunctioneren, (d) gecombineerde contextuele en sociale netwerkproblemen, en (e) 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.

Resultaten

Prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en prevalentie van de enkelvoudige problemen en positieve kenmerken 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.

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 positieve kenmerken 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 worden sommige 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.

** [TABEL 2 INVOEGEN]**

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

** [TABEL 3 INVOEGEN]**

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

Mogelijke ordening van problemen en beschermende factoren. De MSP-testprocedure resulteerde in één schaal voor het domein 'kindfactoren', waarvoor vijf van de zes probleemtypen een hiërarchie blijken te vormen (zie Tabel 4). 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).

** [TABEL 4 INVOEGEN]**

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. Als de verwijzer de aanwezigheid van fysieke problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook cognitieve, emotionele -en gedragsproblemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft. Als de verwijzer de aanwezigheid van emotionele problemen voor één of meerdere kinderen in het gezin beschrijft, is het waarschijnlijk dat de verwijzer ook gedragsproblemen beschrijft, maar waarschijnlijk niet cognitieve, fysieke en sociale problemen.

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

Discussie

Het doel van de huidige studie was om (1) de aard en prevalentie van enkelvoudige problemen en positieve kenmerken, zoals beschreven door verwijzers, te onderzoeken, evenals (2) de opeenstapeling en (3) mogelijk ordening van deze kenmerken in een steekproef van gezinnen verwezen naar de klinische en trauma-georiënteerde gezinsbehandeling [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 meervoudige 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW]. 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 (bijvoorbeeld 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). In onze studie zien we dat ouders kampen met vergelijkbare problemen als hun 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, gezien het inclusiecriteria van het [GEMASKEERD VOOR REVIEW]-programma dat ouders en hun kinderen zijn blootgesteld aan potentieel

traumatische gebeurtenissen. ACE's worden geassocieerd 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 negatieve gevolgen van ingrijpende, stressvolle ervaringen kunnen worden verminderd door beschermende factoren te versterken (Stack et al., 2015). In de huidige studie beschrijven verwijzers positieve kenmerken 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 een relatief hoog percentage gezinnen (30,2%). Dit is opmerkelijk 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).

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 Mokken Schaal Analyse (MSA) uitgevoerd om te onderzoeken of de problemen en positieve kenmerken 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. Deze inzichten helpen de behandelaar alert te zijn op waarschijnlijk samen voorkomende problemen en hier tijdens de diagnostische fase en behandeling rekening mee te houden (bijvoorbeeld door hierop door te vragen en/of overvraging te voorkomen).

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. Sommige verwijzers waren mogelijk beter op de hoogte van gezinskenmerken dan anderen en hun kennis varieerde mogelijk per gezinslid.

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 bevraagd, zoals het gezinsfunctioneren, de context en het sociaal netwerk. Als een bepaald probleem of positief kenmerk niet werd vermeld kunnen we niet met zekerheid zeggen of deze echt afwezig was of simpelweg niet werd genoemd door de verwijzer. Het is bekend 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 beoordelen.

In het bijzonder stellen we voor te onderzoeken of en, zo ja, hoe problemen en positieve kenmerken 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, aangezien de intakeformulieren alleen informatie bevatten over de beschrijving van aanwezigheid van een probleem of beschermende factor, 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 beschermende factor. Toekomstig onderzoek kan worden verbeterd door enkelvoudige, cumulatieve en hiërarchische problemen en beschermende factoren in GMCP te onderzoeken door middel van vragen met meerdere antwoordopties, zoals Likert-vragen.

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 positieve kenmerken 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).

Referenties

- Auteur (2001). [GEMASKEERD VOOR REVIEW]
- 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

- Chaffin, M., Bard, D., Hecht, D., & Silovsky, J. (2011). Change trajectories during home-based services with chronic child welfare cases. *Child Maltreatment, 16*(2), 114-125. <https://www.doi.org/10.1177/1077559511402048>
- 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>
- 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 Castelao, 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
- 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>
- 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). Intensieve 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
- 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., & Steketee, 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.10.1016/j.chilyouth.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.chilyouth.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>
- 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>
- 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.childyouth.2017.12.003>
- 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/189-204>. 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.
- Steketee, 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 Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- 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://www.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00626.x>
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: 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., 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.childyouth.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.

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

Kenmerk	M (SD)	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 ¹	1,91 (1,2)	1-5
	<i>n (%)</i>	
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 ²		
Enkelvoudig	9 (14,6%)	
Comorbide	8 (12,5%)	
(Gerapporteerde) psychiatrische diagnose bij kind ²		
Enkelvoudig	19 (19,2%)	
Comorbide	6 (6,1%)	

¹ 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 [GEMASKEERD VOOR REVIEW] behandelprogramma.

² Zoals vermeld door de verwijzer op het intakeformulier van het gezin. Klinische indrukken van behandelaren van [GEMASKEERD VOOR REVIEW] leiden tot het vermoeden dat onderrapportage hier aannemelijk is.

Tabel 2.

Problemen en positieve kenmerken bij gezinnen die de [GEMASKEERD VOOR REVIEW] 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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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 afhankelijk gedrag
	Weinig responsiviteit	19 (35,8%)	Ouder is weinig beschikbaar; reageert niet (snel) op behoeften van het kind/de kinderen
	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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		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
Positieve kenmerken		9 (17,0%)	Goed presteren en/of het naar het 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 social network rondom het gezin
<i>7) Hulpverlening</i>			
Problemen	Lange hulpverleningsgeschiedenis	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
Positieve kenmerken		28 (52,8%)	Goede relatie tussen het gezin en een hulpverlener; vertrouwen in hulp; gemotiveerd voor verandering

Tabel 3.

Aantal en proportie gezinnen met problemen en positieve kenmerkenbeschreven in meerdere domeinen

Aantal hoofddomeinen	Problemen N (% van gezinnen)	Positieve kenmerken 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%)	

Tabel 4.

Resultaten van de Mokken Schaal Analyse voor het domein 'Kindfactoren' (N= 53)

Item uit domein 'Kindfactoren'	M (populariteit) ¹	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; ¹ 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)