



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM



Parent Management Training Oregon

*Verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind,
voor en na de PMTO-behandeling*



Master Opvoedingsondersteuning

Universiteit van Amsterdam

Student: Lianne Bertling

Studentnummer: 10217622

Begeleider UvA: Prof. Dr. J. Hermanns

Tweede beoordelaar: Dr. E. Singer

Begeleider PI Research: Drs. G. Albrecht

Voorwoord

Met deze scriptie rond ik de master Opvoedingsondersteuning aan de Universiteit van Amsterdam af. Hoewel ik het hele jaar naar dit moment heb toegeleefd, voelt het toch een beetje onwerkelijk om de laatste woorden van mijn scriptie op papier te zetten. Ondanks het drukke schema is het afgelopen jaar voorbij gevlogen. Het was een leuk, inspirerend en leerzaam jaar, met als grote uitdaging het uitvoeren van een eigen masteronderzoek. Dit was nooit gelukt zonder de goede begeleiding van Jo Hermanns. Graag wil ik hem bedanken voor alle tijd die hij in mijn begeleiding heeft gestoken. Zijn betrokkenheid, wijze inzichten en positiviteit waren een goede drijfveer. Het huidige onderzoek is uitgevoerd vanuit PI Research, onder begeleiding van Gonnie Albrecht. Zonder Gonnie Albrecht was dit onderzoek er niet geweest. Graag wil ik haar bedanken voor haar inzet en de leerzame ervaring die ze me heeft geboden. Ik heb het erg naar mijn zin gehad bij PI Research, mede dankzij de leuke collega's en stagiaires, waaronder mijn studiegenoot Roos Kurstjens. Het huidige onderzoek was tevens niet tot stand gekomen zonder de enthousiaste medewerking van de PMTO-therapeuten. Graag wil ik hen bedanken voor hun inzet en de inspirerende gesprekken waarin zij hun kennis met mij hebben gedeeld. Daarnaast wil ik ook de vaders en moeders bedanken voor de openhartige interviews. De achtergrondinformatie die zij gaven vormde een mooie aanvulling op het onderzoek. Tot slot wil ik mijn ouders en broer bedanken voor hun geduld en ondersteuning en mijn vriend en vriendinnen voor hun luisterend oor en de positieve afleiding tijdens het schrijven van deze scriptie.

Abstract

Parent Management Training Oregon

Differences between paternal and maternal reports of child behaviour problems, before and after treatment with PMTO

Parent Management Training Oregon (PMTO) is an individual, intensive training for parents with children in the age of 4-12 years old who show severe externalizing behaviour problems. The aim of this study was to examine the differences between paternal and maternal reports of child behaviour problems, before and after treatment with PMTO. The dataset that was used is the property of PI Research and consists of 140 children whose mother and father filled in the Child Behavior Checklist before and after treatment. Paired samples t-tests were used to examine the mean differences between parents within a family. The results showed that, both before and after treatment, mothers reported significantly more problems (total problems, internalizing problems and externalizing problems) than fathers did, although the differences had become smaller after PMTO. While both parents reported decreases in total, internalizing and externalizing problems, mothers reported significantly larger decreases in total and internalizing problems than fathers did. The differences between paternal and maternal reports were found in combination with substantial correlations, which means that fathers and mothers agree on the type of behaviour problems, but not on the severity. In addition to the quantitative analyses, qualitative interviews were held with PMTO-therapists and families who received PMTO in the past. To a large extent the interviews confirm the results of the quantitative analyses. The most obvious explanation seems to be that in most Dutch families mothers are the primary caregivers. The interviews propose two additional explanations. On the one hand the therapists believe that fathers and mothers differ in their interpretation of the child's behaviour problems, on the other hand the therapists suggest that fathers and mothers differ in their parenting behaviour. PMTO-therapists have the important job to open up the conversation about the differences between both parents and to stimulate co-parenting. When the differences between fathers and mothers are transformed into abilities, parents create a nice balance in which they can complete and support each other.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	p. 5
2. Theoretische achtergrond	p. 8
3. Onderzoeksvragen	p. 25
4. Methode	p. 26
4.1 Onderzoeksopzet	p. 26
4.2 Onderzoeksgroep	p. 26
4.3 Procedure	p. 27
4.4 Instrumenten	p. 29
4.5 Analyses	p. 31
5. Resultaten	p. 35
5.1 Kwantitatief onderzoek	p. 35
5.2 Kwalitatief onderzoek	p. 42
6. Conclusie en discussie	p. 51
7. Samenvatting	p. 61
Literatuurlijst	p. 62
Bijlagen	p. 66
<i>Bijlage 1: Informed consent</i>	p. 66
<i>Bijlage 2: Interview met therapeuten over specifieke gezinnen</i>	p. 68
<i>Bijlage 3: Interview met ouders</i>	p. 69
<i>Bijlage 4: Interview met therapeuten over vaders en moeders in de PMTO-behandeling in het algemeen</i>	p. 71
<i>Bijlage 5: Instellingsverslag</i>	p. 72

1. Inleiding

Parent Management Training Oregon (PMTO) is een individuele, intensieve training voor ouders met kinderen van 4 tot en met 12 jaar die ernstige externaliserende gedragsproblemen vertonen. Voorbeelden hiervan zijn het structureel niet luisteren, tegendraadsheid, agressie naar leeftijdgenoten, liegen, stelen, weglopen, het aanrichten van vernielingen en het niet nakomen van afspraken. Deze gedragsproblemen komen soms voor in combinatie met hyperactiviteit of internaliserend probleemgedrag, zoals neerslachtigheid en problemen met sociale contacten (Albrecht, Van Leeuwen & Tjaden, 2010).

Het probleemgedrag van het kind wordt zowel bij de start als bij de afronding van een PMTO-behandeling gemeten met de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991). Deze masterscriptie zal zich richten op de verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind voor en na de behandeling met PMTO. Wanneer beide ouders een verschillend beeld hebben van het probleemgedrag van het kind, kan dit leiden tot verschillende opvattingen over hoe het kind opgevoed moet worden. Onenigheid over probleemgedrag van het kind en de omgang hiermee kan een kloof tussen de ouders vormen (Christensen et al., 1992).

Het belang van overeenstemming tussen de ouders wordt aangetoond in een meta-analyse van Teubert en Piquart (2010), over het verband tussen gezamenlijk opvoeden door de ouders en de ontwikkeling van het kind. Het begrip gezamenlijk opvoeden is door de auteurs opgesplitst in vier dimensies: samenwerking, overeenstemming over de opvoeding, conflict en triangulatie. Samenwerking houdt in dat ouders informatie over hun kind met elkaar delen en elkaar steunen en respecteren. Overeenstemming over de opvoeding wordt gedefinieerd als de mate waarin beide ouders het met elkaar eens zijn over uiteenlopende onderwerpen binnen de opvoeding. Conflict daarentegen verwijst naar de mate waarin ouders het oneens zijn en ruzie maken over de opvoeding. Ook het bekritisieren, kleineren of beschuldigen van de ander vallen onder het begrip conflict. Triangulatie houdt tot slot in dat het kind bij ouderlijke conflicten betrokken wordt, waarbij één van de ouders samen met het kind een bond tegen de andere ouder vormt (Teubert & Piquart, 2010).

Alle vier de dimensies waren significant gerelateerd aan internaliserende en externaliserende symptomen van het kind. Toenames in conflict en triangulatie waren gerelateerd aan meer internaliserende en externaliserende symptomen, terwijl toenames in samenwerking en overeenstemming gerelateerd waren aan minder internaliserende en externaliserende symptomen. De effectgroottes waren allemaal klein. De vier dimensies

vormen echter samen het begrip gezamenlijk opvoeden, dus is het logisch om de vier kleine effectgroottes bij elkaar op te tellen (Teubert & Pinquart, 2010).

Drie van de vier dimensies waren tevens gerelateerd aan het sociaal functioneren van het kind. Toenames in samenwerking en overeenstemming waren gerelateerd aan een beter sociaal functioneren van het kind, terwijl een toename in conflict gerelateerd was aan een minder goed sociaal functioneren. De effectgroottes waren wederom klein tot erg klein (Teubert & Pinquart, 2010).

De klinische status van het kind bleek een significante moderator te zijn voor de relatie tussen overeenstemming en externaliserende symptomen van het kind en voor de relatie tussen conflict en het sociaal functioneren van het kind. Studies met een klinische steekproef vonden voor deze twee relaties significant grotere effectgroottes. Wanneer er bij kinderen sprake is van klinische problematiek is het voor deze kinduitkomsten dus nog belangrijker dat ouders het met elkaar eens zijn over de manier van opvoeden en elkaar niet beschuldigen of bekritisieren (Teubert & Pinquart, 2010).

Tot slot hebben de auteurs gekeken of er sprake is van een longitudinale relatie tussen gezamenlijk opvoeden en positieve uitkomsten bij het kind. Een gezamenlijke opvoeding door de ouders bleek een significante voorspeller te zijn van een beter sociaal functioneren, een positieve gehechtheidsrelatie met de ouders en minder externaliserende en internaliserende symptomen van het kind. De gemiddelde effectgrootte was erg klein (Teubert & Pinquart, 2010).

Het huidige masteronderzoek is uitgevoerd vanuit PI Research, “een centrum voor onderzoek, innovatie en opleiding gericht op de ontwikkeling, opvoeding en behandeling van kinderen en jeugdigen” (PI Research, 2010). PI Research is verantwoordelijk voor de implementatie van PMTO in Nederland en leidt ambulante hulpverleners op tot PMTO-therapeuten. Tevens is het Kenniscentrum PMTO Nederland ondergebracht bij PI Research. Dit centrum heeft een systeem opgezet om de kwaliteit van PMTO te bewaken en houdt zich bezig met het doorontwikkelen van de methodiek en het initiëren van nieuw onderzoek naar PMTO. Het Kenniscentrum heeft als doel om de ontwikkelde kennis en expertise over PMTO te bundelen, zodat instellingen die PMTO (gaan) uitvoeren optimaal ondersteund kunnen worden (PMTO, 2010).

In de volgende paragraaf zal de theoretische achtergrond van dit masteronderzoek uiteen worden gezet. Deze begint met een beschrijving van het theoretische model dat ten grondslag ligt aan PMTO, waarna kort wordt stilgestaan bij de vorm van de behandeling, de kwaliteitsbewaking, de effectiviteit en de positie van PMTO ten opzichte van andere

ouderinterventies. Daarna zal er een overschakeling worden gemaakt naar de rol van vaders in de opvoeding en hun deelname aan oudertrainingen. Tot slot zullen enkele eerder uitgevoerde studies naar de overeenstemming en verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind worden besproken.

In de daaropvolgende hoofdstukken zal verslag worden gedaan van het eigen masteronderzoek. Om te beginnen is er aandacht voor de onderzoeksvragen die centraal staan. Vervolgens worden in de methodesectie de onderzoeksopzet, onderzoeksgroep, procedure, instrumenten en analyses van het huidige onderzoek beschreven. In de resultatensectie wordt daarna antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. Tot slot zal deze masterscriptie eindigen met een conclusie en discussie, waarin naar aanleiding van het onderzoek tevens enkele aanbevelingen worden gedaan.

2. Theoretische achtergrond

Het Social Interaction Learning model

Het theoretische model dat ten grondslag ligt aan PMTO is het Social Interaction Learning model, waarin de sociale interactietheorie en de sociale leertheorie samenkomen. Beide theorieën benadrukken de rol van de sociale omgeving in het ontstaan en in stand houden van probleemgedrag van het kind (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004).

Vanuit het sociale interactieperspectief wordt gekeken naar de omgang tussen gezinsleden, met name de opvoedstrategieën van de ouders. Kinderen passen hun gedrag aan, aan de acties van hun ouders. Wanneer ouders negatieve strategieën gebruiken om hun kind te laten gehoorzamen, creëren ze een omgeving waarin een dwingende interactie centraal staat. De sociale leertheorie beschrijft hoe deze dwingende interactiepatronen in stand worden gehouden door bekrachtiging (Forgatch et al., 2004). Wanneer het kind ongehoorzaam is, gebruikt de ouder negatieve strategieën om het kind te laten luisteren. Als reactie hierop gehoorzaamt het kind even, wat de negatieve strategieën van de ouder bekrachtigt. Het kind begint echter al snel te zeuren, te huilen of te schreeuwen. Op het moment dat de situatie escaleert geeft de ouder toe aan het kind. Op deze manier wordt het negatieve gedrag van het kind bekrachtigd. Het toegeven van de ouder is slechts een tijdelijke oplossing, de volgende keer zal de ouder nog meer dwingende technieken gebruiken om het kind te laten gehoorzamen. Het kind zal hier weer met negatief gedrag op reageren, omdat het heeft geleerd dat zulk gedrag wordt beloond. Op deze manier ontstaat een vicieuze cirkel, de zogeheten ‘coercive cycle’. Positief gedrag van het kind wordt genegeerd (Patterson, 1982; Patterson et al., 1992, zoals beschreven in Shaffer, 2005).

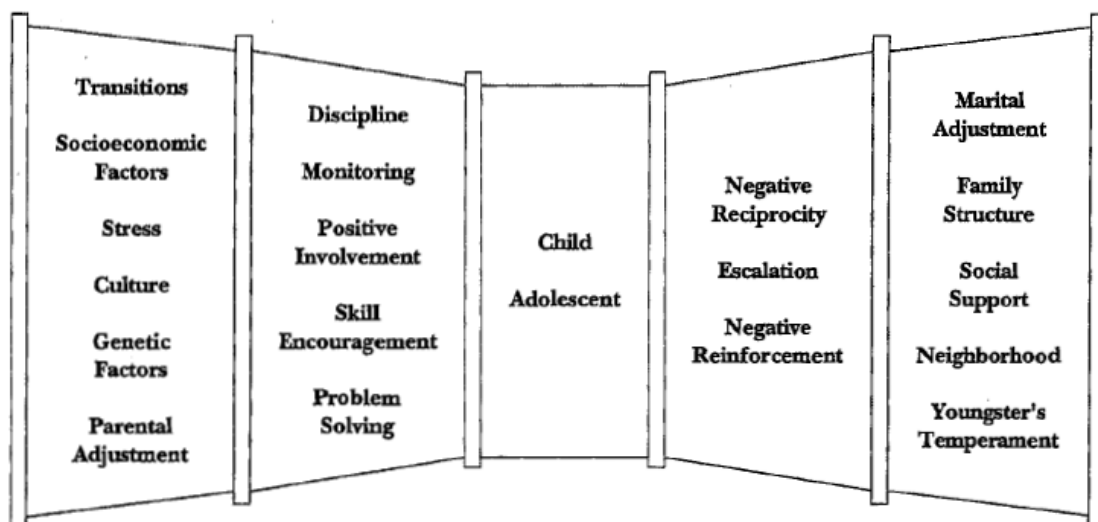
In figuur 1 staat het Social Interaction Learning model afgebeeld. Het kind bevindt zich in het midden van het model, tussen twee omgevingslagen. De eerste omgevingslaag bestaat uit de opvoedstrategieën van de ouders, die direct invloed hebben op de ontwikkeling van het kind (Forgatch et al., 2004). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen dwingende (rechts) en positieve (links) strategieën.

Negatieve wisselwerking, escalatie en negatieve bekrachtiging zijn dwingende opvoedstrategieën die een gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind belemmeren en probleemgedrag bevorderen. In een gezin waarin een dwingende interactie centraal staat leren ouders hun kind negatieve strategieën om met conflicten en stressvolle situaties om te gaan (Forgatch et al., 2004). Grenzen stellen, toezicht houden, positieve betrokkenheid, aanmoedigen en problemen oplossen zijn positieve opvoedstrategieën die, zowel afzonderlijk

als in interactie met elkaar, bijdragen aan een gezonde ontwikkeling van het kind (Forgatch et al., 2004). Positieve opvoedstrategieën kunnen het kind beschermen tegen het ontwikkelen van externaliserende gedragsproblemen (Thijssen, De Ruiter & Albrecht, 2008).

De kwaliteit van de opvoeding wordt beïnvloed door bredere contextuele factoren, zij vormen de tweede omgevingslaag. Contextuele factoren hebben, via de opvoedstrategieën van de ouders, indirect invloed op de ontwikkeling van het kind (Forgatch et al., 2004). Wanneer gezinnen te maken hebben met ongunstige contextuele factoren, zoals een onveilige buurt, een echtscheiding of een lastig temperament van het kind, worden positieve opvoedstrategieën van de ouders nog belangrijker (Thijssen et al., 2008). Het doel van PMTO is om bij ouders het gebruik van dwingende opvoedstrategieën te verminderen en deze te vervangen door de vijf effectieve, positieve opvoedstrategieën (Forgatch et al., 2004).

Figuur 1. Het Social Interaction Learning model



(Gekopieerd uit Forgatch et al., 2004)

De strategie *grenzen stellen* leert ouders, op een gepaste en consistente wijze, milde straffen in te zetten als het kind ongewenst gedrag vertoont. Het kind leert van zijn ouders bovendien hoe het keuzes kan maken om de milde straffen te voorkomen. *Toezicht houden* heeft betrekking op vaardigheden van ouders om effectief zicht te kunnen houden op het leven van hun kind, zoals contact met leeftijdsgenoten en activiteiten buitenshuis. Hierbij leren ze inzicht te krijgen in de risico's die sommige situaties met zich meebrengen. Onder *positieve betrokkenheid* vallen de vele manieren waarop ouders hun kind liefdevolle aandacht kunnen

geven. Ouders leren hoe ze op een positieve manier tijd kunnen doorbrengen met hun kind door interesse te tonen en samen leuke activiteiten te ondernemen. De strategie *aanmoedigen* leert ouders het gewenste gedrag van het kind te versterken en het zelfvertrouwen van het kind te vergroten door complimenten te geven en het kind te belonen. Vaardigheden voor *problemen oplossen* helpen ouders om samen met hun kind op een constructieve wijze tot een oplossing te komen. Door te onderhandelen leren kinderen om samen te werken en problemen op een positieve manier aan te pakken (Van Leeuwen & Albrecht, 2008).

Naast de vijf positieve opvoedstrategieën krijgen de ouders tevens vier ondersteunende strategieën aangeleerd: het geven van duidelijke instructies, het bijhouden van gedrag, emotieregulatie en communiceren. Deze vaardigheden helpen de ouders bij het uitvoeren van de positieve opvoedstrategieën. Effectieve instructies vergroten de kans dat het kind naar de ouders luistert. Het bijhouden van het gedrag van het kind zorgt voor een goed beeld van wanneer en hoe vaak het probleemgedrag zich voor doet. Bovendien biedt het de ouders inzicht in de situatie en de factoren die een rol spelen in de totstandkoming van het gedrag. Emotieregulatie houdt enerzijds in dat ouders om leren te gaan met hun negatieve emoties door rustig te blijven. Anderzijds leren ouders positieve emoties te delen met hun kind, zoals het geven van complimentjes en het tonen van affectie. Tot slot leren de ouders goed communiceren met behulp van actieve luister- en gespreksvaardigheden (Albrecht et al., 2010).

De PMTO-behandeling

PMTO is een therapie voor ouders, kinderen komen niet mee naar bijeenkomsten. De behandeling is individueel en wordt op maat gegeven. Dit betekent dat de behoeftes van het gezin bepalen welke effectieve opvoedstrategieën prioriteit hebben. Alleen de start van de behandeling is voor iedereen gelijk. De onderwerpen duidelijke instructies geven, aanmoedigen en grenzen stellen komen als eerste aan bod, omdat het cruciale punten zijn waarop het vaak fout gaat in gezinnen die zich aanmelden voor PMTO. Door hier vroeg in de behandeling aandacht aan te besteden kunnen de ouders succeservaringen opdoen en krijgt het kind zelfvertrouwen (Van Leeuwen & Albrecht, 2008). De strategie grenzen stellen wordt hierbij altijd vooraf gegaan door de strategie aanmoedigen, zodat ouders die vroegtijdig met de behandeling stoppen niet enkel hebben geleerd om hun kind te straffen. Na deze drie vaste onderwerpen wordt de behandeling afgestemd op het gezin. De therapeut is flexibel en gaat in op de behoeftes van de ouders (Albrecht et al., 2010).

Om ouders de positieve opvoedstrategieën te leren wordt in PMTO-behandelingen gebruik gemaakt van rollenspel. Rollenspel biedt ouders de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden te oefenen onder begeleiding van de therapeut. Tegelijkertijd wordt duidelijk hoe in de interacties tussen gezinsleden bepaalde patronen ontstaan. Therapeuten geven zowel foute als goede voorbeelden, zodat ouders zien hoe verschillende reacties tot verschillende uitkomsten leiden. Elk rollenspel wordt na afloop met de ouders besproken, waarbij de therapeut hen vraagt om specifiek gedrag te benoemen dat tot negatieve of positieve uitkomsten leidde. Door gedrag en regels expliciet te benoemen worden er bij de ouders cognitieve processen geactiveerd. Tot slot heeft rollenspel ook een diagnostische functie. Aan de hand van de gespeelde rollenspellen kunnen therapeuten de sterke en zwakke punten van ouders identificeren, zodat ze kunnen bepalen welke onderdelen nog wat extra oefening vergen (Forgatch et al., 2004).

De PMTO-sessies duren één uur en vinden wekelijks plaats. Na afloop van elke sessie krijgen ouders de instructie om de geleerde vaardigheden thuis in praktijk te brengen. De therapeut belt in de loop van de week om deze thuisopdracht te bespreken en de ouders eventueel bij te sturen. Deze telefoonsessies duren maximaal een kwartier. Een PMTO-behandeling bestaat gemiddeld uit 15 tot 25 bijeenkomsten (Thijssen et al., 2008).

Het Fidelity of Implementation Rating System

De vaardigheden en technieken die een PMTO-therapeut nodig heeft om het leerproces van ouders te optimaliseren worden beschreven in het Fidelity of Implementation Rating System (FIMP). Met dit instrument kan systematisch worden nagegaan of de therapeut PMTO uitvoert zoals bedoeld (Knutson, Forgatch & Rains, 2003, zoals beschreven in Albrecht, 2009). De FIMP analyseert het handelen van de therapeut op vijf dimensies: PMTO kennis, structuur, didactische vaardigheden, procesvaardigheden en algehele kwaliteit. Het instrument vormt een belangrijk hulpmiddel bij de opleiding, supervisie en certificering van PMTO-therapeuten. Zowel tijdens de opleiding als daarna worden alle behandelingen die een therapeut geeft opgenomen op DVD. Deze opnames worden vervolgens gescoord aan de hand van de FIMP (Albrecht, 2009). Onderzoek toont aan dat de FIMP een betrouwbaar en valide instrument is om een effectieve uitvoering van PMTO te meten. Een hogere score op de FIMP hangt samen met meer positieve veranderingen in het gedrag van het kind en de ouders in PMTO (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005)

De opleiding tot PMTO-therapeut

De opleiding tot PMTO-therapeut bestaat uit 5 workshops, verdeeld over 18 dagen. Na de eerste 9 dagen mag een therapeut-in-opleiding starten met zijn eerste gezinnen. Tijdens de opleiding kijken therapeuten alle behandelingen in hun geheel terug, zodat ze op hun eigen handelen en het verloop van de bijeenkomst kunnen reflecteren. Naast zelfreflectie dragen ook supervisie en schriftelijke feedback van de opleiders en supervisors bij aan het intensieve leerproces van de therapeut (Albrecht, 2009).

Wanneer therapeuten voldoende opleiding en oefening hebben gehad en PMTO voldoende uitvoeren zoals bedoeld, worden ze uitgenodigd om te starten met certificeren. Om een certificering te ontvangen moet een therapeut op een viertal DVD's positief worden beoordeeld. De licentie is steeds een jaar geldig (Albrecht, 2009). In totaal duurt de opleiding tot PMTO-therapeut ongeveer 13 tot 18 maanden (Zwikker & van Everdingen, 2008). Na de opleiding blijven therapeuten de FIMP gebruiken om steekproefsgewijs op hun behandelingen te reflecteren. Ook de wekelijkse supervisie wordt in stand gehouden (Albrecht, 2009).

De effectiviteit van PMTO

De effectiviteit van PMTO in Nederland wordt momenteel onderzocht. In 2008 is de Universiteit van Maastricht gestart met een Randomized Controlled Trial (RCT) waarin PMTO wordt vergeleken met het huidige zorgaanbod voor deze doelgroep, 'care as usual' (Thijssen et al., 2008). Naast de effectiviteit van PMTO in Nederland onderzoeken zij tevens de behandelintegriteit. De Rijksuniversiteit Groningen maakt een analyse van de kosteneffectiviteit (Zwikker & van Everdingen, 2008). De effectiviteit van PMTO binnen de Nederlandse pleegzorg wordt momenteel onderzocht door de Universiteit van Amsterdam. Ook zij vergelijken, met behulp van een RCT, het effect van PMTO met de reguliere en reeds bestaande begeleiding.

Hoewel er dus nog geen direct bewijs is voor de effectiviteit van PMTO in Nederland, is er wel direct bewijs vanuit het buitenland. Sinds het ontstaan van PMTO zijn er in de Verenigde Staten verschillende studies uitgevoerd naar de effectiviteit van de behandeling. De eerste twee onderzoeken, daterend uit de jaren '70, toonden met behulp van een RCT aan dat PMTO effectiever is dan een placeboconditie (Walter & Gilmore, 1973) en een wachtlijstcontroleconditie (Wiltz & Patterson, 1974). Deze twee kleinschalige studies, die beide slechts 12 gezinnen onderzochten, hadden betrekking op klinisch doorverwezen jongens. Alleen de jongens in de experimentele groep lieten een significante afname in probleemgedrag zien.

Deze uitkomsten zijn gerepliceerd in een iets grotere RCT van 19 gezinnen, waaraan zowel klinisch doorverwezen jongens als meisjes deelnamen. (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982).

De positieve effecten van PMTO zijn vervolgens bij verschillende gezinsstructuren gevonden. Naast gezinnen met twee biologische ouders is PMTO ook effectief gebleken bij recent gescheiden, alleenstaande moeders. In 1992 is het Oregon Social Learning Center een experimenteel, longitudinaal onderzoek gestart naar de effectiviteit van PMTO bij pas gescheiden moeders. Deze zogeheten Oregon Divorce Study II bestond uit 238 moeders en hun 6-9 jarige zoons. Martinez & Forgatch (2001) onderzochten het effect van PMTO op de ongehoorzaamheid van het kind en dwingende en positieve opvoedstrategieën van de moeder. De metingen, waarbij meerdere methodes en informanten werden gebruikt, vonden plaats bij aanvang en na 6, 12, 18 en 30 maanden. De resultaten lieten zien dat PMTO effectief is als preventieve interventie. PMTO beschermde de experimentele groep tegen toenames in ongehoorzaamheid van het kind en dwingend disciplineren door de moeder enerzijds en afnames in het gebruik van positieve opvoedstrategieën door de moeder anderzijds. Er was sprake van een klassiek preventie-effect: participanten uit de experimentele groep hadden stabiele trajecten gedurende de 30 maanden, terwijl de participanten uit de controlegroep verslechterden (Martinez & Forgatch, 2001).

Het positieve effect van de behandeling op ongehoorzaamheid van het kind werd gemedieerd door verminderde niveaus van dwingend disciplineren en verhoogde niveaus van positieve opvoedstrategieën van de moeder. Hoewel dwingend disciplineren en positief opvoeden beide een unieke bijdrage leverden, was de associatie tussen positief opvoeden en afname in ongehoorzaamheid van het kind iets sterker. De uitkomsten van deze studie bieden steun aan het Social Interaction Learning Model (Martinez & Forgatch, 2001).

DeGarmo en Forgatch (2005) hebben de uitkomsten van de Oregon Divorce Study II verder uitgebreid. Zij vonden in de experimentele groep significant grotere afnames in criminaliteit (gerapporteerd door leraren op basis van de Teacher Report Form) en omgang met negatief beïnvloedende leeftijdgenoten (gerapporteerd door de kinderen zelf op basis van 5 items die met waar of niet waar beantwoord moesten worden) dan in de controlegroep. Nadere analyses wezen uit dat het positieve effect van PMTO op de criminaliteit van het kind werd gemedieerd door verbeterde opvoedvaardigheden van de moeder en verminderde omgang met negatief beïnvloedende leeftijdgenoten. De uitkomsten bieden opnieuw steun aan het Social Interaction Learning Model.

Naast gescheiden moeders is PMTO ook succesvol toegepast bij stiefgezinnen (DeGarmo & Forgatch, 2007). De behandeling had naast een effect op moeders ook een uniek effect op stiefvaders. Een toename in effectieve opvoedvaardigheden van stiefvaders kort na de interventie voorspelde een afname in depressie en ongehoorzaamheid van kinderen 24 maanden later.

De eerste RCT naar PMTO buiten de Verenigde Staten vond plaats in Noorwegen. De resultaten van deze studie lieten zien dat kinderen na de behandeling minder externaliserend probleemgedrag vertoonden en over betere sociale vaardigheden beschikten. Ook de ouders lieten positieve resultaten zien als een gevolg van de behandeling, de opvoedstrategie grenzen stellen was bij hen significant verbeterd. Deze verbetering bleek op zijn beurt een voorspeller te zijn van gehoorzaamheid van het kind en minder negatieve reacties en externaliserend gedrag van het kind (Ogden & Hagen, 2008).

Het onderzoek naar PMTO stopt hier niet. Er wordt voortdurend nieuw onderzoek geïnitieerd om de theoretische basis en daaropvolgend de inhoud van de behandeling aan te passen. De aanpassingen vormen op hun beurt weer het onderwerp van nieuw onderzoek (Albrecht et al., 2010).

PMTO ten opzichte van andere ouderinterventies

Er bestaan een aantal ouderinterventies die net als PMTO gebaseerd zijn op principes van de sociale leertheorie en die vergelijkbare doelen hebben met PMTO. De programma's Triple P (niveau 4 en 5), Minder Boos en Opstandig en Incredible Years zijn eveneens gericht op het verbeteren van de opvoedvaardigheden van ouders, zodat de gedragsproblemen van het kind afnemen. De positie van PMTO ten opzichte van deze interventies is onderzocht door Berger en van Everdingen (2006). Hun conclusie luidt dat PMTO zich op de onderdelen methodiek, deskundigheidsbevordering en implementatie en effectiviteit positief onderscheidt van de andere intensieve ouderinterventies.

Hoewel er tussen de vier programma's veel overeenkomsten zijn wat betreft de opvoedvaardigheden die ouders leren en de methodes die hiervoor worden gebruikt, wordt bij PMTO de behandeling specifiek afgestemd op het individuele gezin. PMTO is een behandeling op maat. Er wordt, in tegenstelling tot andere programma's die binnen een instelling worden uitgevoerd, ook niet met groepen gewerkt. Een PMTO-behandeling is bovendien intensiever en heeft een grotere tijdsinvestering per gezin. Bij PMTO wordt tevens meer tijd besteed aan de training en begeleiding van therapeuten en is de kwaliteitsbewaking breder dan bij de andere interventies. Tot slot onderscheidt PMTO zich van de programma's

Minder Boos en Opstandig en Incredible Years vanwege het implementatieonderzoek in Nederland. In dit onderzoek wordt gekeken op welke manier en in welke mate PMTO wordt gebruikt in het werkveld (Berger & van Everdingen, 2006).

De rol van vaders in de opvoeding en ontwikkeling van kinderen

In de loop van de geschiedenis heeft het vaderschap steeds een andere invulling gekregen. Voor een lange tijd bestond de rol van de vader primair uit de morele opvoeding van kinderen, met name op het gebied van religie. Met de opkomst van de industrialisatie verschoof de nadruk van moreel leiderschap naar economisch levensonderhoud en werd kostwinning de belangrijkste taak van vaders. Daarna kwam het belang van vaders in de ontwikkeling van de gender-indentiteit van kinderen centraal te staan. Pas eind jaren '70 ontstond het nieuwe beeld van de warme, koesterende vader die in brede zin betrokken is bij het leven van zijn kinderen (Pleck & Pleck, 1997; Lamb, 1986, zoals beschreven in Lamb, 1998).

De afgelopen dertig jaar heeft het vaderschap een bredere invulling gekregen, de verschillende rollen komen naast elkaar voor. In veel gezinnen blijft de rol van de vader als kostwinner centraal staan. Het economisch onderhouden van het gezin kan indirect een belangrijke bijdrage leveren aan de opvoeding en emotionele gezondheid van het kind. Een tweede manier waarop de vader indirect invloed heeft op de opvoeding en ontwikkeling van het kind is als bron van emotionele en concrete steun voor de moeder (Parke, Power & Gottman, 1979, zoals beschreven in Lamb, 1998). Emotionele steun van de vader kan de kwaliteit van de moeder-kindrelatie versterken en zo een positieve ontwikkeling van het kind bevorderen (Cummings & Watson O'Reilly, 1997, zoals beschreven in Lamb, 1998). Concrete steun van de vader, in de vorm van huishoudelijke taken en de verzorging van het kind, kan de werklast van de moeder verminderen (Pleck, 1983; Pleck, 1984, zoals beschreven in Lamb, 1998). Tegelijkertijd fungeert de vader als een rolmodel voor het kind. Tot slot beïnvloeden vaders hun kinderen ook via directe interacties, zoals verzorgen en spelen (Lamb, 1998). Ten opzichte van het verleden hebben vaders tegenwoordig meer tijd voor directe interacties met hun kind. Vroeger werkten vaders vaak zes dagen per week, waarbij ze veel uren maakten. Sociale wetgeving heeft de positie van werknemers verbeterd, waardoor vaders tegenwoordig meer tijd kunnen doorbrengen met hun kinderen.

In het verleden richtte onderzoek naar opvoedingsgedrag van ouders zich enkel op moeders. Sinds enkele jaren wordt er meer betekenis gehecht aan de vaderrol en vormt naast het gedrag van moeders ook het gedrag van vaders onderwerp van studie (Dekovic & Rispen,

1998). Onderzoek naar vaders heeft zich primair gericht op directe interacties tussen vader en kind. Uit deze studies blijkt consequent dat in doorsnee Westerse gezinnen vaders veel minder tijd doorbrengen met hun kinderen dan moeders (Pleck, 1997, zoals beschreven in Lamb, 1998).

Nederlands onderzoek bevestigt dit. In een representatieve steekproef van 542 vaders van 31 tot 49 jaar viel 84% van de vaders in de categorie niet-zorgend of iets-zorgend (Duindam & Spruijt, 1998). Ook in gezinnen van Turkse (Nijsten, 1998), Marokkaanse (Pels, 1998), Antilliaanse (Vedder, 1998), Surinaams-Creoolse (Distelbrink, 1998) en Chinese (Geense, 1998) herkomst bleken vaders minder betrokken te zijn bij zorgtaken dan moeders.

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek, over de periode 2007-2009, blijkt dat in het merendeel van de Nederlandse gezinnen de moeder de hoofdopvoeder is. Van de 1,6 miljoen (echt)paren met minstens één minderjarig kind geeft 72% van de moeders aan dat de zorg voor het gezin en het huishouden haar belangrijkste taak is. Van de vaders geeft slechts 8,6% dit aan. Voor een grote meerderheid van de vaders (86,9%) is betaald werk de belangrijkste vorm van tijdsbesteding (Korvorst & Traag, 2010).

In de periode 2007-2009 waren er meer moeders dan vaders die niet of weinig werkten. Van de 1,6 miljoen gezinnen met minstens één kind van minderjarige leeftijd gaven 360 duizend moeders aan niet of minder dan 12 uur per week te werken, tegenover 53 duizend vaders. Voor moeders was de zorg voor het gezin de belangrijkste reden om niet of weinig te werken. Vaders daarentegen gaven voornamelijk ziekte of arbeidsongeschiktheid als verklaring (Korvorst & Traag, 2010).

In de meeste gezinnen in Nederland hebben beide ouders een baan buitenshuis, maar werkt de vader meer dan de moeder (Korvorst & Traag, 2010). Na de geboorte van hun eerste kind gaan veel vrouwen minder werken. De meeste jonge moeders kiezen voor een deeltijdbaan van 20 tot 27 uur (Mol, 2008). Deze afname in arbeidsparticipatie is niet alleen zichtbaar bij autochtone moeders, maar geldt ook voor Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse moeders. Bij de komst van het tweede en derde kind loopt de arbeidsdeelname onder moeders nog verder terug, maar in mindere mate dan bij het eerste kind (Das, 2006).

Wat betreft de zorg voor kinderen en huishoudelijke taken is er in onze huidige samenleving dus geen sprake van een gelijke verdeling tussen beide ouders. De dagelijkse opvoeding en verzorging van kinderen is vooral een taak van moeders. De resultaten van verschillende wetenschappelijke onderzoeken (Lamb, 1981; Goldman & Goldman, 1983; Lamb, 1997; Lewis, 1997, zoals beschreven in Lamb, 1998), die aantonen dat de interacties tussen moeders en kinderen anders van aard zijn dan de interacties tussen vaders en kinderen,

sluiten hier bij aan. In het algemeen geven vaders de voorkeur aan fysieke activiteiten en wilde en opwindende spelletjes, terwijl moeders zich specialiseren in het verzorgen en voeden van het kind.

Een longitudinaal observatieonderzoek (Majdandžić, Möller, Bögels & van den Boom, 2011) naar de relatie tussen opvoedingsgedrag van vaders en moeders enerzijds en sociale angst van hun kinderen anderzijds, liet zien dat vaders hun kind in de peuterleeftijd meer uitdaagden om zijn/haar grenzen te verleggen dan moeders. Moeders waren op hun beurt meer overbetrokken dan vaders, dat wil zeggen dat zij zich vaker overmatig bemoeiden met het gedrag en de gevoelens van hun kind. Het verband tussen uitdagend, grensverleggend gedrag van de ouder en sociale angst van het kind bleek niet hetzelfde te zijn voor vaders en moeders. Wanneer vaders hun kind in de kleuterleeftijd meer uitdaagden, vertoonde hun kind een half jaar later minder sociale angst. Meer uitdaging van de moeders bleek daarentegen juist méér sociale angst te voorspellen. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring hiervoor dat uitdagend gedrag van moeders in strijd is met de verzorgende en steunende rol die kenmerkend is voor de moeder-kindrelatie (Majdandžić et al., 2011).

Deze verklaring is in lijn met de theorie van Paquette (2004, zoals beschreven in Majdandžić et al., 2011), die stelt dat de moeder-kindrelatie op de eerste plaats een gehechtheidsrelatie is, terwijl de vader-kindrelatie vooral activerend van aard is. Volgens deze theorie is de moeder er in de eerste plaats vooral om het kind te kalmeren en te steunen, terwijl de vader het kind uitdaagt om meer risico's te nemen en nieuwe situaties te exploreren. Het uitdagende spel van vaders zou kinderen stimuleren om een actieve, competitieve en zelfstandige houding aan te nemen in de buitenwereld.

Hoewel er dus aanwijzingen zijn voor verschillen in opvoedgedrag tussen vaders en moeders, zijn er ook studies die wijzen op overeenkomsten. Uit een studie van Doornenbal (1998), waarin vijftig vaders geïnterviewd werden over hun ouderschap, bleek het merendeel van de vaders (64%) gezag of controle te willen combineren met warmte en affectie. Net als het merendeel van de moeders streefden ze naar een affectieve interactie met hun kind. Door middel van affectieve relaties beïnvloeden vaders en moeders hun kinderen op een vergelijkbare manier (Lamb, 1998). Warmte, verzorging en intimiteit van de ouders gaan samen met een positieve ontwikkeling van het kind, of de betrokken ouder nu de moeder of de vader is. Een veilige, ondersteunende en wederkerige ouder-kindrelatie is gerelateerd aan een goede aanpassing van het kind (Lamb, 1998).

Het totaalbeeld van de rol die vaders spelen in de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen is dus divers. Lamb (1998), een gerenommeerd onderzoeker op dit gebied,

concludeert dat de hoeveelheid tijd die vaders met hun kinderen doorbrengen minder belangrijk is dan hoe ze die tijd invullen en hoe zij, hun partner en de bredere sociaal-culturele omgeving de relatie tussen vader en kind zien en beoordelen. Er bestaat volgens hem niet één enkele vaderrol die iedereen nastreeft. De eisen en voorschriften zijn afhankelijk van sociaal-culturele omstandigheden en de gezinssituatie. Afwezigheid van de vader kan een negatieve invloed hebben op het kind, omdat economische, sociale en emotionele aspecten van de vaderrol in deze gezinnen niet of niet adequaat worden vervuld (Lamb, 1998).

De betrokkenheid van vaders in oudertrainingen

Net als onderzoek naar opvoedgedrag van ouders waren oudertrainingen in het verleden vooral gericht op moeders, omdat zij gezien werden als de primaire opvoeders van het kind (Budd & O'Brien, 1982; Coplin & Houts, 1991; Hulbert, 2003; Lamb, 1997, zoals beschreven in Lundahl, Tollefson, Risser & Lovejoy, 2008). Verschillende wetenschappelijke onderzoeken hebben echter aangetoond dat ook vaders een belangrijke rol spelen in de sociaal-emotionele en gedragsmatige ontwikkeling van hun kind. Deze bevindingen veronderstellen dat het betrekken van vaders bij oudertrainingen een positief effect zal hebben (Lundahl et al., 2008). Een tweede argument om beide ouders bij oudertrainingen in opvoedvaardigheden te betrekken is dat het de consistentie tussen vader en moeder in de opvoeding vergroot. Door beide deel te nemen aan de interventie leren vader en moeder dezelfde strategieën te gebruiken om het kind te disciplineren. Na afloop kunnen ze tevens elkaar steunen in het gebruik van de nieuwe opvoedvaardigheden (Bagner & Eyberg, 2003, zoals beschreven in Tiano & McNeil, 2005).

Een meta-analyse naar de betrokkenheid van vaders bij oudertrainingen, gericht op probleemgedrag van het kind, onderzocht of deze betrokkenheid inderdaad tot betere uitkomsten leidde en of vaders en moeders in gelijke mate van oudertrainingen profiteren. Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden vergeleken de auteurs de uitkomsten van oudertrainingen waaraan alleen moeders deelnamen met de uitkomsten van oudertrainingen waaraan beide ouders deelnamen. Wanneer de uitkomsten direct na de interventie met elkaar vergeleken werden, lieten de studies met beide ouders sterkere effecten zien dan de studies waaraan alleen moeders deelnamen. De sterkere effecten hadden betrekking op positieve veranderingen in zowel het gedrag van het kind als het gedrag van de ouders. De sterkere effecten werden niet veroorzaakt door sociaal-economische status, het percentage alleenstaande moeders, de gemiddelde leeftijd van het kind of het format van de training (in een groep of individueel). Er is echter niet gekeken naar de motivatie van de ouders. Het is

mogelijk dat de vaders die deelnamen aan de oudertraining meer gemotiveerd waren dan de vaders die niet deelnamen, waardoor studies met beide ouders sterkere effecten vonden. Op lange termijn waren er geen significante verschillen meer tussen de effecten van studies waaraan alleen moeders deelnamen en de effecten van studies waaraan beide ouders deelnamen (Lundahl et al., 2008).

De resultaten met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag lieten zien dat vaders en moeders niet evenveel van oudertrainingen profiteren. Direct na de interventie lieten vaders minder verandering zien in hun opvoedgedrag en in hun perceptie over opvoeden. Tevens waren vaders direct na de interventie minder positief over veranderingen in het gedrag van het kind. Ze rapporteerden wel verbetering in het probleemgedrag, maar in mindere mate dan moeders. Op lange termijn lieten vaders nog steeds minder verandering in hun opvoedgedrag zien dan moeders (Lundahl et al., 2008).

Naar aanleiding van deze resultaten bespreken de auteurs enkele implicaties voor de praktijk, waarin ze pleiten voor deelname van vaders aan oudertrainingen. De betrokkenheid van vaders was direct na de interventie gerelateerd aan betere uitkomsten. De resultaten van studies waaraan naast moeders ook vaders deelnamen kwamen overeen met resultaten die gevonden werden in een eerder uitgevoerde meta-analyse naar de effecten van oudertrainingen (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006), terwijl de resultaten van studies met alleen moeders lager uitvielen. Na de interventie veranderden het gedrag en de percepties van vaders minder dan bij moeders. Dit zou kunnen betekenen dat ouderinterventies meer aangepast moeten worden aan de behoeftes van vaders. De auteurs concluderen dat hier meer onderzoek naar gedaan moet worden, waarbij tevens onderzocht moet worden hoe vaders en moeders samenwerken (of niet) om het geleerde in praktijk te brengen (Lundahl et al., 2008).

De overeenstemming en verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind

In 1987 vond de eerste meta-analyse (Achenbach, McConaughy & Howell) plaats naar de overeenstemming tussen verschillende informanten in de rapportage van gedrags- en emotionele problemen van kinderen van 1,5 tot 19 jaar. Tot de informanten behoorden ouders, leraren, medewerkers van de geestelijke gezondheidszorg, observeerders en de kinderen/adolescenten zelf. Zowel tussen de verschillende groepen als binnen de groepen werd de overeenstemming berekend met Pearson r . De resultaten lieten een substantiële overeenstemming zien tussen de rapportages van beide ouders ($r = 0.59, p < .001$). Zoals

verwacht was deze correlatie hoger dan de correlatie tussen ouders en andere informanten, die het kind in een andere context meemaken.

Over het geheel genomen kwamen rapportages van verschillende informanten meer overeen voor kinderen van 6 tot 11 jaar en voor externaliserende problemen dan voor kinderen van 12 tot 19 jaar en internaliserende problemen. Wanneer alleen naar de overeenstemming tussen vader en moeder werd gekeken, was het verschil tussen internaliserende en externaliserende problemen niet meer significant. De auteurs suggereerden dat de consistentie tussen ouders misschien in mindere mate wordt beïnvloed door het type problemen van het kind dan de consistentie tussen andere informanten. Het geslacht en de klinische status van het kind hadden geen invloed op de correlaties tussen verschillende informanten (Achenbach et al., 1987).

De meta-analyse van Achenbach en collega's (1987) is gebaseerd op studies die naar dimensionale schalen van probleemgedrag van het kind keken. Een studie naar de overeenstemming tussen ouders in de rapportage van probleemgedrag van het kind op het niveau van individuele items (Christensen, Margolin & Sullaway, 1992) liet ietwat andere resultaten zien. De steekproef bestond uit 137 gezinnen waarvan beide ouders de Child Behavior Checklist invulden voor hun kind van 3-13 jaar. De overeenstemming tussen vader en moeder werd berekend met Cohen's kappa. Daarnaast hebben de auteurs een moeder discrepantie index en een vader discrepantie index berekend. Een vergelijking van deze indexen laat zien of de verschillen tussen beide ouders random of systematisch zijn. De auteurs voorspelden dat moeders meer probleemgedrag zouden rapporteren dan vaders, omdat zij doorgaans meer betrokken zijn bij de opvoeding. Dit maakt moeders mogelijk bewuster en gevoeliger voor negatief gedrag van het kind.

De resultaten bevestigden de hypothese. Er was een lage overeenstemming tussen de rapportages van beide ouders ($k = 0.34, p < .01$) en uit een vergelijking van de indexen bleek dat moeders consistent meer probleemgedrag rapporteerden dan vaders. In tegenstelling tot de meta-analyse van Achenbach en collega's (1987), waarin de klinische status van het kind geen invloed had op de overeenstemming tussen ouders, nam het verschil tussen vader en moeder toe wanneer het kind ernstige niveaus van probleemgedrag vertoonde. Ook de mate van stress van de ouders was van invloed. Er werd onderscheid gemaakt tussen twee soorten stress: huwelijksstress (gemeten met de Dyadic Adjustment Scale en de Areas of Change Questionnaire) en stress omtrent ernstig probleemgedrag van het kind (gemeten met de Becker Bipolar Adjective Checklist en de Child Behavior Checklist) In gezinnen waarin sprake was van één of beide vormen van stress was het verschil tussen vader en moeder groter

dan in gezinnen zonder stress. Wanneer er bij de ouders sprake was van beide soorten stress was het verschil tussen vader en moeder bovendien groter dan wanneer er slechts sprake was van één vorm van stress (Christensen et al., 1992).

De overeenstemming tussen ouders werd groter naarmate de items van de vragenlijst meer objectief, beter observeerbaar en specifieker omschreven waren en betrekking hadden op gedrag dat meer storend en sociaal onwenselijk was. Omdat de subschaal Externaliseren meer items met deze kenmerken bevat dan de subschaal Internaliseren, kan het zijn dat ouders op items van deze schaal meer overeenstemming laten zien. De resultaten lieten een trend in deze richting zien (Christensen et al., 1992), terwijl de meta-analyse van Achenbach en collega's (1987) geen verschillen vond in de overeenstemming tussen ouders voor internaliserende en externaliserende problemen.

De meta-analyse van Achenbach en collega's (1987) onderzocht enkel de overeenstemming tussen verschillende informanten, er werd niet gekeken naar eventuele verschillen. Een tweede meta-analyse (Duhig, Renk, Epstein & Phares, 2000), die meer recent is uitgevoerd, onderzocht zowel de overeenstemming als de verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van gedrags- en emotionele problemen van kinderen en adolescenten. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen internaliserende, externaliserende en totale gedragsproblemen. Hoewel de meerderheid van de data verkregen is met de Child Behavior Checklist, zijn daarnaast ook de Eyberg Child Behavior Inventory, de Revised Behavior Problem Checklist en de Children's Depression Inventory gebruikt. In de meta-analyse zijn studies opgenomen met zowel normale kinderen als klinische en medische groepen kinderen (Duhig et al., 2000).

De resultaten lieten een matige overeenstemming zien tussen vaders en moeders in de rapportage van internaliserende gedragsproblemen ($r = 0.45, p < .000$) en een hoge overeenstemming tussen beide ouders in de rapportage van externaliserende ($r = 0.63, p < .000$) en totale gedragsproblemen ($r = 0.70, p < .000$). Deze bevindingen komen niet overeen met de meta-analyse van Achenbach en collega's (1987), waarin de consistentie tussen vader en moeder niet samenhang met het type problemen dat het kind vertoonde. Een tweede verschil tussen de meta-analyses heeft te maken met de leeftijd van het kind. Terwijl de eerste meta-analyse meer overeenstemming vond voor kinderen van 6 tot 11 jaar dan voor adolescenten, vond de meta-analyse van Duhig en collega's (2000) juist meer overeenstemming tussen de ouders voor adolescenten dan voor jongere kinderen. Dit gold alleen voor internaliserende en externaliserende problemen, op de schaal totale

gedragsproblemen werd dit verschil niet gevonden. Het geslacht van het kind had in beide meta-analyses geen invloed op de correlaties tussen vaders en moeders.

In tegenstelling tot de studie van Christensen en collega's (1992) vond de meta-analyse van Duhig en collega's (2000) geen significante verschillen tussen vaders en moeders. De data lieten wel een trend zien: over het geheel genomen rapporteerden moeders iets meer probleemgedrag dan vaders. Deze verschillen waren kleiner voor externaliserende gedragsproblemen dan voor internaliserende en totale gedragsproblemen. De auteurs concluderen dat verschillen tussen vaders en moeders niet de norm zijn. Indien zich in de praktijk toch verschillen voordoen tussen beide ouders achten zij het extra belangrijk die verschillen nader te bekijken (Duhig et al., 2000).

Om de betrouwbaarheid en stabiliteit van de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) voor Nederlandse kinderen te meten is bij 89 aselect gekozen kinderen en jeugdigen uit de algemene Nederlandse bevolking naast de test-hertest betrouwbaarheid ook de overeenstemming in scores tussen vader en moeder berekend. De *rs* voor de Totale Probleemscore, opgesplitst naar het geslacht en de leeftijd van het kind, varieerden van 0,65 tot 0,81 (Verhulst, van der Ende & Koot, 1996). Deze correlaties zijn iets hoger dan de correlatie van $r = 0,59$ die de eerste meta-analyse van Achenbach en collega's (1987) vond. Ondanks deze hoge overeenstemming tussen beide ouders werd een significant verschil gevonden, moeders van meisjes van 4 tot 11 jaar hadden hogere scores dan de vaders. In de klinische steekproef, die uit 251 kinderen van 4 tot 18 jaar bestond, was het verschil tussen vaders en moeders groter. Moeders van zowel meisjes als jongens van 4 tot 11 jaar en moeders van meisjes van 12 tot 18 jaar scoorden significant hoger dan de vaders (Verhulst et al., 1996). De huidige masterscriptie richt zich op gezinnen die behandeld zijn met PMTO, waarvan de kinderen veelal tot de klinische groep behoren.

Bovenstaande studies, naar de overeenstemming en verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind, laten gemengde resultaten zien. Over het geheel genomen zijn er matige tot hoge correlaties gevonden tussen de rapportages van beide ouders, maar lijken moeders meer problemen te rapporteren dan vaders, met name bij hogere niveaus van probleemgedrag van het kind. Dit zou betekenen dat vaders en moeders het wel eens zijn over de aard van het probleemgedrag, maar niet over het niveau van het probleemgedrag. Beide ouders zien dezelfde gedragsproblemen bij het kind, maar vaders schatten deze problemen minder hoog in dan moeders.

In de literatuur is weinig bekend over de verschillen in rapportage na behandeling met een gedragsinterventie. Wanneer er studies worden uitgevoerd naar de effecten van gedragsinterventies op ouders, hebben deze meestal betrekking op moeders. Indien het effect van de interventie op beide ouders wordt onderzocht, worden vaders en moeders vaak gezamenlijk onderzocht. Een review van studies uit de periode 1989-2003, naar de effecten van gedragsinterventies (gebaseerd op sociaal-leertheoretische principes) bij vaders en moeders van kinderen onder de 12 jaar met externaliserende gedragsproblemen, concludeert dat er in geen van de studies statistische analyses zijn uitgevoerd om de data van vaders en moeders te vergelijken. Hierdoor kunnen er geen uitspraken gedaan worden over verschillen in zelfrapportage tussen vaders en moeders (Tiano & McNeil, 2005).

Een uitzondering hierop vormt een onderzoek naar het effect van kortdurende kinderpsychotherapie gecombineerd met ouderbegeleiding, dat zowel vaders als moeders naar hun oordeel en tevredenheid over de behandeling heeft gevraagd. Beide ouders waren als groep van mening dat de kinderen duidelijk vooruit waren gegaan. Op het niveau van individuele gezinnen was de overeenstemming tussen vader en moeder over hun kind echter niet significant. De auteurs vermoeden dat vaders en moeders verschillende criteria hanteren bij het beoordelen van het therapieresultaat. De tevredenheid van beide ouders over het verloop van de behandeling stemde wel overeen (De Vroom & Hellendoorn, 1998).

Verschillen in rapportage tussen vaders en moeders vormen een belangrijk onderwerp. Wanneer ouders het oneens zijn over probleemgedrag van het kind, kan dit leiden tot verschillende opvattingen over hoe het kind opgevoed moet worden. Onenigheid over probleemgedrag van het kind en de omgang hiermee kan een kloof tussen de ouders vormen (Christensen et al., 1992). Zoals beschreven in de inleiding, wordt het belang van overeenstemming tussen de ouders aangetoond in een meta-analyse van Teubert en Pinquart (2010). Een gezamenlijke opvoeding door de ouders is gerelateerd aan minder internaliserende en externaliserende symptomen en een beter sociaal functioneren van het kind. Wanneer er bij kinderen sprake is van klinische problematiek, is het wat betreft externaliserende symptomen en het sociaal functioneren van het kind nog belangrijker dat ouders het met elkaar eens zijn over de manier van opvoeden en elkaar niet beschuldigen of bekritisieren (Teubert & Pinquart, 2010).

PMTO is een training voor ouders met kinderen die ernstige externaliserende gedragsproblemen vertonen, vaak in de klinische range. Een belangrijk streven van elke PMTO-behandeling is om beide ouders op één lijn te krijgen en de gezamenlijkheid in de opvoeding te bevorderen. Het in kaart brengen van eventuele verschillen in rapportage tussen

vaders en moeders kan hieraan bijdragen. Kennis over verschillen tussen ouders en inzicht in kenmerkende patronen kunnen richtlijnen vormen voor PMTO-therapeuten, zodat ze ouders hierin kunnen begeleiden. Het kan hierbij gaan om een specifieke benadering voor vaders of moeders, maar ook om het betekenis verlenen aan het geconstateerde verschil. De vraag die in dit masteronderzoek centraal staat luidt als volgt: ‘Wat zijn de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind voor en na de PMTO-behandeling?’

Zoals eerder genoemd is in de maatschappij steeds meer aandacht gekomen voor de rol van de vader in de opvoeding. Het huidige onderzoek is niet alleen van betekenis voor PMTO, maar draagt ook bij aan de kennis over vaders als opvoeders en de manier waarop zij kijken naar gedrag en gedragsverandering en de invloed die opvoeding hierop heeft. Daarnaast wordt de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) op grote schaal gebruikt in de Nederlandse jeugdzorg. Uitkomsten wat betreft verschillen tussen informanten zijn relevant voor iedereen die deze vragenlijst gebruikt.

3. Onderzoeksvragen

Zoals beschreven in het voorgaande hoofdstuk, heeft het huidige onderzoek als doel om de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind, voor en na de PMTO-behandeling, in kaart te brengen. Kennis over verschillen tussen ouders en inzicht in kenmerkende patronen kunnen richtlijnen vormen voor PMTO-therapeuten, zodat ze ouders hierin kunnen begeleiden en naar gezamenlijkheid in de opvoeding kunnen toewerken. Het doel van dit onderzoek is uitgewerkt tot de volgende vier deelvragen:

1. Wat zijn de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in het probleemgedrag dat ze voor de behandeling rapporteren?
2. Wat zijn de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in het probleemgedrag dat ze na de behandeling rapporteren?
3. Zijn er verschillen in de rapportage van toe- of afname van probleemgedrag tussen vaders en moeders?
4. Welke patronen zijn er tussen partners te vinden in relatie tot bovenstaande vragen?

Naast deze vier deelvragen zijn er drie verdiepingsvragen geformuleerd. Het doel van deze verdiepingsvragen is om een stap verder te gaan dan alleen het onderzoeken van verschillen in rapportage op de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991), door met behulp van kwalitatieve interviews ook naar de beleving van ouders te vragen. De verdiepingsvragen dienen achtergrondinformatie te geven over de manier waarop vaders en moeders het probleemgedrag van het kind beleven en hoe ze de PMTO-behandeling ervaren.

5. Zijn er verschillen tussen vaders en moeders in de mate waarin ze het gedrag van hun kind problematisch vinden?
6. Beleven vaders en moeders verschillen in de werkzaamheid van PMTO?
7. Zijn er verschillen tussen vaders en moeders in de interpretatie van de werkzame bestanddelen van PMTO?

4. Methode

4.1 Onderzoeksopzet

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Om te beginnen is met kwantitatieve analyses onderzocht of er verschillen zijn tussen vaders en moeders in het probleemgedrag dat ze voor en na de behandeling rapporteren, of er verschillen zijn tussen vaders en moeders in de rapportage van toe- of afname van probleemgedrag en welke patronen er tussen partners te vinden zijn. Als verdieping op deze kwantitatieve analyses zijn daarna kwalitatieve interviews afgenomen bij zowel ouders als therapeuten.

4.2 Onderzoeksgroep

Voor het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een reeds bestaande dataset, deze is eigendom van het Kenniscentrum PMTO Nederland. De dataset, die geanonimiseerd is, bestaat uit 140 kinderen waarvan beide ouders/vaste verzorgers de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) zowel voor als na de behandeling met PMTO hebben ingevuld. Deze vragenlijsten zijn door de instellingen die PMTO uitvoeren vrijwillig aangeleverd aan het Kenniscentrum PMTO Nederland, voor onderzoeksdoeleinden. De ouders hebben hiervoor toestemming gegeven.

Zoals beschreven is PMTO een interventie voor ouders met kinderen van 4 tot 12 jaar die ernstige externaliserende gedragsproblemen vertonen, soms in combinatie met internaliserende problemen. De regel is dat gezinnen in aanmerking komen voor een behandeling indien de score op externaliserende problemen op de CBCL binnen het grensgebied valt. Dit is echter niet bij alle gezinnen die aan PMTO deelnemen het geval, de scores op de CBCL worden ook bekeken in combinatie met de scores op de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992). Het kan dus ook voorkomen dat de score op de CBCL dicht tegen het grensgebied aan ligt en de score op de NOSI hoog is. Tot slot is er in sommige gezinnen sprake van een onderrapportage van problemen door ouders, maar krijgt het kind wel een hoge score op het Teacher's Report Form (Achenbach, 1991). Dit is vaak het geval in gezinnen met een ondertoezichtstelling. Om in aanmerking te komen voor PMTO hebben alle gezinnen een verwijzing gekregen van Bureau Jeugdzorg, de huisarts of instellingen uit de geestelijke gezondheidszorg (Albrecht et al., 2010).

De kernredenen waarom ouders bij PMTO terecht komen is omdat hun kind vastloopt, vaak op meerdere gebieden. Er zijn niet alleen gedragsproblemen in de thuissituatie, maar ook op school en in de buurt. Het komt ook voor dat ouders zich aanmelden na een geweldsincident tegen hun kind, omdat ze ervan schrikken en zo niet verder willen gaan. Tot slot wordt PMTO soms onder drang gegeven aan gezinnen met een ondertoezichtstelling. Deze ouders moeten deelnemen aan PMTO om een uithuisplaatsing van hun kind te voorkomen.

De 140 gezinnen die samen de dataset voor het kwantitatieve onderzoek vormen zijn afkomstig uit zes van de acht regio's waar PMTO wordt uitgevoerd. Het overgrote deel (62,1%) is behandeld door de instelling Yorneo uit regio Drenthe. De overige gezinnen zijn behandeld door Pactum uit regio Gelderland (13,6%), Dimence uit regio Overijssel (8,6%), de Bascule uit regio Noord-Holland (3,6%), de Rading uit regio Utrecht (3,6%) en Tender (vanaf 1 januari 2012 Juzt genaamd) uit regio Noord-Brabant (8,6%). De dataset bevat 96 jongens (68,6%) en 44 meisjes (31,4%). De gemiddelde leeftijd van de kinderen is 7.68 jaar ($SD = 2.22$). Naast biologische gezinnen bevat de dataset ook enkele pleeggezinnen, adoptiegezinnen en stiefgezinnen.

Het kwalitatieve onderzoek bestaat uit interviews met 4 gezinnen die PMTO hebben gehad en 11 PMTO-therapeuten. Van de vier gezinnen zijn de vader en moeder apart geïnterviewd. De gezinnen zijn afkomstig uit Assen, Breda, Kampen en Zevenaar. De instellingen waar zij de PMTO-behandeling hebben gekregen zijn Yorneo, Juzt, Dimence en Pactum. Bij twee van de vier gezinnen waren er twee kinderen met gedragsproblemen, dus in totaal gaat het om zes kinderen. Het waren vier jongens en twee meisjes. Ten tijde van de behandeling waren twee kinderen 6 jaar, de rest was 7, 8, 9 en 11 jaar oud. Van de elf therapeuten waren er zeven werkzaam bij Yorneo. De andere vier waren afkomstig van de Rading, Juzt, Dimence en Pactum. Eén van de elf therapeuten was tevens supervisor.

4.3 Procedure

Zoals beschreven is voor het kwantitatieve onderzoek gebruik gemaakt van een kant-en-klare dataset. Deze dataset is tevens gebruikt om de steekproeven voor het kwalitatieve onderzoek te trekken. Het kwalitatieve onderzoek bestaat uit drie delen: interviews met therapeuten over specifieke gezinnen, interviews met ouders en interviews met therapeuten over vaders en moeders in de PMTO-behandeling in het algemeen.

Tijdens de kwantitatieve analyses zijn enkele gezinnen opgevallen vanwege de zeer uiteenlopende scores van vader en moeder na de behandeling. Dit is opvallend, omdat in de

PMTO-behandeling beoogd wordt om de ouders op één lijn te krijgen. Binnen deze groep gezinnen waren verschillende patronen te onderscheiden. Voor het onderzoek zijn uit alle patronen gezinnen geselecteerd. De steekproef telt in totaal 10 gezinnen. De 6 therapeuten die deze gezinnen hebben behandeld zijn via een e-mail benaderd voor een telefonisch interview, om meer achtergrondinformatie te verzamelen over de uitzonderlijk scorende gezinnen. Eén therapeut was werkzaam bij de Rading, de andere vijf werkten bij Yorneo.

Voor de interviews met ouders is uit de reeds bestaande dataset van 140 kinderen random een steekproef van 4 gezinnen getrokken, waarvan beide ouders apart van elkaar zijn geïnterviewd. Tevens is bij de bijbehorende therapeut een telefonisch interview afgenomen. Er is geprobeerd om nog een vijfde gezin te benaderen, maar dit gezin kon niet meer op tijd worden bereikt. De therapeut van dit gezin is wel geïnterviewd.

Met behulp van SPSS is de lijst van 140 kinderen in een random volgorde gezet. Bij de werving is deze lijst van boven naar beneden afgegaan. Gezinnen werden uitgesloten van de steekproef indien de bijbehorende therapeut reeds tot de steekproef van specifieke gezinnen behoorde, om te voorkomen dat therapeuten dubbel in de steekproeven terecht kwamen. Dit is gedaan om eventuele bias te voorkomen. De kenmerken van de therapeuten zouden dan namelijk de uitkomsten van de interviews te veel kunnen beïnvloeden. Daarnaast kwamen tevens gezinnen waarvan de therapeut onbekend was, PMTO niet meer uitvoerde of met speciaal verlof was niet in de steekproef terecht. Wanneer een gezin niet wilde/kon deelnemen werd het eerstvolgende gezin op de lijst benaderd, op voorwaarde dat er niet meerdere gezinnen van één therapeut in de steekproef terecht kwamen. Deze voorwaarde is nogmaals gehanteerd om eventuele bias te voorkomen. De 140 gezinnen die samen de dataset vormen zijn behandeld door 31 verschillende therapeuten. Van 8 gezinnen is de therapeut onbekend. Het is niet duidelijk door hoeveel verschillende therapeuten deze gezinnen behandeld zijn.

Voordat de 4 gezinnen werden benaderd is er eerst contact gezocht met de therapeut die het gezin behandeld heeft, om toestemming te vragen. De therapeuten die toestemming gaven hebben vervolgens zelf het eerste contact gelegd met de ouders en het onderzoek kort toegelicht. Wanneer een gezin toestemde in deelname aan het onderzoek, gaf de therapeut hun contactgegevens door zodat de onderzoeker het gezin persoonlijk kon benaderen. Daarnaast is via de e-mail een afspraak gemaakt met de therapeuten zelf voor een telefonisch interview.

De interviews met de ouders zijn bij hun thuis afgenomen. Van tevoren kregen de deelnemers schriftelijk alle informatie over het onderzoek die zij nodig hadden om te beslissen of ze wel of niet deel wilden nemen. Alle deelnemende ouders hebben hun deelname

toegezegd met een informed consent (zie Bijlage 1), waarin ze tevens toestemming gaven voor het maken van geluidsopnames. De medewerking van de ouders was geheel vrijwillig, ze waren vrij om te stoppen met het interview wanneer ze dat wilden. Als dank voor hun deelname kregen de ouders een bioscoopbon van 25 euro per gezin.

De therapeuten zijn telefonisch geïnterviewd. De telefoon werd hierbij op luidspreker gezet, zodat er geluidsopnames gemaakt konden worden. Ook de therapeuten hadden van tevoren schriftelijk informatie gekregen over het onderzoek. Voor aanvang van het interview kregen ze nogmaals een mondelinge toelichting en de gelegenheid om vragen te stellen. In plaats van een schriftelijk informed consent hebben de therapeuten mondeling toestemming gegeven voor hun deelname en het maken van geluidsopnames. Deze toestemming is expliciet gevraagd en opgenomen.

Na afloop zijn alle interviews door de onderzoeker uitgewerkt en geanonimiseerd en overgedragen aan PI Research, waar alleen de 4 PMTO-opleiders toegang hebben tot de data. Alle respondenten, zowel de ouders als de therapeuten, hebben hier toestemming voor gegeven.

4.4 Instrumenten

4.4.1 Probleemgedrag van het kind volgens de Child Behavior Checklist

De Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) is een vragenlijst waarmee probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen worden gemeten. Er bestaat een versie voor kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar en een versie voor kinderen en jongeren van 6 tot en met 18 jaar. Beide versies zijn voor dit onderzoek gebruikt. De CBCL wordt individueel ingevuld door de ouders van het kind (Achenbach System of Empirically Based Assessment, 2012).

De CBCL 1,5-5 bestaat uit 99 vragen over emotionele problemen en gedragsproblemen van het kind, zoals waargenomen door de ouder. Per vraag geeft de ouder op een driepuntsschaal aan of deze momenteel of in de afgelopen 2 maanden van toepassing is (geweest) op het kind. Ze kunnen daarbij kiezen voor 0: helemaal niet, 1: een beetje of soms en 2: duidelijk of vaak. De CBCL 6-18 bestaat uit 118 vragen. Bij deze versie geven ouders per vraag op een driepuntsschaal aan of deze momenteel of in de afgelopen 6 maanden van toepassing is (geweest) op het kind (Achenbach System of Empirically Based Assessment, 2012). Enkele voorbeelden van vragen zijn: ‘Voelt zich waardeloos of minderwaardig’; ‘Spreekt veel tegen of maakt veel ruzie’; ‘Lijkt zich niet schuldig te voelen na zich misdragen te hebben’; ‘Klaagt over zich eenzaam voelen’ (Verhulst et al., 1996).

In het huidige onderzoek zijn naast de schaal ‘Totale problemen’ de subschalen ‘Internaliseren’ en ‘Externaliseren’ gebruikt. Voor de kwantitatieve analyses is gebruik gemaakt van T-scores, die geven aan hoe het kind scoort in vergelijking met de normgroep. Scores van 60 tot en met 63 vallen in het grensgebied, dit betekent dat het kind enigszins hoger scoort dan het gemiddelde kind van zijn leeftijd. Deze scores wijzen op aanzienlijke problemen maar vallen net niet in het klinische gebied. Alle T-scores die hoger zijn dan 63 zijn klinisch, dit betekent dat het probleemgedrag even ernstig is als het gedrag van kinderen die zijn aangemeld voor hulpverlening (Verhulst et al., 1996).

In het huidige onderzoek zijn de nieuwste versies gebruikt van de CBCL 1,5-5 en de CBCL 6-18, uit het jaar 2003. Deze zijn nog niet door de COTAN beoordeeld. De CBCL 4-18 uit 1996 heeft wel een goede beoordeling gekregen. De beoordeling, die in 1999 plaatsvond, ziet er als volgt uit: uitgangspunten bij de testconstructie: goed; kwaliteit van het testmateriaal: goed; kwaliteit van de handleiding: goed; normen: goed; betrouwbaarheid: voldoende; begripsvaliditeit: goed; criteriumvaliditeit: voldoende (Evers, Braak, Frima & Vliet-Mulder, 2009-2011).

4.4.2 Interviews met therapeuten over specifieke gezinnen

Om meer achtergrondinformatie te krijgen over de tien gezinnen die opvielen vanwege de uiteenlopende scores van vader en moeder op de CBCL na de behandeling, zijn semi-gestructureerde interviews voor hun therapeuten ontwikkeld (zie Bijlage 2). Om te beginnen werd in deze interviews eerst het beeld geschetst van de uiteenlopende scores van de ouders. Daarna werd gevraagd wat er in het desbetreffende gezin aan de hand was en hoe de behandeling is verlopen. De therapeuten werd gevraagd of ze voor, tijdens en na de behandeling op een aantal onderwerpen verschillen merkten tussen de ouders en hoe ze hiermee zijn omgegaan. Tot slot werd de therapeuten gevraagd of ze het beeld dat aan het begin van het interview was geschetst herkenden en waar het eventueel vandaan kwam.

4.4.3 Interviews met ouders

Als verdieping op de resultaten van de kwantitatieve analyses zijn kwalitatieve interviews voor ouders ontwikkeld (zie Bijlage 3). De semi-gestructureerde interviews bestonden uit open vragen en een lijst met thema's die in ieder geval besproken moesten worden. De vragen gingen over de beleving van het probleemgedrag van het kind en de ervaringen met de PMTO-behandeling. Tevens werd in de interviews gevraagd of PMTO het gezin geholpen

heeft en welke elementen wel of niet gewerkt hebben. Tijdens het interview werd steeds nagevraagd of de partner er hetzelfde tegenover stond.

4.4.4 Interviews met therapeuten over vaders en moeders in de PMTO-behandeling in het algemeen

Als verdieping op de resultaten van de kwantitatieve analyses zijn naast de interviews voor ouders ook kwalitatieve interviews voor therapeuten ontwikkeld (zie Bijlage 4). In deze semi-gestructureerde interviews werd gevraagd of de therapeuten aan het begin van de PMTO-behandeling, tijdens de behandeling en na de behandeling op een aantal onderwerpen verschillen merken tussen vaders en moeders. De interviews gingen over de algehele ervaringen van de therapeuten met vaders en moeders in de PMTO-behandeling en hadden geen betrekking op specifieke gezinnen. Indien therapeuten verschillen aangaven werd gevraagd hoe ze daarmee om gingen.

4.5 Analyses

4.5.1 Kwantitatieve analyses

Om de eerste deelvraag: *Wat zijn de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in het probleemgedrag dat ze voor de behandeling rapporteren?* te beantwoorden, zijn van zowel vaders als moeders de gemiddelde Totale probleemscores op de voormeting berekend. Daarna is hetzelfde gedaan voor de subschalen Internaliseren en Externaliseren. Om erachter te komen of er verschillen tussen vaders en moeders zijn is een reeks gepaarde t-toetsen voor afhankelijke steekproeven uitgevoerd, voor alle drie de schalen.

Om de tweede deelvraag: *Wat zijn de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in het probleemgedrag dat ze na de behandeling rapporteren?* te beantwoorden, zijn dezelfde analyses uitgevoerd als bij de eerste deelvraag. Dit keer zijn de scores van vaders en moeders op Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren op de nameting gebruikt.

Om de derde deelvraag: *Zijn er verschillen in de rapportage van toe- of afname van probleemgedrag tussen vaders en moeders?* te beantwoorden, zijn voor beide ouders verschilsscores berekend door de scores op de nameting af te trekken van de scores op de voormeting. Dit is gedaan voor zowel de Totale probleemscores als voor de subschalen Internaliseren en Externaliseren. Een positieve verschilscore betekent dat de ouder een verbetering heeft gerapporteerd. Na het maken van de verschilsscores zijn de gemiddelden berekend. Wederom is met gepaarde t-toetsen gekeken of er verschillen zijn tussen vaders en moeders.

Om de vierde deelvraag: *Welke patronen zijn er tussen partners te vinden in relatie tot bovenstaande vragen?* te beantwoorden, zijn om te beginnen groepen samengesteld op basis van de Totale probleemscores op de voormeting en de verschillen van vaders en moeders. Het samenstellen van de groepen bracht echter wat problemen met zich mee. De Totale probleemscores van vaders en moeders op de voormeting werden in eerste instantie in de categorie hoog of laag geplaatst op basis van hun mediaan. De mediaan geeft echter informatie over de score van een vader ten opzichte van de hele groep vaders, maar is niet bruikbaar om de vader en moeder van hetzelfde gezin met elkaar te vergelijken. Zo was het mogelijk dat een vader in de categorie hoog terecht kwam omdat hij boven de mediaan scoorde, terwijl een moeder met dezelfde score in de categorie laag terecht kwam omdat de mediaan van moeders hoger was. Een maat die het wel mogelijk maakt om de vader en moeder van hetzelfde gezin met elkaar te vergelijken, is het onderscheid tussen klinische scores, scores in het grensgebied en ‘normale’ scores (onder de 60). Voor elk kind in de dataset zijn de Totale probleemscores van de vader en moeder in één van deze drie categorieën geplaatst. Dit is gedaan voor zowel de voor- als nameting.

Het volgende probleem dat zich voordeed tijdens het samenstellen van de groepen, had te maken met de verschillen. Ook deze scores lieten zich niet gemakkelijk indelen in categorieën, omdat er geen eenduidige marges waren om te bepalen of ouders vooruit waren gegaan, gelijk waren gebleven of achteruit waren gegaan. Om hiervoor een duidelijke scheidingslijn te bepalen is de Reliable Change Index (RCI) berekend volgens de methode van Jacobson en Truax (1991). Dit is een maat om op individueel niveau een betrouwbare verandering tussen de aanvang en afsluiting van een interventie te bepalen.

De RCI wordt berekend door de ruwe score op de voormeting af te trekken van de ruwe score op de nameting en het getal dat hieruit komt te delen door de standaard error van het verschil tussen de twee uitkomstmaten (*Sdiff*). In dit onderzoek zijn hiervoor de Totale probleemscores van vaders en moeders gebruikt. De *Sdiff* staat voor de ruis van het instrument die optreedt bij het vergelijken van een voor- en nameting en wordt berekend op basis van de standaard error van de meting (SE), met behulp van de volgende formule: $Sdiff = \sqrt{2(SE)^2}$.

Bij de interpretatie van de RCI kunnen de grenswaarden 1,96 en 1,64 worden gehanteerd. Bij tweezijdig toetsen, zowel op verbetering als op verslechtering, is er bij een RCI groter dan 1,96 een toevalskans van 5 procent en bij een RCI groter dan 1,64 een toevalskans van 10 procent. In dit onderzoek is voor de grenswaarde 1,64 gekozen, omdat de RCI een vrij strenge maat is. In de klinische praktijk is een grens van 10 procent ($RCI \geq +1,65$ of $\leq -1,65$) acceptabel (Van Yperen & Veerman, 2008).

Om in het huidige onderzoek te spreken van een statistisch significante verandering tussen de voor- en nameting was een verschilscore van minstens 10 punten nodig voor jongens van 4 tot 11 jaar en meisjes van 12 tot 18 jaar. Voor jongens van 12 tot 18 jaar en meisjes van 4 tot 11 jaar was minstens een verschilscore van 11 punten nodig. Het verschil in maat per leeftijd en geslacht van het kind wordt veroorzaakt door de verschillende standaarddeviaties die zijn gebruikt voor het berekenen van de standaard error. Met behulp van de verschilcores is voor elk kind in de dataset berekend of de vader en moeder betrouwbare vooruitgang rapporteerden, bij benadering gelijk waren gebleven of betrouwbare achteruitgang rapporteerden.

Met het onderscheid tussen klinische scores, scores in het grensgebied en 'normale' scores op de voormeting enerzijds en het onderscheid tussen betrouwbaar vooruit, gelijk gebleven en betrouwbaar achteruit anderzijds, is uiteindelijk geprobeerd om groepen samen te stellen. Om de verschillen tussen vaders en moeders op gezinsniveau te bekijken zijn daarnaast tevens groepen gemaakt enkel op basis van de RCI. Hiervoor werden gezinnen geselecteerd waarvan slechts één ouder betrouwbare verandering rapporteerde, vooruit of achteruit. Binnen deze vier groepen (alleen moeder vooruit, alleen moeder achteruit, alleen vader vooruit, alleen vader achteruit) vielen enkele gezinnen op vanwege de zeer uiteenlopende scores van vader en moeder op de nameting. Tien van deze gezinnen zijn geselecteerd voor interviews met de bijbehorende therapeut, om erachter te komen wat er in deze gezinnen speelde en hoe de behandeling is verlopen.

Tot slot zijn de percentages berekend van het aantal vaders en moeders dat betrouwbare vooruitgang rapporteerde, achteruitgang rapporteerde of bij benadering gelijk bleef. In eerste instantie was het de bedoeling om met behulp van een chi-kwadraattoets te toetsen of de percentages van vaders significant verschilden van de percentages van moeders. De dataset die voor dit onderzoek is gebruikt liet deze toets echter niet toe. De 140 kinderen die samen de dataset vormen staan allemaal op een eigen rij, waarop de scores van hun vader en moeder achter elkaar staan weergegeven. Vaders en moeders vormen dus geen onafhankelijke groepen, ze rapporteren nota bene over hetzelfde kind. Hierdoor is het niet mogelijk om een kruistabel te maken en de percentages met een chi-kwadraattoets tegen elkaar af te zetten. De enige mogelijkheid om toch te toetsen of het percentage vaders met betrouwbare vooruitgang significant verschilt van het percentage moeders met betrouwbare vooruitgang, is door een gepaarde t-toets voor afhankelijke steekproeven te gebruiken. Dit is niet de meest nette manier om de percentages met elkaar te vergelijken, maar de huidige dataset laat helaas geen andere analyse toe. Hetzelfde geldt voor de percentages vaders en

moeders met klinische scores, scores in het grensgebied en ‘normale’ scores. Wederom is met behulp van gepaarde t-toetsen gekeken of de percentages vaders en moeders, zowel op de voor- als op de nameting, significant van elkaar verschillen.

4.5.2 Kwalitatieve analyses

Bij het uitwerken van de interviews zijn de antwoorden op de vragen volledig uitgeschreven. De informatie die van de interviewvragen afweek en niet relevant was voor het onderzoek is buiten beschouwing gelaten. Van de uitgewerkte interviews is vervolgens de informatie geselecteerd die nodig was voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Ter illustratie zijn enkele anekdotes toegevoegd.

5. Resultaten

5.1 Kwantitatief onderzoek

Deelvraag 1: Wat zijn de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in het probleemgedrag dat ze voor de behandeling rapporteren?

Gemiddelde scores van moeders en vaders, bijbehorende standaardafwijkingen en uitkomsten van de gepaarde t-toetsen voor afhankelijke steekproeven op de schalen Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren op de voormeting, zijn weergegeven in Tabel 1. Correlaties tussen de scores van moeders en vaders op de voormeting, nameting en van de verschilcores zijn weergegeven in Tabel 2.

Tabel 1.

Gemiddelde Scores op de Voormeting op de Schalen Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren van Moeders en Vaders

	Ouder		<i>t</i>	<i>df</i>
	Moeders	Vaders		
Totale problemen	67.55 (8.13)	63.83 (9.11)	6.73*	139
Internaliseren	61.81 (10.15)	57.85 (11.30)	5.52*	139
Externaliseren	68.99 (8.34)	66.36 (8.83)	5.13*	139

* = $p < .001$

De gemiddelde Totale probleemscore van moeders op de voormeting ($M = 67.55$, $SD = 8.13$) lag 3.72 punten hoger dan de gemiddelde Totale probleemscore van vaders ($M = 63.83$, $SD = 9.11$). De gepaarde t-toets wees uit dat dit een significant verschil is ($t(139) = 6.73$, $p < .001$). De gemiddelde scores van moeders en vaders correleerden wel substantieel ($r = 0.72$, $p < .001$). Op de subschalen Internaliseren en Externaliseren lagen de gemiddelde scores van moeders op de voormeting ($M = 61.81$, $SD = 10.15$; $M = 68.99$, $SD = 8.34$) eveneens hoger dan die van vaders ($M = 57.85$, $SD = 11.30$; $M = 66.36$, $SD = 8.83$), met 3.96 en 2.63 punten verschil. Ook op deze schalen rapporteerden moeders significant meer problemen dan vaders (Internaliseren: $t(139) = 5.52$, $p < .001$; Externaliseren: $t(139) = 5.13$, $p < .001$), met substantiële correlaties tussen beide ouders (Internaliseren: $r = 0.69$, $p < .001$; Externaliseren: $r = 0.75$, $p < .001$).

Tabel 2.

Pearson Correlaties tussen de Scores van Moeders en Vaders op de Schalen Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren op de Voormeting, Nameting en van de Verschilscores

	Voormeting	Score Nameting	Verschilscore
Totale problemen	0.72*	0.65*	0.44*
Internaliseren	0.69*	0.65*	0.42*
Externaliseren	0.75*	0.69*	0.55*

* = $p < .001$

Deelvraag 2: Wat zijn de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in het probleemgedrag dat ze na de behandeling rapporteren

Gemiddelde scores van moeders en vaders, bijbehorende standaardafwijkingen en uitkomsten van de gepaarde t-toetsen voor afhankelijke steekproeven op de schalen Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren op de nameting, zijn weergegeven in Tabel 3. Ook op de nameting was de gemiddelde Totale probleemscore van moeders ($M = 60.11$, $SD = 10.27$) hoger dan de gemiddelde Totale probleemscore van vaders ($M = 58.22$, $SD = 11.48$), met een verschil van 1.89 punten. Hoewel het verschil in punten is afgenomen ten opzichte van het verschil op de voormeting, was ook hier de gepaarde t-toets significant ($t(139) = 2.45$, $p = .015$). De correlatie tussen de gemiddelde scores van moeders en vaders (zie Tabel 2) was, net als op de voormeting, substantieel ($r = 0.65$, $p < .001$). Wat betreft de subschalen Internaliseren en Externaliseren lagen de gemiddelde scores van moeders op de nameting ($M = 54.84$, $SD = 10.94$; $M = 61.95$, $SD = 9.45$) eveneens hoger dan de gemiddelde scores van vaders ($M = 52.87$, $SD = 11.87$; $M = 60.50$, $SD = 10.45$), met 1.97 en 1.45 punten verschil. Net als op de schaal Totale problemen zijn de verschillen iets afgenomen in vergelijking met de voormeting, maar rapporteerden moeders nog steeds significant meer problemen dan vaders (Internaliseren: $t(139) = 2.45$, $p = .015$; Externaliseren: $t(139) = 2.18$, $p = .031$). De correlaties tussen beide ouders waren nog steeds substantieel (Internaliseren: $r = 0.65$, $p < .001$; Externaliseren: $r = 0.69$, $p < .001$).

Tabel 3.

Gemiddelde Scores op de Nameting op de Schalen Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren van Moeders en Vaders

	Ouder		<i>t</i>	<i>df</i>
	Moeders	Vaders		
Totale problemen	60.11 (10.27)	58.22 (11.48)	2.45*	139
Internaliseren	54.84 (10.94)	52.87 (11.87)	2.43*	139
Externaliseren	61.95 (9.45)	60.50 (10.45)	2.18*	139

* = $p < .005$

Deelvraag 3: Zijn er verschillen in de rapportage van toe- of afname van probleemgedrag tussen vaders en moeders?

Gemiddelde verschillen van moeders en vaders, bijbehorende standaardafwijkingen en uitkomsten van de gepaarde t-toetsen voor afhankelijke steekproeven op de schalen Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren, zijn weergegeven in Tabel 4. De gemiddelde verschillen van moeders en vaders waren voor alle drie de schalen positief. Dit betekent dat, gemiddeld genomen, zowel moeders als vaders na de PMTO-behandeling een afname van problemen rapporteerden.

Op de schaal Totale problemen lag de gemiddelde verschillen van moeders ($M = 7.44$, $SD = 8.74$) 1.83 punten hoger dan de gemiddelde verschillen van vaders ($M = 5.61$, $SD = 8.34$). De gepaarde t-toets was significant ($t(139) = 2.38$, $p = .019$), moeders rapporteerden een grotere afname van probleemgedrag dan vaders. De correlatie tussen de gemiddelde verschillen van moeders en vaders (zie Tabel 2) was matig ($r = 0.44$, $p < .001$). Op de schaal Internaliseren lag de gemiddelde verschillen van moeders ($M = 6.97$, $SD = 9.36$) 1.99 punten hoger dan de gemiddelde verschillen van vaders ($M = 4.98$, $SD = 10.02$). Ook op deze schaal rapporteerden moeders significant meer afname van probleemgedrag dan vaders ($t(139) = 2.26$, $p = .025$) en was de correlatie matig ($r = 0.42$, $p < .001$). Dit gold niet voor de schaal Externaliseren. De gemiddelde verschillen van moeders ($M = 7.04$, $SD = 8.36$) lag op deze schaal 1.18 punten hoger dan die van vaders ($M = 5.86$, $SD = 7.99$), maar dit verschil was niet significant ($t(139) = 1.78$, $p = .077$). Wat betreft externaliserende problemen rapporteerden moeders niet meer vooruitgang dan vaders. De

correlatie tussen de gemiddelde verschillcores van beide ouders was, net als op de schalen Totale problemen en Internaliseren, matig ($r = 0.55, p < .001$).

Tabel 4.

Gemiddelde Verschilcores op de Schalen Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren van Moeders en Vaders

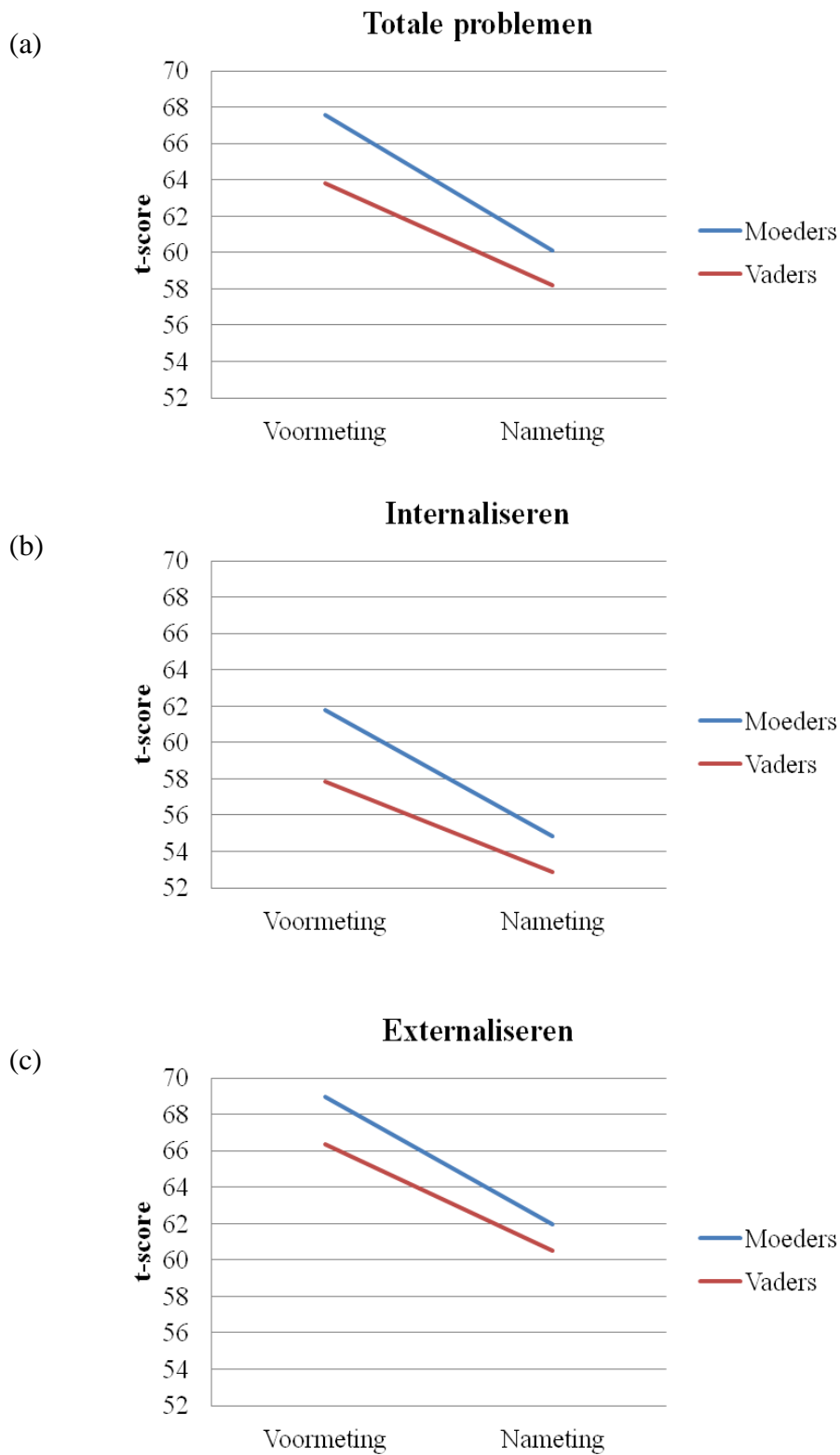
	Ouder		<i>t</i>	<i>df</i>
	Moeders	Vaders		
Totale problemen	7.44 (8.74)	5.61 (8.34)	2.38*	139
Internaliseren	6.97 (9.36)	4.98 (10.02)	2.26*	139
Externaliseren	7.04 (8.36)	5.86 (7.99)	1.78	139

* = $p < .005$

Deelvraag 4: Welke patronen zijn er tussen partners te vinden in relatie tot bovenstaande vragen?

Er is in de data gezocht naar patronen tussen vaders en moeders, door groepen te maken op basis van de Totale probleemscores op de voormeting en de verschillcores van vaders en moeders. Er zijn echter geen duidelijke groepen naar voren gekomen. Er is wel een structureel verschil tussen vaders en moeders gevonden, maar er konden geen eenduidige patronen onderscheiden worden. Het structurele verschil tussen vaders en moeders, dat is beschreven in de voorgaande alinea's, is weergegeven in Figuur 2.

Wanneer er enkel naar de Reliable Change Index (RCI) werd gekeken, konden er wel groepen worden gemaakt. Om de verschillen tussen vaders en moeders op gezinsniveau te bekijken, zijn er 4 groepen gemaakt: (1) een groep gezinnen waarvan alleen de moeder betrouwbaar vooruitgang rapporteerde (N=24), (2) een groep gezinnen waarvan alleen de moeder betrouwbaar achteruitgang rapporteerde (N=3), (3) een groep gezinnen waarvan alleen de vader betrouwbaar vooruitgang rapporteerde (N=16) en (4) een groep gezinnen waarvan alleen de vader betrouwbaar achteruitgang rapporteerde (N=3). Uit deze 4 groepen zijn 10 gezinnen geselecteerd die opvielen vanwege de uiteenlopende scores van vader en moeder.



Figuur 2. (a) Vergelijking van de gemiddelde scores van moeders en vaders op de schaal Totale problemen op de voor- en nameting. (b) Vergelijking van de gemiddelde scores van moeders en vaders op de schaal Internaliseren op de voor- en nameting. (c) Vergelijking van de gemiddelde scores van moeders en vaders op de schaal Externaliseren op de voor- en nameting.

Over deze 10 gezinnen (4 uit groep 1, 1 uit groep 2, 4 uit groep 3 en 1 uit groep 4) is meer informatie verzameld door de therapeuten die de gezinnen destijds hebben behandeld telefonisch te interviewen. De resultaten van deze interviews zullen worden besproken onder het kopje ‘kwalitatief onderzoek’.

Vervolgens zijn over de gehele dataset de percentages berekend van het aantal moeders en vaders dat betrouwbaar vooruitgang rapporteerde, achteruitgang rapporteerde of bij benadering gelijk bleef. Deze percentages zijn weergegeven in Tabel 5. Van de 140 moeders in de dataset rapporteerden 48 een betrouwbare vooruitgang en van de 140 vaders gingen 40 betrouwbaar vooruit. Er waren dus meer moeders dan vaders die, volgens de Reliable Change Index, een betrouwbare vooruitgang rapporteerden in het gedrag van hun kind na de PMTO-behandeling, met een verschil van 5%. Met de huidige dataset was het niet mogelijk om een chi-kwadraattoets uit te voeren, dus is er een gepaarde t-toets gebruikt om te toetsen of dit verschil in percentages significant was. De uitkomst hiervan is tevens weergegeven in Tabel 5, de toets was niet significant ($t(139) = 1.27, p = .207$).

Tabel 5.

Aantal Moeders en Vaders dat volgens de Reliable Change Index een Betrouwbare Vooruitgang of Achteruitgang rapporteerde of bij Benadering gelijk is gebleven

	Ouder		<i>t</i>	<i>df</i>
	Moeders	Vaders		
Betrouwbaar vooruit	48 (34%)	40 (29%)	1.27	139
Betrouwbaar achteruit	3 (2%)	3 (2%)	-	-
Gelijk gebleven	89 (64%)	97 (69%)	-	-

Tot slot zijn over de gehele dataset de percentages berekend van het aantal vaders en moeders met klinische scores, scores in het grensgebied en ‘normale’ scores, zowel op de voor- als nameting. Deze percentages zijn weergegeven in Tabel 6.

Tabel 6.

Aantal Moeders en Vaders met 'Normale' Scores, Scores in het Grensgebied en Klinische Scores op de Voor- en Nameting

	Moeders		Vaders	
	Voormeting	Nameting	Voormeting	Nameting
Normaal	26 (19%)	58 (42%)	49 (35%)	79 (56%)
Grensgebied	14 (10%)	27 (19%)	17 (12%)	8 (6%)
Klinische gebied	100 (71%)	55 (39%)	74 (53%)	53 (38%)

Op de voormeting scoren 100 van de 140 moeders in het klinische gebied. Bij de vaders zijn dit er 74, een verschil van bijna 20%. Het percentage vaders met een 'normale' score op de voormeting (35%) is daarentegen weer hoger dan het percentage moeders met een normale score (19%). Het aantal moeders en vaders dat op de voormeting in het grensgebied scoort is vrijwel gelijk. Deze verschillen tussen moeders en vaders, in normale scores en scores in het klinische gebied, zijn met behulp van twee gepaarde t-toetsen (wederom omdat de chi-kwadraattoets helaas niet mogelijk was) getoetst op significantie. De uitkomsten zijn weergegeven in Tabel 7. Op de voormeting scoren significant meer moeders in het klinische gebied ($t(139) = 4.80, p < .001$) en zijn er significant meer vaders met een normale score ($t(139) = -4.56, p < .001$).

Op de nameting is bij allebei de ouders het aantal scores in het klinische gebied afgenomen. De percentages moeders en vaders met een score in het klinische gebied zijn nu vrijwel gelijk. Er zijn nog wel verschillen in het aantal moeders en vaders met normale scores en scores in het grensgebied. Het percentage moeders met een score in het grensgebied (19%) is hoger dan het percentage vaders met een score in het grensgebied (6%). Ten opzichte van de voormeting is zowel het aantal moeders als het aantal vaders met een normale score toegenomen. Meer dan de helft van de vaders (56%) heeft op de nameting een normale score. Dit percentage is, net als op de voormeting, hoger dan het percentage moeders met een normale score (42%). Deze verschillen tussen moeders en vaders, in normale scores en scores in het grensgebied, zijn wederom met behulp van twee gepaarde t-toetsen getoetst op significantie. De uitkomsten zijn weergegeven in Tabel 8. Op de nameting scoren significant

meer moeders in het grensgebied ($t(139) = 4.19, p < .001$) en zijn er significant meer vaders met een normale score ($t(139) = -3.60, p < .001$).

Tabel 7.

Uitkomsten van de Gepaarde t-toetsen met de Percentages Moeders en Vaders met 'Normale' Scores en Scores in het Klinische Gebied op de Voormeting

	Ouder		<i>t</i>	<i>df</i>
	Moeders	Vaders		
Normaal	0.19 (0.39)	0.35 (0.48)	-4.56*	139
Klinische gebied	0.71 (0.45)	0.53 (0.50)	4.80*	139

* = $p < .001$

Tabel 8.

Uitkomsten van de Gepaarde t-toetsen met de Percentages Moeders en Vaders met 'Normale' Scores en Scores in het Grensgebied op de Nameting

	Ouder		<i>t</i>	<i>df</i>
	Moeders	Vaders		
Normaal	0.41 (0.49)	0.56 (0.50)	-3.60*	139
Grensgebied	0.19 (0.40)	0.06 (0.23)	4.19*	139

* = $p < .001$

5.2 Kwalitatief onderzoek

Deelvraag 5: Zijn er verschillen tussen vaders en moeders in de mate waarin ze het gedrag van hun kind problematisch vinden?

Interviews met vijf therapeuten over vaders en moeders in de PMTO-behandeling

Alle vijf de therapeuten zijn van mening dat moeders meer problemen ervaren dan vaders, voornamelijk omdat moeders de hoofdopvoeder zijn. Moeders brengen als hoofdopvoeder meer tijd door met het kind en zitten dus meer in de probleemsituatie. Eén van de therapeuten zegt het als volgt: “Moeders zitten meer in de dagelijkse stress. Vaders ervaren het kind twee uur, bij moeders is het de opeenstapeling van de hele dag.” Een andere therapeut vult dit aan:

“Ik denk dat het te maken heeft met of mensen ook dingen voor zichzelf hebben. Als je je eigen activiteiten hebt en af en toe geen tijd doorbrengt met de kinderen, dan lijkt het alsof het wel anders ervaren wordt dan wanneer je de hele dag er middenin zit.” Deze therapeut heeft in het verleden een gezin behandeld waarin vader de hoofdpijver was. In dat gezin waren de rollen omgedraaid en ervaaerde vader meer problemen dan moeder.

Naast het feit dat moeders vaak de hoofdpijver zijn en dus meer met het kind te maken hebben op een dag, gaven alle vijf de therapeuten tevens een verschil aan tussen vaders en moeders in hun manier van opvoeden. Volgens de vijf geïnterviewde therapeuten hebben vaders over het algemeen meer gezag dan moeders en hebben moeders vaker last van ongehoorzaamheid van het kind. Daarnaast zeiden vier therapeuten dat vaders over het algemeen meer geneigd zijn om te straffen dan moeders, omdat vaders vinden dat het kind gewoon moet luisteren. Drie van deze vier therapeuten zeiden tegelijkertijd dat moeders over het algemeen wat meer geduld hebben en iets toleranter zijn tegenover het kind, ze zien meer nuances. Eén van deze drie therapeuten zegt hierover het volgende: “Moeders kiezen eerder voor de zachte kant, voor tact, omweg en overleg. Vaders zijn vaak korter door de bocht, zo gaan we het doen, niet zeuren maar luisteren.” Volgens drie therapeuten is het voor moeders kenmerkend om vanuit hun emoties en de band met hun kind op te voeden. Eén van deze drie therapeuten brengt als volgt onder woorden: “Moeders willen vaak wat aardiger gevonden worden, ook door hun kinderen.”

Tot slot gaven drie van de vijf therapeuten aan dat moeders meer geneigd zijn om het probleemgedrag van hun kind zich persoonlijk aan te trekken. Ze geven vaak zichzelf de schuld en zijn onzeker over hun manier van opvoeden. Vaders zoeken volgens deze drie therapeuten de oorzaak van het probleemgedrag eerder buiten zichzelf, in het kind. Zij zijn over het algemeen minder snel onzeker dan moeders.

De therapeuten dragen in totaal dus drie verschillende verklaringen aan voor het feit dat moeders over het algemeen meer problemen ervaren dan vaders. Ten eerste is het volgens alle vijf de therapeuten een kwestie van de hoeveelheid tijd die ouders met hun kind doorbrengen. Moeders zijn vaak de hoofdpijver en zitten daardoor meer in de probleemsituatie. Vervolgens zien de therapeuten ook een verschil tussen vaders en moeders in hun manier van opvoeden. Ze gedragen zich verschillend tegenover het kind, waardoor het kind ook verschillend reageert. Moeders hebben vanwege hun ‘zachtere aanpak’ vaker last van ongehoorzaamheid van het kind. Aan de andere kant zien de therapeuten ook een verschil tussen vaders en moeders in hun interpretatie van het probleemgedrag. Moeders betrekken het

probleem vaak op zichzelf, terwijl vaders de oorzaak van het gedrag van hun kind eerder buiten zichzelf zoeken.

Interviews met vier gezinnen die PMTO hebben gehad

In drie van de vier geïnterviewde gezinnen ervaaarde moeder het probleemgedrag heftiger dan vader. Niet alleen de moeders zelf gaven aan dat ze er meer last van hadden, hun partners beaamden dit. Bij één vader was dit het allereerste wat hij zei. Op de eerste vraag “Hoe kwam u tot PMTO, wat was er in uw gezin aan de hand?” antwoordde hij als volgt: “Het was meer eigenlijk wat er met mijn vrouw aan de hand was. Elk jaar eigenlijk rond het einde van het schooljaar ging het kaarsje uit en dan was ons kind onhandelbaar. Er was eigenlijk geen land meer mee te bezeilen, dan zat ze met de handen in het haar, tegen overspannenheid aan”. Alle drie de moeders die het probleemgedrag heftiger ervaaarden dan de vader zaten ten tijde van de PMTO-behandeling thuis, waardoor ze dag in dag uit de zorg voor het kind hadden. De vaders waren aan het werk en zagen het kind maar een paar uur per dag.

Naast de tijdsverdeling droegen de drie moeders nog een andere reden aan waarom ze meer last hadden van het probleemgedrag. Twee moeders gaven aan hetzelfde karakter te hebben als hun kind, waardoor ze gevoeliger zijn voor het probleemgedrag en makkelijker botsen met het kind. De derde moeder had ten tijde van de PMTO-behandeling last van een depressie, waardoor ze het allemaal wat zwaarder ervaaarde. In het vierde gezin gaven vader en moeder aan dat ze het probleemgedrag van hun kind hetzelfde beleefden. Beide ouders gaven wel aan dat het kind meer met moeder aan de haal ging dan met vader. De moeder zei dit als volgt: “Je hebt het niet in de gaten, maar je glijdt zo mee af eigenlijk. Mijn man zegt wel eens tegen mij ‘je laat veels te veel met je sollen’.” Naast dit gezin waren er nog twee gezinnen die dit aangaven in hun interviews. In drie van de vier geïnterviewde gezinnen kwam bovendien naar voren dat vader consequenter was tegenover het kind dan moeder.

Opvallend was dat in alle vier de geïnterviewde gezinnen moeder het probleemgedrag van het kind uitgebreider omschreef dan vader. De moeders noemden meerdere soorten gedrag en kwamen met voorbeelden, terwijl de vaders wat korter van stof waren. In alle vier de gezinnen kwam het initiatief om hulp te zoeken in eerste instantie van moeder.

Interviews met therapeuten over tien gezinnen met uiteenlopende scores

De informatie over deze gezinnen is verzameld via hun therapeut. Vijf van de tien gezinnen komen overeen met het beeld dat de vijf therapeuten van de algemene interviews hebben geschetst. In deze vijf gezinnen ervaaarde moeder volgens hun therapeut meer problemen dan

vader en was moeder de hoofdopvoeder binnen het gezin. De therapeuten die deze vijf gezinnen hebben behandeld gaven tevens aan dat bij moeder meer emoties in het spel waren dan bij vader. De vaders waren volgens hen consequenter en hadden minder moeite met gezag.

In een zesde gezin maakte moeder zich volgens de therapeut wel meer zorgen dan vader, maar dit had met name betrekking op de interactie tussen vader en kind. De moeder was zelf al heel goed bezig. In een zevende gezin waren de rollen omgedraaid, de therapeut gaf aan dat binnen dit gezin vader zich meer zorgen maakte dan moeder. Moeder normaliseerde het gedrag van het kind, terwijl vader het zich meer aantrok. In de resterende drie gezinnen ervoeren beide ouders volgens hun therapeut het probleemgedrag van het kind gelijk.

Deelvraag 6: Beleven vaders en moeders verschillen in de werkzaamheid van PMTO?

Interviews met vijf therapeuten over vaders en moeders in de PMTO-behandeling

Twee van de vijf geïnterviewde therapeuten gaven aan geen specifieke verschillen te ervaren tussen vaders en moeders wat betreft de werkzaamheid van PMTO. Allebei de ouders gaan volgens hen adequater opvoeden. Eén van deze twee therapeuten geeft aan dat er wel nuanceverschillen voorkomen in de mate waarin ouders veranderd zijn na de behandeling, maar dat dit meer verschilt per persoon dan tussen vaders en moeders. De tweede therapeut kon zich wel voorstellen dat moeders door de behandeling beter worden in leiding geven en vaders in het geven van positieve aandacht en aanmoedigen, maar zij heeft dit niet specifiek zo ervaren.

Twee andere therapeuten gaven in hun interview wel specifiek aan dat moeders na de PMTO-behandeling duidelijker en consequenter zijn geworden. Eén van deze twee therapeuten zei het als volgt: “Moeders zijn enorm gestegen in het pakken van regie en hebben de time-out procedure ook goed om daadwerkelijk die grenzen aan te geven. Ze grijpen ook vaak eerder in.” De andere therapeut gaf tevens aan dat bij vaders juist de positieve betrokkenheid wordt vergroot. Op dit gebied zijn de vijf geïnterviewde therapeuten het niet met elkaar eens. Hoewel één therapeut dus aangaf dat de positieve betrokkenheid met name bij vaders wordt vergroot en een tweede therapeut zich dit voor kon stellen, gaven twee andere therapeuten aan dat allebei de ouders door de behandeling meer gaan aanmoedigen en voor meer positieve bekrachtiging zorgen. Eén van deze twee therapeuten zei wel dat vaders dit iets minder doen dan moeders. Dit sluit aan bij de vijfde therapeut, die van mening was dat

moeders het aanmoedigen beter vasthouden dan vaders. Volgens deze therapeut kunnen vaders juist het grenzen stellen beter vasthouden. De therapeut nuanceerde haar uitspraken wel: “Het ligt ook wel weer aan persoonlijkheid en alles.”

Over het aanmoedigen en grenzen stellen zijn de meningen dus verdeeld. De vijf geïnterviewde therapeuten zijn het wel met elkaar eens dat beide ouders winst ervaren na de behandeling en enthousiast zijn over hetgeen dat ze bereikt hebben. Twee van de vijf therapeuten gaan verder door op dit punt. Zij zijn van mening dat zowel vaders als moeders na de behandeling tevreden zijn over hoe het thuis gaat en het gezelliger vinden. Beide ouders geven volgens deze twee therapeuten na de behandeling aan dat er minder conflicten zijn en dat het kind beter luistert.

Eén van de vijf therapeuten vond dat met name moeders meer zelfvertrouwen hebben na de behandeling en het kind beter begrijpen. Volgens deze therapeut zijn vaders na de behandeling nog steeds geneigd om wat meer aan hun gezag vast te houden.

Tot slot gaven alle vijf de therapeuten aan dat ouders na de PMTO-behandeling meer op één lijn zitten. Vier van de vijf therapeuten zeiden dat er na de behandeling nog steeds verschillen zijn tussen vaders en moeders, maar dat deze verschillen meer geaccepteerd worden. Ouders hebben volgens deze therapeuten het besef gekregen dat ze elkaar met hun verschillende rollen kunnen ondersteunen. Tijdens de behandeling wordt duidelijk wat beide ouders van elkaar nodig hebben en dat hun verschillen juist een kracht kunnen zijn. Eén van de vijf therapeuten gaf wel aan dat vaders over het algemeen sneller tevreden zijn dan moeders. Moeders hebben volgens haar meer zorgen over de toekomst.

Interviews met vier gezinnen die PMTO hebben gehad

In de interviews is aan de ouders gevraagd of PMTO gewerkt heeft en wat er veranderd is in hun gezin, in henzelf als opvoeder en in hun kind. De antwoorden van vaders en moeders kwamen grotendeels overeen. Alle acht de geïnterviewde ouders (vier vaders en vier moeders) gaven aan dat ze na de behandeling minder stress hadden. Daarnaast hebben alle acht de ouders geleerd om grenzen te stellen. Zowel de vaders als moeders waren enthousiast over het stappenplan van waarschuwingen geven en de time-out. Naast het stellen van grenzen gaven alle acht de ouders aan dat ze geleerd hebben om meer complimenten te geven. Vijf van de acht geïnterviewde ouders (drie moeders en twee vaders) noemden naast het geven van complimenten tevens de positieve benadering van het kind.

Zeven ouders (vier moeders en drie vaders) gaven aan bewuster te zijn geworden van hun eigen gedrag. Door de PMTO-behandeling benaderen ze het kind bewuster dan voorheen,

omdat ze nu inzien wat voor reactie hun gedrag bij het kind uitlokt. Eén van de moeders zei hier het volgende over: “Je wordt je er bewust van gemaakt als je moppert wat dat met een kind eigenlijk doet en wat er tegenover hoort te staan om de effecten daarvan ongedaan te maken.” Tevens gaven zeven ouders (vier vaders en drie moeders) aan dat de PMTO-behandeling ze duidelijke handvatten heeft gegeven voor de opvoeding van hun kinderen. Zoals één van de moeders het zei: “Ik vind dat er een goede basis is gelegd.”

Van de acht geïnterviewde ouders zeiden er vier (twee vaders en twee moeders) dat ze geleerd hebben om zich in het kind te verplaatsen. Tot slot gaven twee vaders en twee moeders aan dat ze geleerd hebben hoe je duidelijke instructies geeft aan het kind.

Hoewel er qua werkzaamheid van PMTO dus veel overeenkomsten zijn tussen de geïnterviewde vaders en moeders, kwamen er ook enkele verschillen naar voren. Drie van de vier geïnterviewde moeders zeiden dat ze door de PMTO-behandeling meer zelfvertrouwen hebben gekregen. Bij de vaders werd dit niet genoemd. Ook wat betreft de relatie met het kind is een duidelijk verschil tussen vaders en moeders terug te zien. Drie van de vier moeders gaven aan dat de band met hun kind verbeterd is, ze zijn meer betrokken bij het kind en kunnen zijn/haar lieve kant weer zien. Eén van de moeders bracht dit mooi onder woorden: “We kunnen veel beter met elkaar overweg. Het is gewoon een hele lieve jongen. Voor PMTO zag ik dat niet meer, maar door de behandeling is die lieve kant weer naar boven gekomen. Ik ben anders gaan kijken en haal het positieve eruit.” De vierde moeder gaf aan dat er sinds de PMTO-behandeling minder explosieve strijd is tussen haar en de kinderen. Ze wist niet of de relatie zelf veranderd is. Bij de vaders was het andersom, drie van de vier geïnterviewde vaders konden geen antwoord geven op de vraag of hun relatie met het kind veranderd was door PMTO. De vierde vader gaf aan dat de band tussen hem en de kinderen verstevigd is.

Alle vier de geïnterviewde moeders zeiden dat ze door PMTO duidelijker en consequenter zijn geworden. Van de vier vaders gaf slechts één dit aan. Tevens gaven alle vier de moeders aan dat het kind sinds de behandeling beter luistert en dat er minder escalaties ontstaan. Van de vier vaders gaven slechts twee dit aan. Tot slot zeiden alle vier de moeders dat ze door de PMTO-behandeling rustiger zijn geworden en zichzelf beter kunnen beheersen. Van de vier vaders gaven weer slechts twee dit aan.

Tot slot gaven twee moeders aan dat de PMTO-behandeling bij hun meer heeft geholpen dan bij hun partner. Eén van deze moeders zei het als volgt: “Ik denk dat mijn gedrag meer is veranderd dan het gedrag van mijn man. Dat was ook belangrijker.” De andere moeders gaf de volgende reden op: “Mijn partner is daar taaier in, ik ben gewoon leerbaarder

dan hij.” In twee van de vier geïnterviewde gezinnen gaven de ouders aan dat ze voor de PMTO-behandeling al grotendeels op één lijn zaten. In de andere twee gezinnen, waarin dit niet het geval was, heeft PMTO hier (deels) aan bijgedragen.

Interviews met therapeuten over tien gezinnen met uiteenlopende scores

Deze tien gezinnen zijn geselecteerd op basis van de uiteenlopende CBCL-scores van vaders en moeders na de PMTO-behandeling. Deze verschillen zijn opvallend, omdat in de PMTO-behandeling beoogd wordt om de ouders op één lijn te krijgen. Het is daarom interessant om te kijken waar deze verschillen vandaan komen.

In drie gezinnen rapporteerde vader vooruitgang, terwijl moeder vrijwel gelijk bleef of zelfs achteruitgang rapporteerde. Op de nameting hadden de drie moeders een score in het klinische gebied, terwijl de bijbehorende vaders rond het gemiddelde scoorden. In één van deze drie gezinnen was de depressie van moeder de oorzaak. In het tweede gezin hadden beide ouders veel geleerd in de behandeling, maar maakte moeder zich nog wel zorgen over de toekomst. Met name over de interactie tussen vader en kind en over haar relatie met vader. De therapeut van het derde gezin gaf aan dat ze het beeld van de CBCL-scores niet helemaal herkende. De moeder van dit gezin had na de behandeling een hogere score dan voor de behandeling, terwijl vader juist vooruit was gegaan. Deze ouders hadden tijdens de PMTO-behandeling een baby gekregen en moeder vond het lastig om haar aandacht te verdelen tussen het drukke kind enerzijds en de baby anderzijds. Ze had wel veel geleerd in de behandeling en duidelijke handvatten gekregen.

In de volgende drie gezinnen rapporteerden allebei de ouders vooruitgang, alleen was de vooruitgang die vader rapporteerde veel groter dan de vooruitgang die moeder rapporteerde. De therapeuten die deze drie gezinnen behandeld hebben gaven aan dat beide ouders heel erg gegroeid waren door de behandeling. Bij twee van de drie gezinnen zag de therapeut geen specifieke verschillen tussen vader en moeder in de mate waarin ze veranderd waren. In het derde gezin had vader volgens de therapeut meer geleerd dan moeder, wat ook nodig was.

In de resterende vier gezinnen rapporteerde moeder vooruitgang, terwijl vader vrijwel gelijk bleef of zelfs achteruitgang rapporteerde. Op de nameting hadden de vier vaders een score in het klinische gebied of in het grensgebied, terwijl de moeders rond het gemiddelde scoorden. Eén moeder, een pleegmoeder, scoorde zelfs ver onder het gemiddelde. Deze pleegmoeder is de oma van het kind en de therapeut gaf aan dat ze heel beperkt is. Ze kan alleen op korte termijn denken en was tevreden over het directe resultaat van de behandeling.

De pleegvader, de opa van het kind, was slimmer volgens de therapeut en dacht meer na over de toekomst. Het kind was ten tijde van de PMTO-behandeling nog erg jong en hij maakte zich zorgen over wat er zal gebeuren naarmate het kind ouder wordt.

In het tweede en derde gezin vonden allebei de ouders volgens hun therapeut de situatie absoluut verbeterd, maar bleven de kinderen nog steeds een uitdaging. De hogere scores van de vaders zaten hem vooral in de acceptatie van het gedrag, de vaders hadden hier meer moeite mee.

In het vierde gezin speelde huiselijk geweld van vader een rol, wat de behandeling een stukje ingewikkelder maakte. Na de behandeling scoorde vader hoger dan voor de behandeling. De therapeut wist niet precies waar dit door veroorzaakt werd, maar opperde dat de PMTO-behandeling misschien vaders' ogen geopend heeft. Hij had volgens de therapeut meer inzicht gekregen in zijn gedrag en de gevolgen hiervan voor het kind.

Volgens de therapeuten waren in negen van de tien gezinnen beide ouders na de PMTO-behandeling veranderd. Zowel de vaders als moeders hadden volgens de therapeuten veel geleerd en duidelijke handvatten gekregen. In het tiende gezin was volgens de therapeut geen verandering opgetreden, omdat de ouders na vier sessies gestopt zijn met de behandeling. Deze moeder had last van een depressie en kon PMTO er even niet bij hebben op dat moment. Bij vijf van de tien gezinnen waren de therapeuten verbaasd over de CBCL-scores van de ouders na de behandeling, het beeld kwam niet overeen met hun ervaring. Van vier gezinnen gaven de bijbehorende therapeuten aan dat de ouders meer op één lijn zaten na de behandeling en beter samen werkten.

In drie van de tien gezinnen hadden vader en moeder volgens de therapeuten ieder winst gehaald op een eigen stukje. In twee van deze drie gezinnen had moeder geleerd om consequent te zijn en meer grip gekregen op het kind. De vaders hadden vooral geleerd om het kind aan te moedigen en positieve aandacht te geven. In het derde gezin, het pleeggezin, had pleegmoeder volgens de therapeut met name geleerd om duidelijke instructies te geven, te belonen en structuur aan te brengen. Pleegvader had geleerd om rustiger te blijven en consequent te zijn.

Deelvraag 7: Zijn er verschillen tussen vaders en moeders in de interpretatie van de werkzame bestanddelen van PMTO?

Interviews met vier gezinnen die PMTO hebben gehad

In de interviews is aan de ouders gevraagd wat volgens hun gewerkt heeft aan PMTO. De antwoorden van vaders en moeders kwamen grotendeels overeen. Alle acht de ouders vonden dat het onderwerp grenzen stellen, waaronder het invoeren van de time-out, goed heeft gewerkt. Daarnaast noemden alle acht de ouders de manier waarop je het kind benadert. De manier van benaderen werd wel verschillend uitgelegd door de ouders. Enerzijds noemden vijf ouders (drie vaders en twee moeders) het geven van complimenten, het belonen en de positieve benadering. Anderzijds noemden vijf ouders (drie vaders en twee moeders) de bewustwording van je eigen gedrag en het inzicht dat je met je eigen gedrag bepaald gedrag van het kind uitlokt. Eén vader zegt hierover het volgende: “Het is een beetje zelfconfrontatie hè, door eigen gedrag lok je gedrag bij je kinderen uit. Vaak reageer je naar je kind vanuit een bepaald oogpunt, maar ben je niet bewust bezig met wat is nou het gedrag dat ik vertoon.” Tot slot noemden alle acht de ouders de rollenspellen als werkzaam bestanddeel. Twee moeders zeiden in eerste instantie dat ze het nut er niet van inzagen, maar naderhand gaven ze aan dat ze het ene rollenspel nuttiger vonden dan de andere en dat er toch wel bepaalde dingen mee zijn uitgelicht.

Hoewel de geïnterviewde vaders en moeders het grotendeels met elkaar eens waren over de werkzame bestanddelen van PMTO, kwamen er ook twee verschillen naar voren. Zo noemden alleen de vier vaders de duidelijke handvatten die worden aangereikt als werkzaam bestanddeel. Daar tegenover staat dat alleen de vier moeders het beloningssysteem als werkzaam bestanddeel noemden. Dit is opvallend, omdat drie van de vier geïnterviewde vaders juist aangaven dat het beloningssysteem niet werkte.

6. Conclusie en discussie

Antwoorden op de deelvragen

Het huidige onderzoek had als doel om de verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind voor en na de PMTO-behandeling in kaart te brengen. Het probleemgedrag van het kind wordt zowel bij de start als bij de afronding van een PMTO-behandeling gemeten met de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991). Aan de hand van drie deelvragen zijn de specifieke verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag voor de behandeling, na de behandeling en in de rapportage van toe- of afname van probleemgedrag onderzocht. Voor de vierde deelvraag is vervolgens gekeken welke patronen er tussen de partners te vinden zijn.

Moeders rapporteerden vooraf op alle drie de schalen (Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren) meer problemen dan vaders. Na de behandeling scoorden moeders nog steeds op alle drie de schalen significant hoger dan vaders, hoewel de verschillen tussen de gemiddelde scores kleiner zijn geworden ten opzichte van de voormeting. Gemiddeld genomen rapporteerden beide ouders na de PMTO-behandeling op alle drie de schalen een afname van problemen. Moeders rapporteerden echter grotere afnames in totale problemen en internaliserende problemen dan vaders. Er is geen significant verschil gevonden tussen vaders en moeders wat betreft de afname in externaliserende problemen. Zowel voor als na de behandeling werden op alle drie de schalen substantiële correlaties gevonden tussen de gemiddelde scores van beide ouders. De verschillen van vaders en moeders correleerden iets minder sterk, maar nog steeds matig.

Om de vierde deelvraag te beantwoorden is geprobeerd om de data in groepen in te delen, maar er zijn geen duidelijke groepen naar voren gekomen. Er is in de eerste drie deelvragen dus wel een structureel verschil tussen vaders en moeders gevonden, maar er konden geen eenduidige patronen onderscheiden worden. Het structurele verschil tussen vaders en moeders heeft betrekking op gemiddelde scores. Met behulp van de Reliable Change Index zijn tevens de verschillen tussen vaders en moeders op gezinsniveau onderzocht. Van de 140 moeders in de dataset rapporteerden 48 een betrouwbare vooruitgang, tegenover 40 van de 140 vaders. Dit verschil van 5% was niet significant. Slechts 3 vaders en 3 moeders rapporteerden een betrouwbare achteruitgang.

Tot slot zijn de percentages vaders en moeders met klinische scores, scores in het grensgebied en 'normale' scores met elkaar vergeleken, zowel op de voormeting als op de nameting. Op de voormeting scoorden significant meer moeders dan vaders in het klinische gebied, met een verschil van bijna 20%. Daarentegen waren er significant meer vaders dan

moeders met een normale score. Op de nameting scoorden beide ouders beduidend minder in het klinische gebied. De percentages vaders en moeders met een klinische score zijn na PMTO vrijwel gelijk geworden. Er scoorden wel significant meer moeders dan vaders in het grensgebied. Net als op de voormeting waren er nog steeds significant meer vaders dan moeders met een normale score.

Overeenkomsten met eerder uitgevoerde studies

De gevonden verschillen tussen vaders en moeders op de voormeting komen (deels) overeen met eerder onderzoek. De opzet van het huidige onderzoek heeft veel overeenkomsten met de studie van Christensen en collega's (1992), die beschreven is in hoofdstuk 2. De steekproef van Christensen en collega's (1992) bestond uit ongeveer evenveel gezinnen (137), waarvan beide ouders de Child Behavior Checklist hebben ingevuld. Ook de leeftijd van de kinderen (3-13 jaar) was vrijwel hetzelfde als de leeftijd van de kinderen in het huidige onderzoek. Hoewel de auteurs de data op een andere manier hebben geanalyseerd, vonden zij eveneens dat moeders consistent meer probleemgedrag rapporteerden dan vaders. Op één punt verschillen de uitkomsten van het huidige onderzoek met de uitkomsten van Christensen en collega's (1992). De auteurs vonden een lage overeenstemming tussen de rapportages van beide ouders, terwijl in het huidige onderzoek substantiële correlaties zijn gevonden.

De substantiële correlaties die in het huidige onderzoek gevonden zijn tussen de gemiddelde scores van vaders en moeders op de voormeting, komen overeen met de correlaties die gevonden werden in het onderzoek van Verhulst en collega's (1996), waarin eveneens de Child Behavior Checklist werd gebruikt. Ondanks de hoge overeenstemming tussen beide ouders vonden Verhulst en collega's (1996) tevens significante verschillen tussen de ouders, waarbij moeders hoger scoorden dan vaders.

De resultaten van het huidige onderzoek zijn niet in lijn met de resultaten van de meest recent uitgevoerde meta-analyse naar de overeenstemming en verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van kinderen en adolescenten (Duhig et al., 2000). Deze meta-analyse vond een grotere overeenstemming tussen vaders en moeders in de rapportage van externaliserende en totale gedragsproblemen dan in de rapportage van internaliserende problemen. In het huidige onderzoek werden op alle drie de schalen substantiële correlaties gevonden tussen de gemiddelde scores van vaders en moeders. Dit komt wel overeen met de eerste meta-analyse uit 1987 (Achenbach et al.), die de overeenstemming tussen verschillende informanten onderzocht. Over het geheel genomen kwamen rapportages van verschillende informanten meer overeen voor externaliserende

problemen, maar wanneer alleen naar de vader en moeder werd gekeken was het verschil tussen internaliserende en externaliserende problemen niet meer significant.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 laten de eerder uitgevoerde studies, naar de overeenstemming en verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind, gemengde resultaten zien. Over het geheel genomen werden er matige tot hoge correlaties gevonden tussen de rapportages van beide ouders, maar lijken moeders meer problemen te rapporteren dan vaders. De resultaten van het huidige onderzoek sluiten hier geheel bij aan. De gevonden verschillen in combinatie met de matige tot hoge correlaties betekenen dat vaders en moeders het grotendeels wel eens zijn over de aard van het probleemgedrag, maar niet over de ernst. Beide ouders zien dezelfde gedragsproblemen bij het kind, maar vaders schatten deze problemen minder hoog in.

Kwalitatieve interviews als verdieping

Als verdieping op het onderzoek naar de verschillen in rapportage op de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991), zijn er kwalitatieve interviews gehouden met PMTO-therapeuten en gezinnen die PMTO hebben gehad. De interviews met vijf therapeuten over vaders en moeders in de PMTO-behandeling bevestigden de resultaten die bij de eerste deelvraag werden gevonden. Alle vijf de therapeuten zijn van mening dat moeders vooraf meer problemen ervaren dan vaders. De hoofdreden die de therapeuten hiervoor geven is dat moeders vaak de hoofdopvoeder zijn en dus meer tijd doorbrengen met het kind. Moeders zitten meer in de probleemsituatie, waardoor de incidenten zich opeenstapelen. Vaders zien het kind maar een paar uur per dag, bij hen raakt de spreekwoordelijke emmer minder snel vol. Deze verklaring sluit aan bij de verklaring die Christensen en collega's (1992) gaven voor de gevonden verschillen in hun studie. Zij opperden eveneens dat moeders doorgaans meer betrokken zijn bij de opvoeding, waardoor zij mogelijk bewuster en gevoeliger zijn voor negatief gedrag van het kind. Uitkomsten van Nederlands onderzoek en de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (zoals beschreven in hoofdstuk 2) bevestigen dat in het merendeel van de Nederlandse gezinnen de moeder de hoofdopvoeder is.

De tweede verklaring die de vijf therapeuten aandroegen is dat vaders en moeders verschillen in hun manier van opvoeden, waardoor het kind verschillend gedrag vertoont naar beide ouders. Volgens de therapeuten hebben vaders over het algemeen meer gezag dan moeders, waardoor het kind beter naar hen luistert. Moeders zouden vanwege hun 'zachtere aanpak' vaker last hebben van ongehoorzaamheid van het kind. In lijn met deze verklaring zou men verwachten dat vaders minder externaliserende problemen rapporteren dan moeders.

In het huidige onderzoek rapporteerden vaders echter niet alleen minder externaliserende problemen dan moeders, maar ook minder internaliserende problemen.

Tot slot gaven de therapeuten aan dat vaders en moeders het probleemgedrag van het kind verschillend interpreteren. Terwijl moeders geneigd zijn om het probleemgedrag van het kind zich persoonlijk aan te trekken, leggen vaders de oorzaak van het probleem eerder buiten zichzelf, in het kind. Moeders zouden vaker zichzelf de schuld geven en onzeker worden over hun manier van opvoeden. Twee van de vijf therapeuten benadrukken dat deze verschillen tussen vaders en moeders eigenlijk verschillen tussen mannen en vrouwen zijn.

De tweede en derde verklaring zijn nogal verschillend van aard. Enerzijds gaven de therapeuten aan dat kinderen zich anders gedragen tegenover hun vader dan tegenover hun moeder. Anderzijds gaven de therapeuten aan dat vaders en moeders verschillen in hun interpretatie van het gedrag. Als kinderen daadwerkelijk meer probleemgedrag vertonen tegenover hun moeder, dan is het logisch dat moeders hoger scoren op de CBCL. Hoewel deze verklaring plausibel klinkt, verklaart het niet waarom moeders naast meer externaliserende problemen ook meer internaliserende problemen dan vaders rapporteerden. Een verschil in interpretatie zou daarentegen betekenen dat vaders en moeders hetzelfde gedrag op een andere manier beleven. Dit sluit beter aan bij de resultaten van de kwantitatieve data-analyses, die suggereren dat vaders en moeders het wel eens zijn over de soort problemen, maar niet over de ernst. Hoewel beide verklaringen mogelijk zijn, is in het huidige onderzoek dus meer ondersteuning gevonden voor een verschil in interpretatie.

Naast de interviews met therapeuten zijn er ook interviews gehouden met gezinnen die PMTO hebben gehad. Drie van de vier gezinnen bevestigden het beeld van de kwantitatieve analyses en de therapeuten: in deze gezinnen ervaaarde moeder voorafgaand aan de behandeling het probleemgedrag heftiger dan vader. Alle drie de moeders zaten ten tijde van de PMTO-behandeling thuis, waardoor ze dag in dag uit de zorg voor het kind hadden. De vaders waren aan het werk en zagen het kind maar een paar uur per dag. Daarnaast gaven twee moeders aan hetzelfde karakter te hebben als hun kind, waardoor ze makkelijker botsen. De derde moeder had tijdens de behandeling een depressie, waardoor ze het allemaal wat zwaarder ervaaarde.

Hoewel de ouders van het vierde gezin aangaven het probleemgedrag van hun kind hetzelfde te beleven, gaven ze wel allebei aan dat het kind meer met zijn moeder aan de haal ging dan met zijn vader. Dit werd in nog twee gezinnen aangegeven. In drie van de vier gezinnen kwam bovendien naar voren dat vader consequenter was tegenover het kind dan moeder. Deze bevindingen sluiten aan bij de tweede verklaring van de therapeuten, waarin ze

stellen dat het kind verschillend gedrag vertoont naar beide ouders omdat vaders en moeders verschillen in hun manier van opvoeden. Hoewel deze verklaring niet geheel ondersteund wordt door de kwantitatieve data-analyses, komt hij in de kwalitatieve interviews dus wel meerdere malen terug.

Opvallend was dat in alle vier de geïnterviewde gezinnen moeder het probleemgedrag van het kind uitgebreider omschreef dan vader. Mogelijk speelt het feit dat alle vier de moeders de hoofdopvoeder zijn hier een rol. Het zou kunnen dat moeders het gedrag beter kunnen benoemen en meer voorbeelden kunnen geven, omdat ze als hoofdopvoeder meer tijd doorbrengen met het kind en dus vaker geconfronteerd werden met het probleemgedrag.

Naast de interviews met vijf therapeuten over vaders en moeders in de PMTO-behandeling in het algemeen, zijn er ook therapeuten geïnterviewd over specifieke gezinnen die ze in het verleden hebben behandeld. Vijf van deze tien gezinnen kwamen overeen met het beeld dat de kwantitatieve analyses, de therapeuten van de algemene interviews en drie van de vier geïnterviewde gezinnen hebben geschetst. In deze vijf gezinnen ervaaarde moeder volgens hun therapeut meer problemen dan vader. In alle vijf de gezinnen was de moeder de hoofdopvoeder. Daarnaast gaven de therapeuten aan dat bij de moeders meer emoties in het spel waren dan bij de vaders. De vaders waren volgens hen consequenter en hadden minder moeite met gezag.

Verschillen in rapportage na de behandeling

Voorafgaand aan het huidige onderzoek was er weinig bekend over de verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag na behandeling met een gedragsinterventie. Studies naar de effecten van gedragsinterventies op ouders hebben meestal alleen betrekking op moeders. Indien het effect van de interventie op beide ouders wordt onderzocht, worden vaders en moeders vaak samen genomen. De huidige studie brengt op dit gebied dus nieuwe kennis met zich mee. Ook de vergelijking die in dit onderzoek is gemaakt tussen de verbetering die vaders en moeders rapporteerden is nieuw.

Na de PMTO-behandeling rapporteerden moeders nog steeds significant meer problemen dan vaders, hoewel de verschillen wel kleiner zijn geworden. De correlaties tussen de gemiddelde scores van vaders en moeders waren nog steeds substantieel. Beide ouders zien dus nog steeds dezelfde soort problemen, alleen schatten moeders de problemen na de behandeling nog steeds hoger in dan vaders. Tegelijkertijd rapporteerden moeders significant grotere afnames in totale problemen en internaliserende problemen dan vaders. Dit kan verklaard worden door de bevinding dat moeders voorafgaand aan de behandeling al hoger

scoorden dan vaders. Er waren bovendien meer moeders dan vaders die vooraf een Totale probleemscore in het klinische gebied hadden. Daarentegen waren er meer vaders met een normale score. Dit betekent dat er voor moeders meer winst viel te behalen.

Opvallend was dat moeders wel grotere afnames in totale problemen en internaliserende problemen rapporteerden dan vaders, maar niet in externaliserende problemen. Christensen en collega's (1992) verwachtten in hun studie meer overeenstemming tussen ouders op de subschaal Externaliseren dan op de subschaal Internaliseren, omdat externaliserende problemen meer objectief, beter observeerbaar en specifiek omschreven zijn en omdat externaliserend probleemgedrag meer storend en sociaal onwenselijk is. Hoewel hun resultaten slechts een trend in deze richting lieten zien, zou het een verklaring kunnen zijn voor de resultaten van het huidige onderzoek. Het is mogelijk dat beide ouders een gelijke afname in externaliserende problemen rapporteerden, omdat externaliserend probleemgedrag meer opvalt. Aan de andere kant kan het ook te maken hebben met de doelgroep van PMTO. De training is vooral gericht op ouders van kinderen met externaliserend probleemgedrag, soms in combinatie met internaliserende problemen. Als de kinderen voornamelijk externaliserende problemen vertoonden, is het logisch dat beide ouders na de behandeling verbetering rapporteren op dit gebied. Een derde verklaring zou kunnen zijn dat moeders gevoeliger zijn voor uitingen van internaliserende problemen van het kind dan vaders, omdat ze meer tijd doorbrengen met het kind en omdat ze meer vanuit hun emoties en de band met het kind opvoeden.

In de interviews met vier gezinnen die PMTO hebben gehad is gevraagd of de behandeling geholpen heeft en op welke manier. Alle acht geïnterviewde ouders gaven aan dat PMTO voor positieve resultaten heeft gezorgd. Hoewel er veel overeenkomsten waren tussen de resultaten die vaders en moeders noemden, waren er ook enkele verschillen. Een toename in zelfvertrouwen en een verbeterde relatie met het kind werden alleen door drie moeders genoemd. Daarnaast gaven alle vier de moeders aan dat ze duidelijker en consequenter waren geworden, van de vaders gaf slechts één dit aan. Alle vier de moeders gaven tevens aan dat het kind sinds de behandeling beter luistert en dat ze rustiger zijn geworden. Van de vier vaders gaven slechts twee dit aan. Deze verschillen sluiten aan bij de verschillen die de vijf therapeuten in de algemene interviews noemden. In slechts twee van de vier geïnterviewde gezinnen gaven de moeders aan dat de PMTO-behandeling bij hun meer heeft geholpen dan bij hun partner.

De vraag of er verschillen zijn tussen vaders en moeders wat betreft de werkzaamheid van PMTO is ook aan de vijf therapeuten van de algemene interviews voorgelegd. Alle vijf de

therapeuten zijn van mening dat beide ouders winst ervaren na de behandeling en enthousiast zijn over hetgeen dat ze bereikt hebben. Over verschillen tussen vaders en moeders zijn de meningen verdeeld. Twee therapeuten gaven aan geen specifieke verschillen te ervaren tussen vaders en moeders. De andere therapeuten noemden wel verschillen, met name op het gebied van aanmoedigen en grenzen stellen. Enerzijds gaven enkele therapeuten aan dat moeders na de behandeling duidelijker en consequenter zijn geworden. Anderzijds beweerde een therapeut precies het tegenovergestelde. Slechts één therapeut vond dat met name moeders meer zelfvertrouwen hebben na de behandeling. In de interviews met de gezinnen werd dit juist door alle vier de moeders genoemd. Tot slot gaven alle vijf de therapeuten aan dat ouders na de PMTO-behandeling meer op één lijn zitten.

Gezinnen met uiteenlopende scores

Een speciaal onderdeel van het huidige onderzoek was de steekproef van tien gezinnen, waarvan de ouders zeer uiteenlopende scores hadden op de nameting. Deze gezinnen wijken af van het structurele verschil dat in dit onderzoek gevonden is. Hoewel moeders na de PMTO-behandeling gemiddeld nog steeds hoger scoorden dan vaders, zijn de verschillen kleiner geworden ten opzichte van de voormeting. In deze steekproef van tien gezinnen waren de verschillen na de behandeling echter opvallend groot geworden. Om meer achtergrondinformatie te verzamelen over deze gezinnen, zijn er interviews afgenomen met de therapeuten die hen in het verleden behandeld hebben.

Bij vijf van de tien gezinnen waren de therapeuten verbaasd over de uiteenlopende scores van vader en moeder. De therapeuten waren van mening dat beide ouders waren gegroeid door de behandeling en positieve resultaten hadden geboekt. Dit suggereert dat CBCL-scores niet een compleet beeld van de situatie geven. De therapeuten droegen in hun interviews twee verklaringen aan voor de gevonden verschillen. Enerzijds waren sommige moeders ten tijde van de behandeling zwanger of net bevallen, waardoor ze meer last hadden van stress. Ze vonden het moeilijk om hun tijd te verdelen tussen de baby en het andere kind dat veel aandacht vroeg. Anderzijds maakten sommige ouders zich nog zorgen over de toekomst. Tegenover het toekomstperspectief staat nog een derde verklaring. Het is eveneens mogelijk dat de CBCL-scores van sommige ouders momentopnames zijn. Een slechte dag of een recent conflict zou de uitkomsten van sommige ouders kunnen beïnvloeden, terwijl andere ouders misschien meer de grote lijn zien.

Bij de vijf andere gezinnen herkenden de therapeuten de uiteenlopende scores van vader en moeder wel. In vier van deze gezinnen was er sprake van speciale omstandigheden.

De grote verschillen tussen vader en moeder werden veroorzaakt door huiselijk geweld, depressie, een laag intelligentieniveau en nog onbekende problematiek van het kind.

Implicaties voor de PMTO-behandeling

Zowel de kwantitatieve analyses als de kwalitatieve interviews wijzen op verschillen tussen vaders en moeders in de beleving van het probleemgedrag van het kind. Naast het feit dat moeders vaker de hoofdopvoeder zijn, zijn er ook aanwijzingen dat vaders en moeders verschillen in hun manier van opvoeden en in hun interpretatie van het probleemgedrag. Zoals beschreven in de inleiding, is overeenstemming tussen de ouders een belangrijk mechanisme. Een gezamenlijke opvoeding door de ouders is gerelateerd aan minder internaliserende en externaliserende symptomen en een beter sociaal functioneren van het kind. Wanneer er bij kinderen sprake is van klinische problematiek, is het wat betreft externaliserende symptomen en het sociaal functioneren van het kind nog belangrijker dat ouders het met elkaar eens zijn over de manier van opvoeden en elkaar niet beschuldigen of bekritisieren (Teubert & Pinquart, 2010).

Gezinnen die worden aangemeld voor PMTO zijn vaak in een negatieve spiraal terecht gekomen, waardoor er veel ruzies en conflicten zijn. De negatieve interacties in het gezin zorgen er vaak voor dat de verschillen tussen vader en moeder worden uitvergroot en als verwijten worden gebruikt. Voor PMTO-therapeuten is de belangrijke taak weggelegd om de strijd tussen de ouders eruit te halen en in plaats daarvan een positief evenwicht te creëren. De gevonden verschillen tussen ouders zijn niet per sé negatief. Wanneer ouders leren hoe ze elkaars verschillen kunnen benutten, vormen de verschillen juist krachten waarmee vaders en moeders elkaar mooi kunnen aanvullen en ondersteunen.

Een belangrijk streven van elke PMTO-behandeling is om beide ouders op één lijn te krijgen en de gezamenlijkheid in de opvoeding te bevorderen. De therapeuten van de algemene interviews doen dit door de verschillen tussen vader en moeder te benoemen en beide ouders erkenning te geven. Wanneer de verschillen tussen beide ouders bespreekbaar worden gemaakt, ontstaat er ruimte voor begrip en acceptatie. Alle vijf de therapeuten benadrukken dat de verschillen tussen vader en moeder er mogen zijn en leren ouders hoe ze deze verschillen kunnen benutten en hoe ze elkaar ermee kunnen ondersteunen. Hierbij is het belangrijk dat er goed wordt aangesloten bij wat haalbaar en wenselijk is in elk gezin.

Wanneer verschillen tussen vaders en moeders worden omgezet in iets positiefs, hoeven ze een gezamenlijke opvoeding niet in te weg te staan. In de PMTO-behandeling wordt gezamenlijkheid tussen de ouders op verschillende manieren bevorderd. Enerzijds leren

ouders dezelfde opvoedstrategieën, zodat ze hierin op één lijn zitten. Anderzijds benadrukken therapeuten de overeenkomst die vaders en moeders altijd hebben: de zorg voor hun kind. Drie van de vijf geïnterviewde therapeuten gaven aan het belang van het kind centraal te zetten. In de behandeling worden ouders gestimuleerd om samen na te denken en te overleggen over wat zij belangrijk vinden voor hun gezin, hun kinderen en hun opvoeding. Eén van de vijf geïnterviewde therapeuten geeft aan dat de samenwerking tussen ouders alle onderdelen van de PMTO-behandeling raakt. Dit maakt het extra belangrijk dat beide ouders naar de sessies komen.

In sommige gezinnen is er naast het probleemgedrag van het kind tevens sprake van andere complexe problematiek. Problemen zoals huiselijk geweld, een depressie of een laag intelligentieniveau kunnen de gezamenlijkheid tussen ouders bemoeilijken. Ook nog onbekende problematiek van het kind kan overeenstemming tussen ouders in de weg staan. De therapeut die dit gezin heeft behandeld raadt aan om op tijd in overleg te gaan met andere instanties wanneer er vermoedens zijn dat er meer aan de hand is met het kind, zodat er in de behandeling op aangesloten kan worden. Wanneer er sprake is van problematiek bij de ouders, is tevens een nauwe samenwerking met andere instanties gewenst.

Alle geïnterviewde therapeuten hebben het liefst dat beide ouders naar de behandeling komen, omdat dit de mooiste resultaten oplevert. Over het algemeen hebben vaders in het begin iets meer weerstand, maar naarmate de behandeling vordert worden ze steeds enthousiaster en zijn ze net zo betrokken als moeders. Eén van de therapeuten brengt het als volgt onder woorden: “De sessies met beide ouders zijn in het begin wel heftig, vanwege de verschillende beelden en de weerstand die er dan is, maar gaandeweg wordt dat allemaal milder. Hoewel de sessies in het begin heftig zijn, zijn de resultaten wel weer mooier. Met name de ondersteuning van ouders naar elkaar.”

De gevonden verschillen gelden niet voor alle gezinnen die deelnemen aan PMTO. In sommige gezinnen is de rolverdeling volgens het geijkte patroon, maar in sommige gezinnen ook niet. De verschillen tussen vaders en moeders in de beleving van het probleemgedrag van het kind en in hun manier van opvoeden kunnen ook samenhangen met de persoonlijkheid van ouders.

Beperkingen van het onderzoek

Bij het interpreteren van de resultaten van het huidige onderzoek moeten enkele beperkingen in acht worden genomen. Om te beginnen zijn de gevonden verschillen in rapportage tussen vaders en moeders uitsluitend gebaseerd op de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991).

Het is mogelijk dat een ander instrument of andere onderzoeksmethoden tot andere uitkomsten leiden. Ten tweede kunnen de verschillen die in dit onderzoek gevonden zijn ook samenhangen met andere kenmerken dan het moeder- of vaderschap (zoals bijvoorbeeld opleiding). In het huidige onderzoek is hier geen zicht op, omdat er geen achtergrondvariabelen zijn meegenomen in de kwantitatieve analyses. Ten derde is de kant-en-klare dataset die voor dit onderzoek is gebruikt al enkele jaren oud. De 140 gezinnen hebben de PMTO-behandeling gehad in de periode van 2008-2009. Uit de interviews met de vijf therapeuten is echter niet naar voren gekomen dat er veel veranderd is de afgelopen drie jaar. De vierde beperking van dit onderzoek heeft te maken met de kwantitatieve data-analyses. Met de huidige dataset was het helaas niet mogelijk om een Chi-kwadraattoets uit te voeren. In plaats daarvan zijn er gepaarde t-toetsen gebruikt om te toetsen of de percentages vaders en moeders met betrouwbare vooruitgang en de percentages vaders en moeders met normale scores, scores in grensgebied en klinische scores significant van elkaar verschillen. Dit is niet de meeste nette manier om de groepen met elkaar te vergelijken, maar in dit geval was het de enige optie. Tot slot waren de steekproeven voor de interviews erg klein. De interviews hebben interessante achtergrondinformatie opgeleverd, maar om echt generaliseerbare uitspraken te kunnen doen moeten de steekproeven groter zijn.

Ondanks de beperkingen heeft het huidige onderzoek interessante kennis opgeleverd. Het onderzoek bestond uit veel verschillende onderdelen. Naast de kwantitatieve data-analyses zijn er drie verschillende soorten interviews afgenomen. Opvallend genoeg toonden de resultaten van alle onderdelen veel overeenkomsten. Hoewel moeders vaak voorafgaand aan de PMTO-behandeling meer problemen ervaren dan vaders, groeien ouders door de behandeling dichterbij elkaar toe. Wanneer de verschillen tussen vaders en moeders worden omgezet in krachten, kunnen ze in hun voordeel werken. Eén van de geïnterviewde therapeuten gebruikte de volgende metaforen hiervoor: “De opvoeding door vader en moeder kun je vergelijken met twee kapiteins op één schip: hoe doe je dat met z’n tweeën? Het is de kunst om ouders te leren samenwerken, in plaats van dat ze elkaar tegensturen. Je moet als therapeut de ouders uit het touwtrekken krijgen en dit omdraaien naar een wipwap. Als de ene ouder goed is in leiding geven en de andere in zorgen, hebben ze samen een mooi pakket waarmee ze elkaar in evenwicht houden. Het is essentieel om de verschillen tussen vaders en moeders te gebruiken en om te zetten in mogelijkheden.”

7. Samenvatting

Parent Management Training Oregon is een individuele, intensieve training voor ouders met kinderen van 4 tot 12 jaar die ernstige externaliserende gedragsproblemen vertonen. Het doel van dit onderzoek was om de verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind voor en na de PMTO-behandeling in kaart te brengen. Hiervoor is gebruik gemaakt van een reeds bestaande dataset, die eigendom is van PI Research. Deze dataset bestaat uit 140 kinderen waarvan beide ouders de Child Behavior Checklist zowel voor als na de PMTO-behandeling hebben ingevuld. Met behulp van gepaarde t-toetsen voor afhankelijke steekproeven zijn de gemiddelden van de verschillen tussen ouders binnen een gezin onderzocht. Moeders rapporteerden vooraf op alle drie de schalen (Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren) meer problemen dan vaders. Na de behandeling scoorden moeders nog steeds op alle drie de schalen significant hoger dan vaders, hoewel de verschillen kleiner zijn geworden ten opzichte van de voormeting. Hoewel beide ouders gemiddeld op alle drie de schalen afnames van problemen rapporteerden, rapporteerden moeders significant grotere afnames in totale problemen en internaliserende problemen dan vaders. De verschillen tussen vaders en moeders zijn gevonden in combinatie met substantiële correlaties. Dit betekent dat beide ouders het wel eens zijn over de aard van het probleemgedrag, maar niet over de ernst. Als verdieping op de kwantitatieve analyses zijn kwalitatieve interviews afgenomen bij PMTO-therapeuten en gezinnen die PMTO hebben gehad. De resultaten van de interviews sluiten grotendeels aan bij de kwantitatieve resultaten. De meest voor de hand liggende verklaring is dat in het overgrote deel van de Nederlandse gezinnen de moeder de hoofdopvoeder is en dus meer tijd met het kind doorbrengt dan de vader. Daarnaast dragen de interviews nog twee verklaringen aan voor de gevonden verschillen. Enerzijds gaven de therapeuten aan dat vaders en moeders het gedrag van hun kind op verschillende manier interpreteren. Anderzijds waren de therapeuten van mening dat vaders en moeders verschillen in hun manier van opvoeden, waardoor het kind verschillend gedrag vertoont naar beide ouders. Voor PMTO-therapeuten is de belangrijke taak weggelegd om de verschillen tussen vaders en moeders bespreekbaar te maken en om een gezamenlijke opvoeding te stimuleren. Wanneer de verschillen tussen vaders en moeders worden omgezet in mogelijkheden, creëren ouders een mooi evenwicht waarin ze elkaar aanvullen en ondersteunen.

Literatuur

- Achenbach System of Empirically Based Assessment. (2012). *Vragenlijsten*. Verkregen op 5 januari, 2012, van <http://www.aseba.nl>.
- Achenbach, T. M. (1991). *Child Behavior Checklist*. Burlington, Vermont: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101 (2), 213-232.
- Albrecht, G. (2009). PMTO zo uitvoeren dat het effectief is: Eén hulpmiddel voor opleiding, supervisie en kwaliteitsborging. In J. R. M. Gerris en R. C. M. E. Engels (Eds.), *Professionele kwaliteit in Jeugdzorg en Jeugdonderzoek* (p. 99 - 108). Assen: Van Gorcum.
- Albrecht, G., van Leeuwen, E., & Tjaden, J. (2010). *PMTO handleiding voor therapeuten (versie 3.0)*. Duivendrecht: PI Research.
- Berger, M., & van Everdingen, J. (2006). *De positionering van PMTO ten opzichte van andere intensieve ouderinterventies in Nederland*. Verkregen op 4 november, 2011, van <http://www.nji.nl/publicaties/pmtorapport.pdf>.
- Christensen, A., Margolin, G., & Sullaway, M. (1992). Interparental agreement on child behavior problems. *Psychological Assessment*, 4 (4), 419-425.
- Das, M. (2006). Allochtone vrouwen: Arbeidsdeelname en verandering in de gezinssituatie. *Sociaal-economische trends*, 3, 13-17.
- De Brock, A. J. L. L., Vermulst, A. A., Gerris, J. R. M., & Abidin, R. R. (1992). *NOSI. Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Handleiding experimentele versie*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- De Vroom, M. J., & Hellendoorn, J. (1998). Vaders en kinderpsychotherapie. *Kind en Adolescent*, 19 (1), 134-138.
- DeGarmo, D. S., & Forgatch, M. S. (2005). Early development of delinquency within divorced families: Evaluating a randomized preventive intervention trial. *Developmental Science*, 8 (3), 229-239.
- DeGarmo, D. S., & Forgatch, M. S. (2007). Efficacy of parent training for stepfathers: From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parenting: Science and Practice*, 7 (4), 331-355.
- Dekovic, M., & Rispens, J. (1998). Vaders en de opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Een inleiding. *Kind en Adolescent*, 19 (1), 39-40.

- Distelbrink, M. J. (1998). Mannelijke opvoeders in Surinaams-Creoolse gezinnen in Nederland. *Kind en Adolescent*, 19 (1), 103-107.
- Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K., & Phares, V. (2000). Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (4), 435-453.
- Duindam, V. P. J., & Spruijt, A. P. (1998). Zorg van de vaders. *Kind en Adolescent*, 19 (1), 48-57.
- Evers, A., Braak, M. S. L., Frima, R. M., & van Vliet-Mulder, J. C. (2009-2011). *COTAN Documentatie*. Amsterdam, Nederland: Boom test uitgevers.
- Forgatch, M. S., Bullock, B. M., & Patterson, G. R. (2004). From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play. In H. Steiner (Ed.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach* (pp. 782-812). New York: Jossey-Bass.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of Parent Management Training. *Behavior Therapy*, 36, 3-13.
- Geense, P. H. A. M. (1998). Vaders van Chinese herkomst. *Kind en Adolescent*, 19 (1), 98-102.
- Korvorst, M., & Traag, T. (2010). De verdeling van arbeid en zorg tussen vaders en moeders. *Bevolkingstrends*, 58 (2), 50-54.
- Lamb, M. E. (1998). Vaders. Een inleidend overzicht. *Kind en Adolescent*, 19 (1), 1-12.
- Lundahl, B. W., Tollefson, D., Risser, H., & Lovejoy, M. C. (2008). A meta-analysis of father involvement in parent training. *Research on Social Work Practice*, 18 (2), 97-106.
- Majdandžić, M., Möller, E., Bögels, S. M., & van den Boom, D. C. (2011). Verschillen tussen vaders en moeders in de relatie tussen opvoedingsgedrag en sociale angst van hun kinderen. *Pedagogiek*, 31 (1), 11-28.
- Martinez, C. R., & Forgatch, M. S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (3), 416-428.
- Mol, M. (2008). Levensfasen van kinderen en het arbeidspatroon van ouders. *Sociaal-economische trends*, 1, 11-16.
- Nijsten, C. C. (1998). Taakverdeling in Turkse gezinnen: Ideeën, gedrag en beleving. *Kind en Adolescent*, 19 (1), 113-118.

- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (4), 607-621.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy, 13*, 638-650.
- Pels, T. V. M. (1998). Vaderschap in de ogen van Marokkaanse moeders in Nederland. *Kind en Adolescent, 19* (1), 108-112.
- PI Research. (2010). *PI Research*. Verkregen op 7 januari, 2012, van <http://www.piresearch.nl/index.jsp>.
- PMTO. (2010). *Kenniscentrum*. Verkregen op 7 januari, 2012, van <http://www.pmtto.nl/kenniscentrum>.
- Shaffer, D. R. (2005). *Social and Personality Development*. Belmont, California: Thomson-Wadsworth.
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice, 10* (4), 286-307.
- Thijssen, J., de Ruiter, C., & Albrecht, G. (2008). Preventie van antisociaal gedrag bij kinderen: Parent Management Training Oregon. In J. R. M. Gerris en R. C. M. E. Engels (Eds.), *Vernieuwingen in jeugd en gezin: Beleidsvisies, gezinsrelaties en interventies* (p. 125 - 140). Assen: Van Gorcum.
- Tiano, J. D., & McNeil, C. B. (2005). The inclusion of fathers in behavioral parent training: A critical evaluation. *Child & Family Behavior Therapy, 27* (4), 1-28.
- Van Leeuwen, E., & Albrecht, G. (2008). Parent Management Training Oregon: Ernstig probleemgedrag neemt af met PMTO. In: *De ouder als partner. De rol van ouders van jonge risicokinderen tijdens opvang, zorg en onderwijs*. Amsterdam: SWP.
- Vedder, P. (1998). Antilliaanse vaders. *Kind en Adolescent, 19* (1), 94-97.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.
- Walter, H. I., & Gilmore, S. K. (1973). Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behavior of aggressive boys. *Behavior Therapy, 4*, 361-377.
- Wiltz, N. A., & Patterson, G. R. (1974). An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy, 5*, 215-221.

Zwikker, M., & van Everdingen, J. (2008). Databank effectieve jeugdinterventies:
Beschrijving 'Parent Management Training Oregon (PMTO)'. Utrecht: Nederlands
Jeugdinstuut. Gedownload op 3-4-2012 van www.nji.nl

Bijlagen

Bijlage 1: Informed consent

Informatiebrochure voor deelnemers

Beste deelnemer,

Voordat het onderzoek begint, is het belangrijk dat u op de hoogte bent van de procedure die in dit onderzoek wordt gevolgd. Lees daarom de onderstaande tekst goed door en stel gerust vragen als iets niet duidelijk is.

Doel van het onderzoek

Het onderzoek gaat over vaders en moeders die PMTO hebben gehad. Er wordt onderzocht of er verschillen zijn tussen vaders en moeders in de beleving van het probleemgedrag van het kind en in de manier waarop ze de behandeling ervaren hebben.

Gang van zaken tijdens het onderzoek

U neemt deel aan een interview, waarin vragen zullen worden gesteld over uw ervaringen met PMTO. Er zal een geluidsopname worden gemaakt, zodat de onderzoeker het interview goed uit kan werken. Het interview zal maximaal één uur duren.

Beloning voor deelname aan het onderzoek

Wanneer u en uw partner volledig hebben deelgenomen aan de interviews, krijgt u samen een bioscoopbon ter waarde van 25 euro.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

De informatie uit het interview zal worden gebruikt voor een masterscriptie. Hierbij wordt geen gebruik gemaakt van uw persoonsgegevens, u blijft te allen tijde anoniem. De onderzoeker zal zelf het interview afluisteren en uitwerken. De volledig anoniem uitgewerkte interviews zullen daarna worden overgedragen aan het PMTO Kenniscentrum.

Vrijwilligheid

Als u nu besluit niet meer deel te willen nemen aan dit onderzoek, zal dit op geen enkele manier gevolgen voor u hebben. Ook tijdens het interview kunt u ieder moment besluiten om te stoppen. Mocht u besluiten om ermee te stoppen, dan zullen uw gegevens worden verwijderd uit onze bestanden en vernietigd.

Nadere inlichtingen

Als u nog verdere informatie wilt over dit onderzoek, dan kunt u terecht bij de onderzoeker Lianne Bertling (telefoon: 06-41129281; e-mail: l.bertling@piresearch.nl).

Toestemmingsverklaring

Dit formulier hoort bij de schriftelijke informatie die u heeft ontvangen over het onderzoek waar u aan deelneemt. Met ondertekening van dit formulier verklaart u dat u de deelnemersinformatie heeft gelezen en begrepen. Verder geeft u met de ondertekening aan dat u akkoord gaat met de gang van zaken zoals deze staat beschreven in de informatiebrochure.

[Deelnemer]

“Ik heb de informatie gelezen en begrepen en geef toestemming voor deelname aan het onderzoek, het maken van een geluidsopname en gebruik van de daarmee verkregen gegevens voor een masterscriptie. Ik vind het goed dat het anoniem uitgewerkte interview daarna wordt overgedragen aan het PMTO Kenniscentrum. Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik op ieder moment kan beslissen om te stoppen met het onderzoek.”

Datum:

.....

naam deelnemer

.....

handtekening

[Onderzoeker]

“Ik heb de deelnemer geïnformeerd over het onderzoek en ben bereid om vragen die tijdens of na het onderzoek opkomen te beantwoorden. Ik zal vertrouwelijk omgaan met de informatie uit het interview en zorg ervoor dat de anonimiteit van de deelnemer te allen tijde gewaarborgd wordt.”

Datum:

.....

naam onderzoeker

.....

handtekening

Bijlage 2: Interview met therapeuten over specifieke gezinnen

[Beschrijving van de CBCL-scores van vader en moeder voor en na de behandeling]

Was er iets opvallend aan dit gezin? / was dit gezin anders dan gemiddeld?

Merkte u aan het begin van de behandeling verschil tussen vader en moeder?

- Motivatie/houding ten aanzien van de behandeling
- Ideeën/houding ten aanzien van de opvoeding
- Stress en beleving van het probleemgedrag van het kind

➔ Hoe bent u hiermee omgegaan?

Merkte u tijdens de behandeling verschil tussen vader en moeder?

- Betrokkenheid bij de behandeling
- Inzet/werkhouding tijdens de behandeling (uitvoeren van de huiswerkopdrachten)
- Inzet rollenspel
- Opkomst (kwamen allebei de ouders naar de behandeling?)

➔ Hoe bent u hiermee omgegaan?

Merkte u na de behandeling verschil tussen vader en moeder qua uitkomsten?

- Mate waarin ouders veranderd zijn
- Mate waarin ouders veranderingen in het gedrag van het kind zien

Herkent u het beeld dat uit de lijsten komt? Waardoor werd dit verschil volgens u veroorzaakt?

Was u tevreden over de behandeling?

Als u dit gezin nog een keer zou krijgen, zou u dan dingen anders doen? / zou u dan nog tips hebben voor uzelf?

Bijlage 3: Interview met ouders

Hoe kwam u tot PMTO en wat was er in uw gezin aan de hand?

Als we het over gedragsproblemen hebben kunnen we onderscheid maken tussen problemen die zich meer naar binnen richten en problemen die zich meer naar buiten richten.

Voorbeelden van probleemgedrag dat zich naar binnen richt zijn teruggetrokkenheid, angst, depressie en lichamelijke klachten zoals buikpijn. Voorbeelden van probleemgedrag dat naar buiten wordt geuit zijn agressie, ongehoorzaamheid, liegen, stelen en dingen kapot maken.

Wat voor soort problemen speelden er in uw gezin?

Ervaarde u het probleemgedrag van uw kind anders dan uw partner?

- *Internaliserend – externaliserend (soort)*
- *Groter – kleiner (niveau)*
- *Hoofdopvoeder*

Hoe heeft u PMTO ervaren? En waren daar verschillen in met uw partner?

Heeft PMTO uw gezin geholpen? Ervaart uw partner dit op dezelfde manier?

Wat heeft PMTO veranderd in het gedrag van uw kind?

Wat heeft PMTO veranderd in u als opvoeder? En in uw partner?

De vijf opvoedstrategieën:

- *grenzen stellen*
- *toezicht houden*
- *positieve betrokkenheid*
- *aanmoedigen*
- *problemen oplossen*

Wat heeft PMTO veranderd in uw relatie met uw kind? En in de relatie van uw partner met uw kind?

Kijkt u door PMTO anders tegen het kind/de opvoeding aan? En uw partner?

Heeft PMTO iets veranderd aan uw welzijn?(stress) En bij uw partner?

Wat heeft naar uw mening gewerkt aan PMTO? (met andere woorden: wat vond u goed aan PMTO? En wat minder goed?) Denkt uw partner daar hetzelfde over?

Heeft u veel samengewerkt met uw partner, of deden jullie het op jullie eigen manier PMTO is ook veel oefenen, wat vond u van rollenspel in de sessie? En uw partner? Voldeed de PMTO-behandeling aan uw behoeftes? En aan de behoeftes van uw partner?

Verschilden uw behoeftes van die van uw partner?

Had u iets aan de behandeling graag anders gezien? En uw partner?

PMTO gaat uit van het '5:1 principe', wat zegt dit u? (met andere woorden: aanmoedigen, belonen en complimenten geven zijn heel belangrijk in PMTO, wat vond u daarvan?) Denkt uw partner daar hetzelfde over?

Zou u PMTO aanraden aan andere ouders? Waarom wel/niet? Denkt uw partner daar hetzelfde over?

Heeft u verder nog iets toe te voegen?

Bijlage 4: Interview met therapeuten over vaders en moeders in de PMTO-behandeling in het algemeen

Als we kijken naar het begin van de behandeling, merkt u dan verschil tussen vaders en moeders?

- Motivatie/houding ten aanzien van de behandeling (Zin om ermee aan de slag te gaan)
 - Stress en beleving van het probleemgedrag van het kind (Soort problemen/zwaarte problemen)
 - Ideeën/houding ten aanzien van de opvoeding (Kijken ze er anders tegenaan?)
- ➔ Hoe gaat u daarmee om?

Merkt u tijdens de behandeling verschil tussen vaders en moeders?

- Betrokkenheid bij de behandeling
 - Inzet/werkhouding tijdens de behandeling en het uitvoeren van de huiswerkopdrachten
 - Inzet rollenspel
 - Opkomst (komen allebei de ouders naar de behandeling?)
- ➔ Hoe gaat u daarmee om?

Als we kijken naar de uitkomsten van de behandeling, merkt u dan verschil tussen vaders en moeders?

- In de mate waarin de ouders veranderd zijn (opvoedstrategieën)
- In de mate waarin ouders verandering zien in het gedrag van het kind

Heeft u verder nog iets toe te voegen?

Bijlage 5: Instellingsverslag

Het huidige masteronderzoek is uitgevoerd vanuit PI Research, “een centrum voor onderzoek, innovatie en opleiding gericht op de ontwikkeling, opvoeding en behandeling van kinderen en jeugdigen” (PI Research, 2010). Tijdens de onderzoeksperiode is op verschillende manieren kennis gemaakt met de praktijk van het werkveld. Om te beginnen zijn twee informatieve DVD’s over PMTO bekeken. In de eerste DVD kwamen pleeggezinnen aan het woord over hun ervaringen met de behandeling. In de tweede DVD kwamen naast gezinnen ook onderzoekers en therapeuten aan het woord. Tevens liet deze DVD opnames van een supervisie zien, waarin PMTO-therapeuten de ruimte kregen om vragen in te brengen en te bespreken, zodat hun individuele leertraject wordt bevordert. Na het bekijken van de DVD’s is de PMTO-opleidersmap doorgenomen. Deze map wordt gebruikt om PMTO-therapeuten op te leiden en bevat een gedetailleerde beschrijving van de gehele training. Daarna zijn enkele opnames van PMTO-behandelingen bekeken, waarbij gekozen is voor verschillende therapeuten en verschillende onderwerpen. De opnames brachten de theorie over PMTO tot leven. Tot slot was het mogelijk om live een PMTO-behandeling bij te wonen. Deze behandeling vond plaats in de Bascule en werd gegeven door één van de eerst opgeleide PMTO-therapeuten in Nederland. Beide ouders waren bij de behandeling aanwezig, zodat er een interessante vergelijking kon worden gemaakt met het huidige masteronderzoek. Na afloop is de behandeling samen met de therapeut geëvalueerd en was er de mogelijkheid om vragen te stellen.

De beschreven activiteiten hebben allemaal betrekking op PMTO. Er zijn ook enkele activiteiten met betrekking tot andere interventies uitgevoerd. Zo is er een dag van de opleiding tot Schoolwide Positive Behavior Support (SWPBS) coach bijgewoond. Het was de eerste dag van het opleidingstraject, waarin de interventie werd geïntroduceerd. Het was erg leuk en leerzaam om deze dag bij te wonen. SWPBS is opgericht door dezelfde onderzoekers die PMTO hebben opgericht, waardoor de programma’s veel raakvlakken hebben. Naast het bijwonen van deze opleidingsdag zijn er opnames van Dappere Dino’s bijeenkomsten bekeken. Dappere Dino’s is een nieuwe interventie voor kinderen waarvan de ouders gaan scheiden of gescheiden zijn. PI Research is dit jaar begonnen met een pilot op een basisschool in Duivendrecht. Ook deze interventie heeft raakvlakken met PMTO. Tijdens de bijeenkomsten wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van het beloningssysteem uit PMTO.

Naast de activiteiten die betrekking hebben op interventies zijn tevens de wekelijkse vergaderingen bijgewoond. De onderwerpen van deze vergaderingen waren wisselend. Enerzijds waren er organisatorische vergaderingen, bijvoorbeeld over bezuinigingsmaatregelen of het verhuizen naar een andere locatie. Anderzijds waren er inhoudelijke vergaderingen over interventies, methodieken of onderzoeksuitkomsten. Tot slot zijn er gedurende de hele onderzoeksperiode interessante gesprekken gevoerd met medewerkers van PI Research. Deze gesprekken hebben een beeld gecreëerd van de diverse werkzaamheden binnen de instelling.