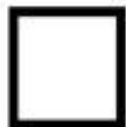


Voor wie werkt PMTO (niet)?

Welke buiten de methodiek gelegen factoren hebben invloed op het effect van de interventie PMTO?



GESCHIKT



ONGESCHIKT

Naam student: E. Lubberts

Studentnummer: S 2411172

Thesis begeleiders:

1^e beoordelaar Dr. L. Batstra

2^e beoordelaar Prof. Dr. H. Grietens

Opleiding: Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen 2012-2013

Inhoudsopgave

Abstract.....	3
Samenvatting	3
1. Inleiding.....	5
2. Theoretisch kader.....	8
2.1 PMTO in Nederland.....	8
2.2 Onderzoek naar PMTO.....	10
2.3 Externaliserende Gedragsproblemen.....	11
2.4 Werkzame factoren.....	12
2.5 Beïnvloedende factoren behandeling.....	14
3. Methode	16
3.1 Literatuuronderzoek	16
3.2 Onderzoek	18
3.3 Meetinstrumenten CBCL.....	19
3.4 Meetinstrumenten vragenlijst	20
3.5 Onderzoekspopulatie	20
3.6 Statistische analyse.....	22
4. Resultaten	23
4.1 Resultaten op basis van de CBCL.....	23
4.2 Resultaten subgroepen op basis van de CBCL.....	29
4.3 Resultaten op basis van de vragenlijst voor therapeuten.....	31
5. Conclusie en discussie.....	36
5.1 Conclusie.....	36
5.2 Discussie	38
5.3 Beperkingen.....	41
5.4 Aanbevelingen voor de praktijk.....	41
Literatuurlijst.....	43
Bijlage : Vragenlijst voor therapeuten	

Abstract

Behavioral problems have a large influence on the development of children and to their environment. Providing support to parents and children at an early stage can prevent or reduce behavioral problems. In recent years, various interventions have been developed. One of these interventions is Parent Management Training Oregon (PMTO). This treatment showed positive effects in the United States, Norway and Iceland. The current study focuses on external factors affecting treatment success, measured by a decrease in externalizing behavior. In particular, factors that therapists can influence have an important role. More knowledge regarding these factors can help the PMTO therapists to optimize their intervention. The results show that office-based treatments have better outcomes than treatments at home. In addition, with the number of sessions the effect size increases and PMTO shows the most effect with children to 8 years. In particular, the parenting strategy "monitoring" contributes significant to good outcomes. In summary this study identified a number of important factors that PMTO therapists should take into account to optimize treatment.

Samenvatting

Gedragsproblemen hebben een grote invloed op de ontwikkeling van kinderen en op hun omgeving. Door in een vroeg stadium ondersteuning te bieden aan ouders en kinderen zijn gedragsproblemen soms te voorkomen of in ernst terug te dringen. Ten aanzien van gedragsproblemen zijn de afgelopen jaren diverse interventies ontwikkeld. Eén van deze interventies is Parent Management Training Oregon (PMTO). Een behandeling die in de Verenigde Staten, Noorwegen en IJsland effectief gebleken is door een significante afname in probleemgedrag. Dit onderzoek richt zich op externe factoren die van invloed zijn op de behandeling gemeten door een afname in externaliserend gedrag. Met name de factoren waar therapeuten zelf invloed op kunnen uitoefenen spelen een belangrijke rol. Meer kennis ten aanzien van deze factoren kan de PMTO therapeuten helpen om de behandeling zo goed mogelijk te laten aansluiten zodat voor alle ouders en kinderen de behandeling zo succesvol mogelijk afgesloten wordt. Uit de resultaten blijkt dat behandelingen die op een zorglocatie plaatsvinden betere uitkomsten hebben dan behandelingen in de thuissituatie. Daarnaast neemt met het aantal sessies het effect toe en heeft PMTO het meeste effect bij kinderen tot en met 8 jaar.

Binnen PMTO blijkt met name de opvoedstrategie 'Zicht en Toezicht houden' een significante bijdrage te leveren aan goede uitkomsten. Samenvattend kan gezegd worden dat uit dit onderzoek een aantal belangrijke factoren naar voren komt waar een PMTO therapeut rekening kan houden om het effect van de behandeling zo groot mogelijk te laten zijn voor een zo groot mogelijke groep kinderen.

1. Inleiding

Elk kind heeft wel eens moeilijk gedrag en elke ouder heeft wel eens moeite om met dit moeilijke gedrag van zijn kind om te gaan. Wanneer dit gedrag langdurig is en als ernstig en belastend wordt ervaren spreken de ouders vaak van gedragsproblemen. Van de ouders van kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 jaar benoemt 3 tot 9 procent dat ze vinden dat hun kind gedragsproblemen heeft (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp, & Reijneveld, 2005).

Het ministerie voor Jeugd en Gezin in het kabinet-Balkenende IV heeft aangegeven in haar beleidsprogramma 2007-2011 ervoor te willen zorgen dat alle kinderen en jongeren de mogelijkheid krijgen zich goed te ontwikkelen. Het vroegtijdig herkennen en aanpakken van problemen om ze niet erger te laten worden was één van de speerpunten in dit programma. Ook in de huidige politiek en in de maatschappij neemt de aandacht voor probleemgedrag bij kinderen toe. Zeker nu er binnen het onderwijs een grote verandering aan gaat komen. Vanaf 2014 zijn scholen verplicht om ook aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben een passende onderwijsplek te bieden. Voor de leerlingen met gedragsproblemen die tot nu naar het Speciaal Onderwijs werden verwezen betekent dit dat zij in het Regulier Onderwijs moeten blijven.

Door de ouders in een vroeg stadium te ondersteunen bij de opvoeding zijn gedragsproblemen soms te voorkomen. Deze (preventieve) interventies dragen daarom bij aan het voorkomen of terugdringen van gedragsproblemen (NJI, 2013). Eén van deze interventies is *Parent Management Training Oregon model* (PMTO), een ambulante behandeling die zich richt op ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen in de leeftijd van 4-12 jaar. PMTO is voor deze doelgroep één van de best onderzochte interventies in de Verenigde Staten. Zowel in de V.S. als in Noorwegen is de behandeling effectief gebleken (Walter & Gilmore, 1973; Forgatch & DeGarmo, 1999; Fisher, Burraston, & Pears, 2005; Ogden & Hagen 2008).

Op initiatief van prof. dr. Corine de Rooter, hoogleraar aan de Universiteit van Maastricht en dr. Ferko Öry, destijds Senior wetenschappelijk medewerker bij TNO, is PMTO in 2005 naar Nederland gehaald, in samenwerking met het Ministerie van VWS. Het algemene doel van PMTO is dat ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen en dat hierdoor de kinderen met externaliserende gedragsproblemen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen. Voor een groot deel van de kinderen met deze problematiek waarvan de ouders de PMTO behandeling hebben gekregen geldt dit.

Een meta-analyse in de Verenigde Staten, van 26 experimentele studies naar de effectiviteit van PMTO laat een gemiddelde effectsize van 81% voor kinduitkomsten zien (Serketich & Dumas, 1996). Deze verbetering gold zowel thuis als op school.

Van Yperen (red., 2010) maakt op basis van diverse publicaties een schatting van een effect van 0,40 in de dagelijkse praktijk voor interventies in het algemeen in Nederland. De eerste effect monitors in de jeugdzorg wijzen ook in deze richting. Dit betekent dat 40% van de cliënten beter af is met een behandeling dan wanneer er geen behandeling is geweest. Ten aanzien van de effectiviteit van PMTO in Nederland zijn er nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar.

Uit onderzoek in Noorwegen (Ogden & Hagen, 2008) komt naast de effectiviteit voor een grote groep kinderen naar voren dat sommige gezinnen geen of minimale effecten hebben na de PMTO behandeling. Voor deze kinderen geldt dat de gedragsproblemen niet of nauwelijks afnemen. Onduidelijk is welke factoren hierbij precies een rol spelen. Reyno en McGrath (2006) beschrijven in een meta-studie met betrekking tot voorspellende factoren, dat factoren als stress en psychopathologie bij ouders, sociale status en negatieve levenservaringen van ouders de uitkomsten van een behandeling negatief kunnen beïnvloeden. Bijzonder is dat wanneer er gericht aanvullende en ondersteunende hulp ten aanzien van deze factoren wordt ingezet dit doorgaans niet leidt tot significante verbeteringen in de uitkomsten (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006).

Dit onderzoek zal zich dan ook met name richten op externe factoren binnen de behandeling die door PMTO therapeuten te beïnvloeden zijn. Bijvoorbeeld de locatie waar de behandeling plaats vindt, de opvoedstrategieën die aan bod komen en het betrekken van de leerkracht van het kind bij de behandeling. Daarnaast worden ook enkele factoren onderzocht die niet rechtstreeks te beïnvloeden zijn maar die wel een rol kunnen spelen bij de keuze voor een PMTO behandeling of wellicht een andere behandeling. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om factoren als de leeftijd van het kind en het opleidingsniveau van ouders.

Interventies en met name hun resultaten staan volop in de belangstelling. Er is dan ook veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies met betrekking tot opvoeding. Daarentegen is er weinig onderzoek bekend waarbij gekeken wordt waardoor sommige gezinnen en kinderen niet of nauwelijks profiteren van een interventie. Ogden en Hagen (2008) benadrukken het belang hiervan in de aanbevelingen in hun onderzoek.

Dit onderzoek zal zich richten op een aantal van deze externe beïnvloedende factoren met als doel een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag: *Welke buiten de methodiek gelegen factoren hebben invloed op het effect van de interventie PMTO?*

Een antwoord op deze vraag zou een bijdrage kunnen leveren aan het op maat maken van de interventie, zodat ook kinderen waarbij de externaliserende gedragsproblemen tot nu toe niet of nauwelijks afnemen meer kunnen profiteren van PMTO.

2.Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt informatie gegeven over de uitgangspunten en uitvoering van PMTO in Nederland. Vervolgens wordt beschreven, welke onderzoeken er gedaan zijn ten aanzien van PMTO zowel in Amerika als binnen Europa. Er wordt nader ingegaan op externaliserende gedragsproblemen en factoren die hierbij een rol spelen. Ook de werkzame factoren die een belangrijk aandeel hebben in de effectiviteit van interventies worden beschreven. In toenemende mate is hier binnen de Jeugdzorg en bij de financiers belangstelling voor. Als laatste komen externe factoren die de behandeling direct beïnvloeden aan de orde.

2.1 PMTO in Nederland

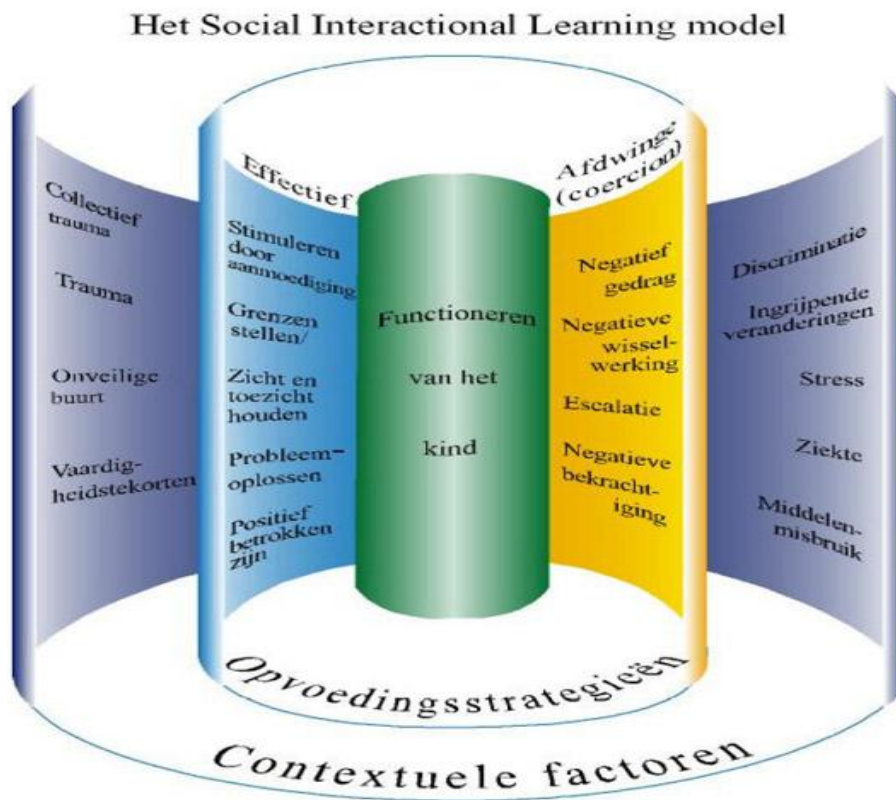
Sinds 2006 wordt PMTO (Parent Management Training Oregon-model) uitgevoerd in Nederland. PMTO is een gedragstherapeutische behandeling voor ouders van kinderen in de basisschoolleeftijd met ernstige externaliserende gedragsproblemen. De behandeling is er op gericht om ouders te versterken in het uitvoeren van effectieve opvoedingsstrategieën. Hierdoor zijn zij beter in staat om pro-sociaal gedrag bij hun kind te stimuleren en aan de andere kant om probleemgedrag te voorkomen of dit vroegtijdig bij te sturen. Het is een individuele behandeling voor ouders waarbij mediatie als uitgangspunt dient (Albrecht, 2009).

PMTO is gebaseerd op het Social Interaction Learning model (SIL model). Dit model (zie figuur 1) stelt dat kinderen gedrag leren vanuit de interactie met anderen. Het gedrag van kinderen wordt rechtstreeks beïnvloed door de opvoedvaardigheden van de ouders.

Kinderen passen hun acties en reacties aan, aan de acties en reacties van hun ouders. Positieve opvoedvaardigheden zoals het aanmoedigen van positief gedrag, positieve betrokkenheid, effectief grenzen stellen, zicht en toezicht houden (*monitoring*) en het samen oplossen van problemen zorgen voor een goede sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Daarnaast hebben negatieve opvoedvaardigheden als negatieve wisselwerking, dwingend disciplineren (*coercion*), escalatie en negatieve bekrachtiging door de ouder een ongunstige invloed op de ontwikkeling van kinderen (Thijssen & de Ruiter, 2010) .

Figuur 1

Social Interactional Learning model



Bron: <http://www.pmt.nl/professionals>

Binnen het SIL model wordt er vanuit gegaan dat ook negatieve contextuele factoren zoals een echtscheiding, stress, werkloosheid of het wonen in een onveilige buurt de kwaliteit van de opvoedingsvaardigheden van ouders op een negatieve manier kunnen beïnvloeden. Deze factoren hebben een indirecte invloed op de ontwikkeling van het kind.

Wanneer ouders over positieve opvoedvaardigheden beschikken kunnen ze hun kinderen beschermen en er voor zorgen dat het kind bestand is tegen de negatieve invloed van de ongunstige contextuele factoren. De positieve opvoedvaardigheden kunnen worden gezien als een buffer (Van Leeuwen & Albrecht 2008). Binnen de PMTO is het een basis assumptie dat de oplossing voor de problemen niet (alleen) bij het kind ligt, maar vooral bij de sociale omgeving van het kind. Wanneer de sociale omgeving waarin het kind leeft verandert zal het gedrag van het kind ook veranderen (Patterson, Reid & Eddy, 2002).

PMTO is een individuele behandeling waarbij de therapeut werkt met één of met beide ouders. Dit kunnen biologische ouders zijn maar ook stief- of pleegouders. De kinderen zijn hierbij niet aanwezig. Een behandeling vindt bij voorkeur plaats dichtbij waar het gezin woont, dit kan op een een zorglocatie van een Jeugdzorginstelling zijn maar ook bijvoorbeeld op een school of in een buurthuis. In enkele gevallen (bijvoorbeeld bij vervoers- of gezondheidsproblemen) wordt hier van afgeweken en komt de therapeut bij de ouders thuis. Om de voortgang van de behandeling te garanderen en de continuïteit te waarborgen kiezen therapeuten er soms ook voor om sessies bij het gezin thuis te doen.

Het gehele PMTO traject duurt gemiddeld tussen de vijftien en vijfentwintig sessies en bestaat uit een wekelijkse sessie van een uur. Tijdens de sessies worden nieuwe vaardigheden geoefend door middel van rollenspel. Aan het eind van een sessie krijgen ouders informatie en een thuisopdracht mee, gerelateerd aan de geoefende vaardigheden. Tussen twee sessies door heeft de therapeut telefonisch contact met de ouders, om hun bevindingen te bespreken, om de voortgang te bewaken en om zo nodig bij te kunnen sturen.

Het doel van PMTO is om ouders vijf effectieve opvoedingsstrategieën te leren. Om de pro-sociale ontwikkeling van kinderen te stimuleren leren ouders om gewenst gedrag te bekrachtigen, aan te moedigen en te stimuleren (1). Daarnaast leren ouders om op een effectieve manier grenzen te stellen aan ongewenst gedrag door middel van milde consequenties of het wegnemen van een privilege (2).

Ook vaardigheden als goed zicht en toezicht houden (*monitoring*) (3), het samen oplossen van problemen (4) en positieve betrokkenheid (5) komen aan bod. Naast deze vijf effectieve opvoedstrategieën komen ook enkele ondersteunende strategieën aan bod zoals het geven van duidelijke instructies, emotieregulatie, communicatie en het observeren van gedrag.

2.2 Onderzoek naar PMTO

Al tientallen jaren geleden is in Amerika onderzoek verricht naar de effectiviteit van PMTO. Op kleine schaal is er een aantal gerandomiseerde trials uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat oudertraining meer effect heeft dan een placebo conditie (Walter & Gilmore, 1973) en dan een wachtlijst controle conditie (Wiltz & Patterson, 1974). Vanaf 1990 zijn er vanuit het *Oregon Social Learning Center* (OSLC) op grotere schaal trials uitgevoerd die dezelfde resultaten opleverden (Forgatch & DeGarmo, 1999; Fisher, Burraston, & Pears, 2005). Deze trials zijn niet alleen uitgevoerd in gezinnen met twee biologische ouders maar ook binnen stiefgezinnen en één- ouder gezinnen.

Binnen Europa is ook onderzoek gedaan naar de effectiviteit van PMTO. In Noorwegen is de eerste *Random Controlled Trial* (RCT) buiten de Verenigde Staten uitgevoerd. De resultaten lieten een afname in de externaliserende problematiek van het kind en een verbetering in het effectief stellen van grenzen door ouders zien. Een recente RCT in IJsland laat vergelijkbare uitkomsten zien (Sigmarsdottir, Thorlaciuss, Goumundsdottir, DeGarmo & Forgatch 2012). Uit het Noorse onderzoek komt naar voren dat met name de groep kinderen tot acht jaar sterk leek te profiteren van de PMTO behandeling (Ogden & Hagen 2008).

Op dit moment loopt er in Nederland een RCT uitgevoerd door J.Thijssen en C. de Ruiters vanuit de universiteit van Maastricht. Hierbij wordt PMTO vergeleken met *Care as Usual* (CAU). De CAU groep krijgt een andere behandeling zoals bijvoorbeeld Intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG) of ouderbegeleiding. In juni 2009 is er gestart met dit onderzoek en in de zomer van 2013 zouden alle gegevens binnen moeten zijn en wordt het onderzoek verder afgerond.

2.3 Externaliserende gedragsproblemen

Binnen de hulpverlening aan kinderen en jongeren heeft de meest voorkomende hulpvraag betrekking op gedragsproblemen. Meestal betreft dit de aanmelding van jongens met agressief, naar buiten gericht (externaliserend) gedrag (Delfos, 2005). Probleemgedrag staat niet op zichzelf, het komt voort uit een proces van interacties. Deze interacties vinden plaats tussen risicovolle situaties in het gezin, op de school en in de vrije tijd aan de ene kant en de persoonlijkheidskenmerken van het kind aan de andere kant. Het aantal aanwezige risicofactoren in kind en omgeving is een voorspeller voor de kans op gedragsproblemen. Hoe meer factoren aanwezig, hoe groter de kans op gedragsproblemen (Van der Ploeg, 2011).

Er is veel onderzoek verricht naar welke risicofactoren bijdragen aan de ontwikkeling van externaliserend probleemgedrag. Een vijandig gezinsklimaat met ruzie, negatieve gevoelens van de gezinsleden onderling, strenge straffen en afwijzing van de kinderen worden als risicofactoren het meest genoemd. Op school zijn deze risicofactoren gebrek aan motivatie, slechte leerprestaties van het kind en conflicten met leerkrachten en klasgenoten.

Conflicten met vriendjes of geen vrienden hebben zijn belangrijke risicofactoren in de vrije tijd (Van der Ploeg, 2011). Naast deze externe factoren spelen ook factoren als intelligentie, temperament en problemen in het reguleren van emoties een rol.

Onder externaliserend gedrag worden gedragingen als agressie (vechten, ruzie maken, vandalisme), delinquent gedrag (liegen, stelen, middelenmisbruik) en oppositioneel gedrag (opstandig, ongehoorzaamheid) verstaan.

Deze kinderen hebben op de basisschool vaker leerproblemen en hebben een grote kans op zitten blijven of een doorverwijzing naar het speciaal onderwijs (Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 1999). Daarnaast loopt een kind met externaliserend probleemgedrag ook een verhoogd risico op afwijzing door de ouders en door leeftijdsgenootjes wat de kans vergroot op het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld (Patterson, 1986; DeGarmo & Forgatch, 2005). Daar waar het externaliserende gedrag bij peuters nog gaat om bijvoorbeeld driftbuien en slaan kan dit verergeren tijdens de basisschoolleeftijd en kan zich dit ontwikkelen tot agressief- en opstandig gedrag.

Het probleemgedrag neemt toe en wanneer er niet wordt ingegrepen vertoont vijftig tot zeventig procent van deze kinderen ernstig probleemgedrag tijdens de puberteit (Nixon, 2002). Het is dus belangrijk om bij deze groep kinderen met externaliserende gedragsproblemen zo vroeg mogelijk in te grijpen om het tij te kunnen keren.

PMTO is bedoeld voor deze groep kinderen met ernstig externaliserend probleemgedrag en hun ouders. Na de behandeling is er een afname in de externaliserende problematiek, de opvoedvaardigheden van ouders zijn verbeterd, de ouder- kind interactie is positiever en de sociale competentie op school is toegenomen (Ogden & Hagen, 2008). Patterson (2005) benoemt dat met name de opvoedstrategieën ‘Het effectief stellen van grenzen’ en ‘Het zicht en toezicht houden’ (*monitoring*) op het kind een grote rol spelen in het afnemen van het externaliserende probleemgedrag.

2.4 Werkzame factoren

In de Jeugdzorg is in toenemende mate belangstelling voor de effectiviteit van interventies. Zowel aan de kant van de financiers als aan de kant van de jeugdzorginstellingen. Van belang is om te weten welke hulp voor welke groep ouders en kinderen werkt. Aan de andere kant is het ook van belang om te weten welke groep ouders en kinderen waarschijnlijk niet of minder van deze hulp profiteert (Bruinsma & Konijn, 2008).

Bepaalde onderdelen van interventies en bepaalde omstandigheden waaronder deze worden uitgevoerd leiden tot verbetering bij alle cliënten, zelfs als deze cliënten allen een verschillende problematiek hebben. Deze onderdelen worden tot de algemeen werkzame factoren gerekend (Van Yperen, 2003).

Dit zijn factoren zoals bijvoorbeeld een goede relatie met de cliënt, op een goede manier aansluiten bij de hulpvraag en de motivatie van de cliënt en de professionaliteit van de hulpverlener. Het zijn basis bestanddelen voor een goede hulpverlening. Lambert (1992) heeft onderzoek gedaan naar de factoren die bijdragen aan een effectieve behandeling en op basis hiervan een schatting gemaakt van het totale aandeel wat zij hebben in het uiteindelijke effect van een behandeling. Hieruit kwam naar voren dat veertig procent van het totale effect van een behandeling wordt verklaard door buiten de therapie gelegen factoren, namelijk cliënt- en omgevingsfactoren.

Cliëntfactoren zoals bijvoorbeeld karakter, temperament en intelligentie, omgevingsfactoren zoals bijvoorbeeld steun in het sociale netwerk. Deze ‘cliënteigen’ factoren laten zich vrijwel niet beïnvloeden door hulpverlening. Volgens Lambert zijn de algemeen werkzame factoren (*common factors*) waaronder de therapeutische relatie tussen hulpverlener en cliënt, professionaliteit en werk-omstandigheden voor dertig procent verantwoordelijk voor het effect. Vijftien procent is toe te schrijven aan verwachting, vertrouwen en hoop van de cliënt op verandering (placebo-effect) en voor de laatste vijftien procent zijn de specifieke kenmerken van de interventie verantwoordelijk.

Ook Wampold (2001) concludeert uit onderzoek dat de algemeen werkzame factoren veel belangrijker zijn dan de specifieke factoren. Uit dit onderzoek is de conclusie zelfs dat zevenentachtig procent van het effect is toe te schrijven aan de algemeen werkzame factoren. Over deze indeling is veel gezegd en geschreven. De kritieken hebben voornamelijk betrekking op het feit dat Lambert gebruik maakt van schattingen die gebaseerd zijn op verouderde informatie (1986). Van Yperen en Tersteeg (2010) merken op dat wanneer we hier vanuit gaan de ontwikkeling van de jeugdzorg de afgelopen vijfentwintig jaar zou hebben stilgestaan.

Specifieke en algemeen werkzame factoren zouden niet gezien moeten worden als twee heel verschillende dingen. Deze factoren zijn deels verweven en de specifieke factoren kunnen bijdragen om de algemeen werkzame factoren te versterken en omgekeerd (Carr, 2009).

2.5 Beïnvloedende factoren behandeling

Het is van belang om binnen de algemene werkzame factoren onderscheid te maken tussen therapeut factoren, cliëntfactoren en contextfactoren. Immers dan alleen is een goede analyse te maken om op basis daarvan voor elk van deze factoren waar nodig de werkzaamheid te kunnen vergroten.

Uit diverse *dose-response* studies blijkt dat ook de intensiteit en hoeveelheid van de hulp en de kwaliteit van de therapeutische relatie een rol spelen (Carr, 2009). Binnen de volwassenen psychotherapie is gebleken dat het effect van de behandeling toeneemt naarmate het aantal behandelingen toeneemt. Gemiddeld zijn er zeker acht sessies nodig voor een verbetering. In de helft van alle behandelingen wordt het grootste effect behaald in de eerste twintig sessies. Om een nog groter effect te verkrijgen en voor vijfenzeventig procent van de cliënten een verbetering te bewerkstelligen is een verdubbeling van het aantal sessies nodig tot ongeveer veertig à vijftig sessies (Lambert, 2001).

De laatste jaren staat de (kortdurende) oplossingsgerichte therapie meer en meer in de belangstelling. In een *follow-up* studie naar het succes van deze therapie is met een gemiddelde van 4,6 sessies een succespercentage van 80% gevonden (De Shazer, 1991). Ook Mo-Yee Lee (1997) heeft onderzoek verricht naar deze therapie en vond na gemiddeld 5,5 sessies bij een behandelduur van gemiddeld 3.9 maanden een succespercentage van 64,9%.

Bij PMTO wordt uitgegaan van een gemiddelde behandelduur tussen de 15 en 25 sessies om een behandeling succesvol af te kunnen sluiten. Op basis hiervan is de verwachting dat de behandelingen die succesvol zijn geweest bestaan uit >15 sessies. In dit onderzoek worden de behandelduur en de continuïteit van de behandeling meegenomen als mogelijke beïnvloedende factoren.

Binnen de algemeen werkzame factoren gaat veruit de meeste aandacht in onderzoek uit naar de therapeutische relatie. Een goede therapeutische relatie berust op empathie, samenwerking en het vermogen van de therapeut om de cliënt te motiveren. Uit onderzoek binnen de psychotherapie blijkt de kwaliteit van de therapeutische relatie de belangrijkste bijdrage (38%) te leveren aan positieve uitkomsten van de behandeling (Carr, 2009). Een belangrijk aspect binnen de therapeutische relatie is de aanwezigheid van weerstand bij de cliënt. Weerstand zet de therapeutische relatie onder druk en vergroot de kans dat de behandeling vroegtijdig afgebroken wordt en daarmee wordt de kans vergroot op weinig of geen effect van de behandeling (Patterson & Forgatch, 1985).

Veel onderzoek is er gedaan naar de buiten de therapie gelegen factoren. Zo spelen volgens Lambert (1992) de cliëntfactoren een belangrijke rol binnen een behandeling. Een lage opleiding en sociaaleconomische status (SES), ernstige gedragsproblemen van het kind en psychopathologie bij ouders zijn van invloed op een behandeling. Reyno en MaGrath (2006) vonden in een meta-analyse dat met name een laag gezinsinkomen veel invloed heeft op de behandelresultaten. Dit wordt verklaard door het feit dat een laag gezinsinkomen de stress bij ouders verhoogd. Dit leidt vervolgens weer tot een afname in de gezondheid waardoor de opvoeding negatief wordt beïnvloed.

In een studie in Australië, naar het effect van een *Behavioural Family Intervention (BFI)*, werd voor hoog- en laagopgeleide ouders een significante toename in kennis en zelfvertrouwen gevonden wat er toe leidde dat de externaliserende gedragsproblemen van hun kind afnamen. Voor hoogopgeleide ouders had dit met name betrekking op het oefenen en consolideren van eerder geleerde vaardigheden. Voor de laag opgeleide ouders betrof het juist het aanleren van nieuwe vaardigheden en strategieën die er toe leidden dat het zelfvertrouwen toenam (Winter, Morawski & Sanders, 2011).

In Nederland is wat PMTO betreft het effect op de behandeling van factoren als de behandelduur, continuïteit, de kwaliteit van de therapeutische relatie en de SES van het gezin onbekend. Ook is de invloed van welke opvoedvaardigheden ouders aangereikt krijgen en of de leerkracht wel of niet betrokken wordt bij de behandeling niet geheel duidelijk. Het vooronderzoek binnen de gepubliceerde literatuur hierover doet vermoeden dat deze factoren van invloed zijn op het uiteindelijke resultaat van de behandeling.

Dit onderzoek zal zich dan ook vooral richten op een aantal van deze factoren om zicht te krijgen op de rol die deze factoren al dan niet spelen in het uiteindelijke resultaat van een behandeling. Wanneer hier meer duidelijkheid over is kunnen PMTO therapeuten (in samenwerking met de behandelde gezinnen) wellicht invloed uitoefenen op enkele van deze factoren om een zo goed mogelijk effect van PMTO te realiseren. Daarnaast kan meer kennis over de niet te beïnvloeden factoren, zoals leeftijd en SES helpen om goede keuzes te kunnen maken. Dit bijvoorbeeld ten aanzien van het aanbieden van een PMTO behandeling of wellicht een andere behandeling die meer geschikt is.

3. Methode

Dit hoofdstuk geeft weer hoe het onderzoek tot stand is gekomen. Als eerste stap is er een literatuur onderzoek gedaan om op basis hiervan te kunnen komen tot factoren die mogelijk een rol spelen bij een PMTO behandeling. Vervolgens wordt omschreven welke meetinstrumenten er zijn gebruikt en waaruit de onderzoekspopulatie bestaat. Als laatste wordt er een toelichting gegeven op de statistische analyse.

3.1 Literatuur onderzoek

In de literatuur wordt beschreven dat uit diverse onderzoeken blijkt dat er een krachtenveld van factoren meespeelt bij een interventie. Het uitgangspunt voor dit onderzoek zijn deze bevindingen in de literatuur. Zowel cliëntfactoren, omgevingsfactoren als therapeutfactoren spelen een rol en daarnaast natuurlijk ook de factoren gerelateerd aan de interventie. Deze factoren staan niet op zich maar interacteren vaak ook nog onderling.

In dit onderzoek wordt gekeken naar een aantal van deze factoren (zie tabel 1) en de rol die zij (mogelijk) hebben gespeeld in de uiteindelijke resultaten van een behandeling, om zodoende meer zicht te krijgen op welke factoren het effect van de interventie PMTO beïnvloeden.

Tabel 1

Beïnvloedende factoren

Kind	Gezin	Interventie
leeftijd	deelnemers behandeling	continuïteit
ernst externaliserend gedrag op CBCL	opleidingsniveau	opvoedstrategieën
problemen op school	weerstand	tijdspad
geslacht	gezinssamenstelling	locatie
		behandelduur

Op kindniveau wordt de variabele leeftijd meegenomen in het onderzoek omdat in een RCT in IJsland en Noorwegen gebleken is dat PMTO het grootste effect heeft voor de groep kinderen jonger dan acht jaar.

Om in dit onderzoek een representatief beeld te krijgen is het van belang dat er duidelijkheid is over de leeftijd van de kinderen om te kunnen kijken of dit verband in Drenthe ook geldt. De Shazer (1991), Carr (2009) en Mo-Yee Lee (1997) hebben in onderzoek gevonden dat de duur van de behandeling samen hangt met de uitkomsten ervan. In dit onderzoek wordt gekeken of er ook een verband wordt gevonden tussen het aantal sessies en de afname in externaliserend gedrag.

Ook de kwaliteit van de therapeutische relatie met de cliënt heeft een grote invloed op het verloop en het resultaat van een behandeling (Patterson & Forgach 1985, Carr, 2009). Onderzoek van Patterson en Chamberlain (1994) toonde aan dat de veranderingen in de weerstand bij ouders goed zijn voor 40% van de verandering in het stellen van grenzen door ouders. In het huidige onderzoek wordt aan de therapeuten voorgelegd in welke mate zij weerstand hebben ervaren tijdens de behandeling. Daarnaast wordt hen gevraagd in te schatten hoeveel invloed die weerstand op de behandeling heeft gehad (welke invloed op het effect zij hieraan toeschrijven). Tevens kunnen factoren als weinig continuïteit in de sessie, of een geringe voortgang waardoor er slechts een beperkt aantal opvoedvaardigheden aan bod komen, duiden op weerstand bij de cliënt. Deze factoren worden meegenomen in het onderzoek.

Binnen de PMTO behandeling komen vijf belangrijke opvoedstrategieën aan bod. Het effectief stellen van grenzen en het houden van zicht en toezicht op het kind resulteren volgens Patterson (2005) in een afname van probleemgedrag, het zijn de belangrijkste voorspellers voor goede uitkomsten. Omdat er een verband is aangetoond tussen het effectief toepassen van opvoedstrategieën en de afname van gedragsproblemen wordt in dit onderzoek gekeken naar welke opvoedstrategieën in de behandeling aan bod zijn gekomen en na hoeveel sessies het aanmoedigen en het grenzen stellen is gestart.

Er is veel onderzoek verricht naar welke risicofactoren bijdragen aan de ontwikkeling van externaliserend probleemgedrag. Een vijandig gezinsklimaat met ruzie, vijandigheid, negatieve gevoelens van de gezinsleden onderling, streng straffen en afwijzing van de kinderen worden als risicofactoren het meest genoemd. Op school zijn deze risicofactoren gebrek aan motivatie, slechte leerprestaties van het kind en conflicten met leerkrachten en klasgenoten.

Conflicten met vriendjes of geen vrienden hebben zijn belangrijke risicofactoren in de vrije tijd. Daarnaast noemt van der Ploeg (2011) dat met name het aantal aanwezige risicofactoren in kind en omgeving een voorspeller is voor gedragsproblemen. In de lijn hiervan is het zeer goed mogelijk dat het aantal risicofactoren ook van invloed is op de uitkomsten van de PMTO behandeling. Hoe meer factoren aanwezig, hoe groter de kans op weinig of geen effect, los van welke factoren dit zijn.

3.2 Onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om de PMTO behandelingen nader te bekijken op een aantal factoren om te kunnen bepalen in hoeverre deze van invloed zijn op het uiteindelijke resultaat van de behandeling. Dit uiteindelijke resultaat wordt gemeten door middel van het verschil in de scores op externaliserend gedrag op de CBCL, bij de start van de behandeling (T1) en bij afsluiten van de behandeling (T2). De vraagstelling die hierbij centraal staat is: *“Welke buiten de methodiek gelegen factoren hebben invloed op het effect van de interventie PMTO?”*

In eerste instantie worden deze factoren onderzocht binnen de gehele onderzoekspopulatie. Vervolgens wordt nader gekeken naar de groep kinderen die na behandeling een score heeft die buiten de klinische range valt en de groep die daar binnen valt. Deze twee groepen worden onderling vergeleken om te onderzoeken of er een verband is tussen de eerdergenoemde factoren en het uiteindelijke resultaat van de behandeling.

In het hier gepresenteerde onderzoek zijn met name de factoren interessant die een rol spelen in een behandeling met weinig effect. Dit betreft de groep ouders en kinderen die de PMTO behandeling hebben gevolgd en waarbij na het beëindigen van de behandeling de score nog binnen de klinische range valt. Dit houdt in dat de behandeling er niet toe heeft bijgedragen dat bij afsluiten geen problemen meer aanwezig zijn in het externaliserende gedrag van het kind. Hierbij is het uitgangspunt dat de T score op externaliserend gedrag < 60 is (zie tabel 2).

In dit onderzoek wordt gekeken of er een verband is tussen de uitkomsten van de CBCL eindmeting op externaliserend gedrag en een aantal externe factoren die een rol spelen tijdens de behandeling (zie tabel 1). Hoewel er heel veel factoren een rol spelen bij een behandeling worden vooral die factoren waar de therapeut invloed op kan uitoefenen nader onderzocht omdat therapeuten gebruik kunnen maken van de kennis hierover in de dagelijkse praktijk.

3.3 Meetinstrumenten CBCL

Alle ouders die deelnemen aan de PMTO behandeling vullen bij de start en bij het eind van de behandeling een Child Behaviour Check List (CBCL) in. Deze vragenlijst heeft als doel om informatie van ouders te krijgen over het gedrag van het kind. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om het gedrag in de beginsituatie en de eindsituatie met elkaar te vergelijken om een effect van de behandeling te kunnen schatten. De gedragsvragenlijst is ontwikkeld door Achenbach (1991) en bestaat uit een deel met vragen over vaardigheden en een deel met vragen over gedrag.

Ouders kunnen op twintig vragen informatie geven over activiteiten, sociale contacten en het schoolwerk van het kind. Naast de vragen over vaardigheden heeft de CBCL nog 118 specifieke vragen over emotionele- en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen. Ouders geven op een driepuntsschaal (helemaal niet - een beetje/ soms – duidelijk/vaak) aan in welke mate een vraag in de afgelopen 6 maanden van toepassing waren.

De vragen over vaardigheden vormen de vaardigheidsschalen Activiteiten, Sociaal en School, en gezamenlijk vormen deze de schaal Totale Vaardigheden. De vragen over gedrag vormen acht probleemschalen, Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten, Denkproblemen, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Aandachtsproblemen, Grensoverschrijdend Gedrag en Agressief Gedrag. De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag vormen gezamenlijk de schaal Totale Problemen.

De scores van de CBCL worden weergegeven in T-scores. T-scores zijn omgerekende scores variërend van 0-100. De gemiddelde score van de normgroep is T= 50. Hoe hoger de T-score, hoe ernstiger het probleemgedrag (zie tabel 2). De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) heeft de CBCL in 1999 beoordeeld op de psychometrische eigenschappen. De uitgangspunten van de testconstructie, de kwaliteit van het testmateriaal en de handleiding, de normen en de begripsvaliditeit zijn als goed beoordeeld. De betrouwbaarheid en criterium validiteit als voldoende.

Tabel 2

Scores Hoofddimensies CBCL

T-Score	Label	Betekenis
<60	Geen problemen	Geen zorgen van betekenis
60	Matige problemen	Problematiek verdient aandacht
≥63	Aanzienlijke / ernstige problemen	Problematiek verdient behandeling

Bron: Prakticon, 2010

3.4 Meetinstrumenten Vragenlijst

Naast de scores die worden gemeten op externaliserend gedrag op de CBCL is er een vragenlijst gestuurd naar de PMTO therapeuten die werkzaam zijn bij Yorneo (zie bijlage 1). De therapeuten hebben vragen beantwoord over de factoren die mogelijk een rol hebben gespeeld bij PMTO behandelingen die zij hebben gedaan en de mate waarin ze een rol hebben gespeeld. Deze vragen hebben betrekking op succesvolle en niet succesvolle behandelingen en de factoren waaraan de therapeuten de uitkomsten toeschrijven. Daarnaast is gevraagd naar de werkrelatie, weerstand die wellicht een rol heeft gespeeld en aanpassingen die de therapeut mogelijk heeft gedaan om de behandeling zo succesvol mogelijk te kunnen afsluiten. Dit kunnen bijvoorbeeld aanpassingen zijn met betrekking tot de continuïteit, de locatie, de deelnemers, bepaalde opvoedvaardigheden wel of niet aanbieden of met betrekking tot de behandelduur.

3.5 Onderzoekspopulatie

Voor het onderzoek zijn alle gezinnen geselecteerd die een PMTO behandeling hebben gehad in de periode 2009-2012 door één van de PMTO therapeuten van Yorneo, een instelling voor Jeugdzorg in Drenthe. Dit betreft 345 gezinnen. Deze gezinnen zijn aangemeld en verwezen door een arts, casemanager van Bureau jeugdzorg Drenthe of een GGZ instelling. Van deze gezinnen is er in dit onderzoek uitgegaan van de T score op externaliserend gedrag op de CBCL, ingevuld door de meest verzorgende ouder.

De gezinsinformatie en informatie met betrekking tot de behandeling komt uit de landelijke database van PMTO. In deze database staat gezinsinformatie geregistreerd en leggen de PMTO therapeuten hun handelen vast.

In deze groep kinderen (N = 345) misten van 27 kinderen de gegevens van de T1 meting en van 67 kinderen de gegevens van de T2 meting. Van een kleine groep (N=17) ontbraken de gegevens van beide metingen. Het ontbreken van gegevens kan meerdere oorzaken hebben, in dit geval zijn zes behandelingen gestopt binnen 5 weken en was bij 7 gezinnen vanwege taalproblemen de CBCL niet ingevuld. Er is in de data gekeken of er opvallende kenmerken te vinden zijn van deze groep. Dit is niet gevonden, de groep kinderen die buiten de onderzoekspopulatie valt wijkt niet af van de andere groep. De groep kinderen waarvan alle benodigde informatie aanwezig was bestaat uit 280 kinderen. In tabel 3 worden enkele kenmerken van deze onderzoekspopulatie weergegeven.

Tabel 3

Kenmerken van de onderzoekspopulatie

		%	M
Kind	Jongens	65	
	Meisjes	35	
	Leeftijd jongens		7,8
	Leeftijd meisjes		7,4
Ouders			
Gezinssamenstelling	2 biologische ouders	61,2	
	1 ouder gezin	20,9	
	Samengesteld gezin	10,4	
	Pleeggezin	7,5	
Opleidingsniveau	BO / MO	2	
	LBO	28	
	MBO	52	
	HBO	15	
	WO	3	

Bij de onderzoekspopulatie (N=280) is gekeken naar het verschil in de T scores bij aanvang en afsluiten op de hoofddimensie externaliseren. Dit omdat PMTO met name effectief gebleken is voor een afname in externaliserend probleemgedrag (Ogden & Hagen, 2008).

In eerste instantie wordt deze hele groep kinderen bekeken aan de hand van de factoren genoemd in tabel 1. Vervolgens wordt de groep kinderen die bij afsluiten een T score heeft van ≥ 61 , dus de groep die bij afsluiten matige tot ernstige problemen laat zien op externaliserend gedrag, vergeleken met de groep kinderen die bij afsluiten geen problemen laat zien. Bij het vergelijken van deze groepen wordt gekeken naar eerder genoemde factoren, die (mogelijk) een rol hebben gespeeld tijdens de behandeling.

3.6 Statistische analyse

Het onderzoek wordt gedaan aan de hand van een Multivariate analyse met de uitkomst van de interventie PMTO (verschilscore) als afhankelijke variabele en diverse externe factoren als onafhankelijke variabelen. Het onderzoek zal zich met name richten op deze externe factoren, in hoeverre deze van invloed zijn op het verkregen effect van de PMTO interventie. Daarnaast wordt ook gekeken in hoeverre de interacties tussen deze factoren onderling een rol spelen. Om de gegevens te analyseren is gebruik gemaakt van het computerprogramma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 20.

Als eerste wordt gekeken door middel van een *paired T test* of het verschil tussen T1 en T2 significant is en hoe groot de power hiervan is. Vervolgens wordt gekeken naar de factoren die binnen de gehele populatie een grote invloed hebben op het eindresultaat door middel van een lineaire regressie (*Backward*). Tevens wordt er een controle gedaan op mogelijke interactie effecten door middel van een Multivariate meting. Bij alle toetsen wordt een significantieniveau van $p < 0.05$ gehanteerd.

Aan de hand van dit eindresultaat wordt de groep die bij afsluiten nog aanzienlijke tot ernstige problemen heeft vergeleken met de groep die matige tot geen problemen heeft. Vervolgens worden de analyses nogmaals uitgevoerd op de groep die na behandeling matig tot geen problematiek meer laat zien. Dit om te kijken of er voor deze groep nog andere factoren hebben bijgedragen dan de factoren die in de totaalgroep worden gevonden.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Als eerste worden de resultaten genoemd die zijn gemeten binnen de gehele groep op basis van de uitkomsten van de CBCL. Hierna wordt de groep kinderen die na behandeling geen problemen meer heeft vergeleken met de groep kinderen die nog steeds matige tot ernstige problemen laat zien. Vervolgens worden de resultaten vermeld die op basis van de vragenlijst voor therapeuten zijn verkregen.

4.1 Resultaten gehele onderzoekspopulatie op basis van CBCL

Voor de gehele onderzoekspopulatie geldt dat in bijna de helft van het aantal behandelingen (48%) beide ouders naar de sessies komen, in 33% komt alleen de moeder. Meer dan de helft van de behandelingen (59 %) vindt plaats op een zorglocatie.

In tabel 4 staan de opvoedvaardigheden weergegeven en hoe groot het percentage ouders is dat deze vaardigheden aangeboden krijgt. Te zien is dat vrijwel alle ouders de ondersteunende opvoedvaardigheid “het geven van duidelijke instructies” aangeboden krijgt en dat de vaardigheid communicatie het minst vaak aan bod komt. De gemiddelde behandelduur is 21 sessies, waarbij gemiddeld na 7 sessies gestart wordt met de opvoedingsstrategie ‘Het aanmoedigen van gewenst gedrag’ en na 14 sessies met ‘Het stellen van grenzen aan ongewenst gedrag’.

Tabel 4

Frequentie aanbod opvoedvaardigheden

	Inst	Ak	Gto	At	Gta	Ps	Zito	Er	Com
%	99	89	81	49	43	44	25	19	15

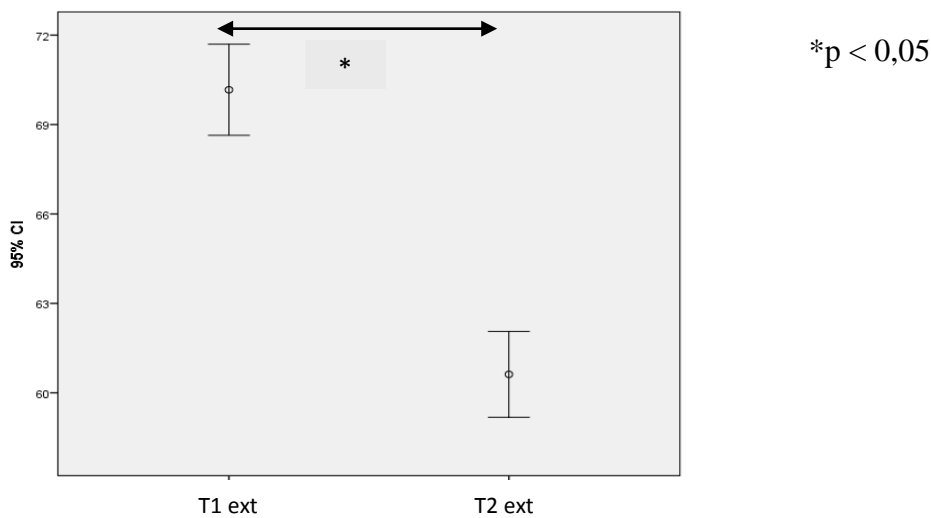
Inst = instructies, AK=aanmoediging beloningskaart, Gto = grenzen stellen time-out, At =aanmoediging token, , Gta= grenzen stellen taak, Ps= samen problemen oplossen, Zito = zicht en toezicht, Er=emotieregulatie, Com = communicatie,

Onderzocht is of er een verband is tussen de mate van de externaliserende gedragsproblematiek bij het afsluiten van PMTO en factoren die mogelijk een rol spelen om het uiteindelijke effect te verkrijgen. In eerste instantie is er gekeken of er een hoofdeffect is door middel van een *paired T test*. Bij het analyseren van de gehele populatie blijkt dat er een significant verschil is in de afname van het externaliserende probleemgedrag, tussen de T1 en T2 meting ($p < 0,000$).

Gemiddeld is er een score van 70 op de T1 gemeten en een score van 60 op de T2, daarbij blijft de spreiding gelijk (zie figuur 2). Bij afsluiten van de PMTO behandeling blijkt dat de T scores op externaliserend gedrag gemiddeld niet langer in het gebied van aanzienlijke /ernstige problemen vallen. Door het gemiddelde van de T2 af te trekken van het gemiddelde van de T1 en dit te delen door de gepoolde standaarddeviatie is een effectsize berekend van 0.73.

Figuur 2

Overzicht T scores begin en eindmeting



Om te onderzoeken hoe dit verschil wordt verklaard is van belang te weten welke factoren met name van invloed zijn op het gemeten effect. Hiervoor is een lineaire regressie analyse gedaan (*Backward*). Uit deze analyse komt naar voren dat de factoren: aantal sessies, locatie, aanmoedigen kaart (Ak), zicht en toezicht (Zito) en leeftijd vooral bijdragen aan de verschilscore (zie tabel 5 en figuur 3). Van de opvoedstrategieën dragen de onderwerpen 'Communicatie' en 'Grenzen stellen ten aanzien van stiekem gedrag' (Gta) het minst bij aan het effect.

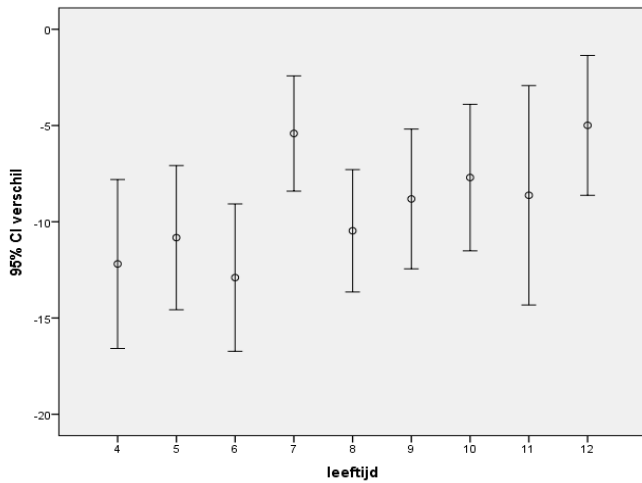
Tabel 5

Onafhankelijke variabelen en effect

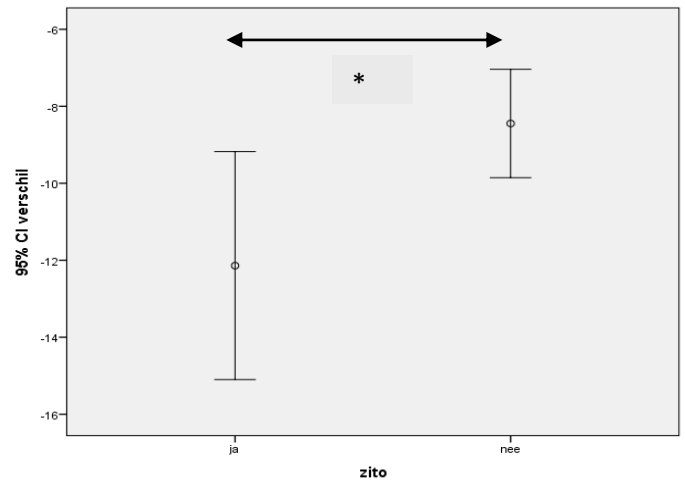
Factoren		Effect
		(p < 0,05) * (p < 0,01) **
Kind	Leeftijd	,027*
	Geslacht	ns
Gezin	Aanwezig in de sessies	ns
	Opleiding ouders	ns
Behandeling	Locatie	,000**
	Continuïteit	ns
	School betrokken	ns
	Aantal sessies totaal	,001**
	Wanneer grenzen	ns
	Wanneer aanmoedigen	ns
Vaardigheden	Instructies	
	Aanmoedigen kaart	,003**
	Aanmoedigen token	ns
	Grenzen time out	ns
	Grenzen taak	ns
	Emotieregulatie	ns
	Samen problemen oplossen	ns
	Communicatie	ns
Zicht en toezicht	,002**	

Figuur 3

Leeftijd en effect



Zito en effect



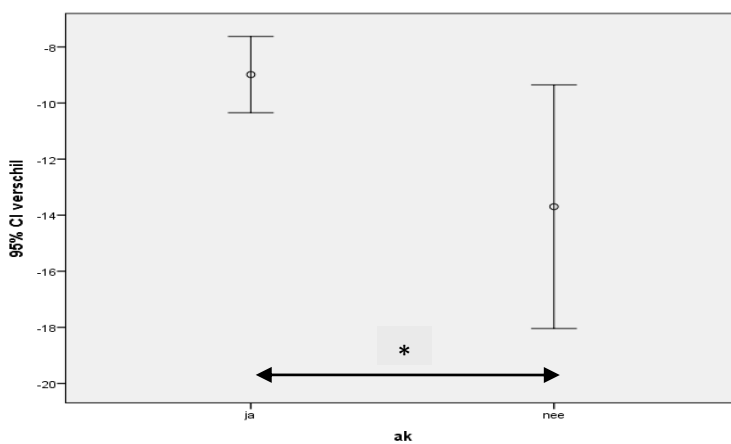
* $p < 0,05$

Figuur 3 geeft de invloed van de factoren ‘leeftijd’ en ‘Zito’ weer. De groep kinderen jonger dan acht jaar lijkt het meest te profiteren van de behandeling. Een uitzondering hierop is de groep zevenjarigen. De opvoedstrategie ‘Zicht en toezicht’ levert een significante bijdrage aan het effect van de behandeling.

De opvoedstrategie ‘Aanmoedigen van gewenst gedrag’ door middel van een beloningskaart” (Ak) blijkt een grote bijdrage te leveren aan het effect. Er is een negatief effect te zien. Als de vaardigheid Ak aan bod komt is er iets minder effect te zien van de behandeling maar is er minder spreiding. Als deze vaardigheid niet in de behandeling aan bod komt is het effect groter maar is ook de spreiding groter (zie figuur 4).

Figuur 4.

Bijdrage Ak aan effect

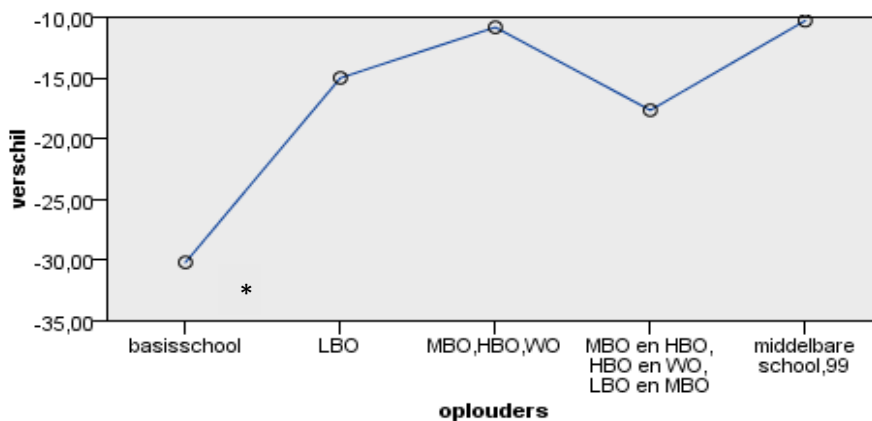


* $p < 0.05$

In onderstaande figuur 4 wordt weergegeven hoe de opleiding van de ouders zich verhoudt tot het verkregen effect. Bij ouders die enkel basisschool hebben gedaan is er een significant verschil te zien. Deze ouders lijken het meest te profiteren, zij hebben het grootste leerpotentieel met betrekking tot PMTO.

Figuur 4

Opleidingsniveau en effect

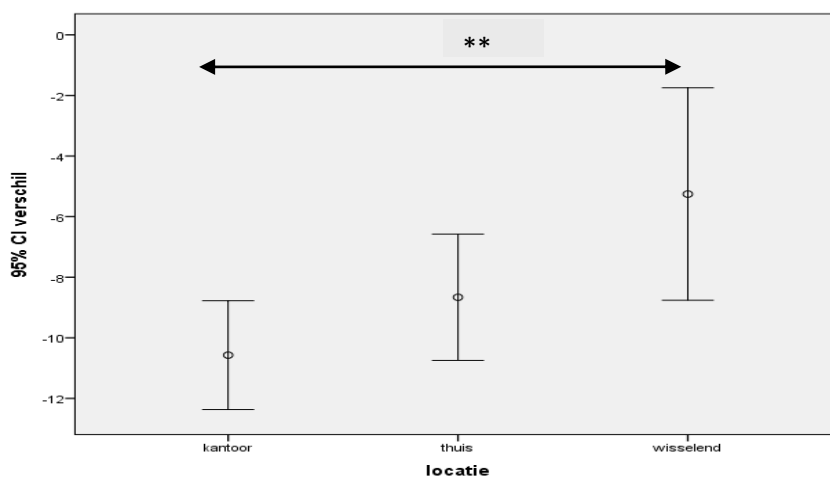


*p < 0,05

Uit de resultaten komt naar voren dat de locatie waar de behandeling plaatsvindt een significante bijdrage levert aan het eindresultaat van de behandeling. In figuur 5 staat dit weergegeven. De behandelingen die op een zorglocatie plaatsvinden hebben een beter resultaat dan behandelingen die thuis plaatsvinden. Daarnaast laten behandelingen die afwisselend thuis en op een zorglocatie plaatsvinden het minst grote effect zien.

Figuur 5

Locatie en effect



**p < 0,001

Uit de analyse van de gehele onderzoekspopulatie komt naar voren dat de meest significante bijdrage aan het eindresultaat wordt geleverd door de factoren: leeftijd van het kind, aantal sessies, locatie, Ak en Zito. Als volgende stap is gekeken of deze factoren interacteren door middel van een Multivariate analyse.

Tabel 6

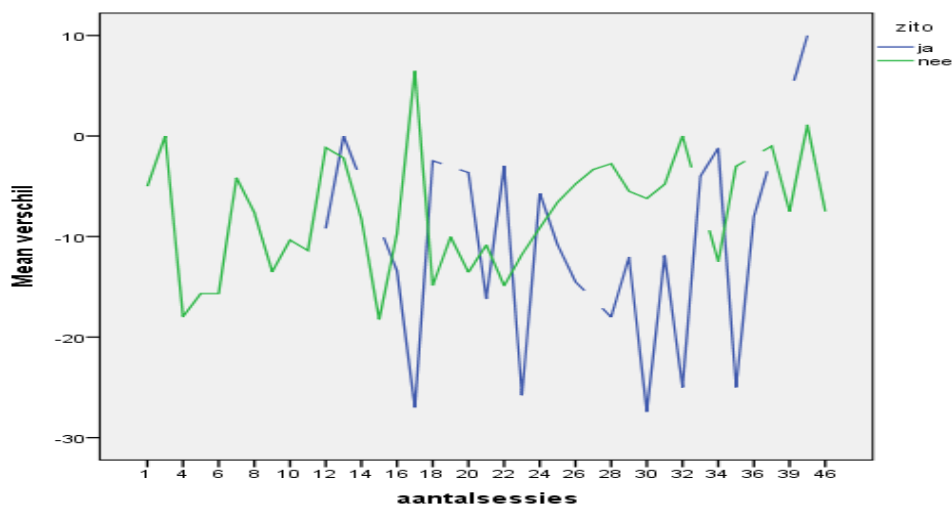
Interactie effecten

Factoren	Effect
Zito x aantal sessies	0,100
Leeftijd x aantal sessies	ns
Leeftijd x locatie	ns
Aantal sessies x locatie	ns

Zoals in tabel 6 te zien is, is er enkel een interactie effect (trend) zichtbaar tussen ‘Zicht en toezicht’ (Zito) en het aantal sessies. Gemiddeld wordt deze vaardigheid na 16 sessies ingezet. Er is duidelijk een effect naar beneden te zien (zie figuur 5) wanneer deze vaardigheid wordt aangeboden. Dat er geen significant effect wordt gevonden kan mogelijk worden verklaard door de grote variantie. Hoe eerder deze vaardigheid in de behandeling wordt toegepast hoe groter het effect ervan op de afname van externaliserend gedrag lijkt te zijn. Daarnaast lijkt bij lange behandelingen het effect verloren te gaan wanneer er geen ‘Zicht en toezicht’ is behandeld.

Figuur 5

Interactie aantal sessies x zito



4.2 Resultaten subgroepen op basis van eindscore CBCL

Hoewel de gehele onderzoekspopulatie gemiddeld een significante afname in externaliserende gedragsproblemen laat zien is er een groep kinderen te onderscheiden die na de behandeling geen problemen meer heeft ($T_2 < 60$; $N=140$) en een groep kinderen die nog steeds matige of ernstige problemen laat zien ($T_2 > 60$; $N=140$).

Er is een duidelijk verschil tussen de twee subgroepen in de T-score op externaliserend gedrag bij aanvang van de behandeling. Bij aanvang van de hulp zit er gemiddeld een verschil van 12 punten tussen beide groepen. De groep $T_2 < 60$ heeft gemiddeld een aanvangscore van $T_1 = 64.52$ en de groep $T_2 > 60$ een aanvangscore van $T_1 = 75.41$. Gemiddeld is er voor de $T_2 \geq 60$ groep een afname van 6 punten tegenover een afname van 13 punten in de $T_2 < 60$ groep.

De twee subgroepen bevatten beide evenveel jongens als meisjes. Daarnaast verschillen ze niet ten aanzien van hoe vaak school betrokken is en of de sessie op een zorglocatie of thuis wordt gedaan. De groep kinderen die bij afsluiten geen problemen meer laat zien is gemiddeld iets jonger en de gehele behandeling is korter met meer continuïteit. Er wordt gemiddeld eerder gestart met het onderwerp grenzen stellen (zie tabel 5). Wat betreft de samenstelling van de gezinnen is te zien dat in de groep $T < 60$ het in 70% biologische ouders en 15 % een eenoudergezin betreft tegenover 54% biologische ouders en 25% eenoudergezinnen in de andere groep.

Tabel 7

Frequentie aanbod opvoedvaardigheden

%	Inst	Ak	Gto	At	Gta	Ps	Zito	Er	Com
$T_2 < 60$	100	90	85	41	36	43	23	36	16
$T_2 > 60$	99	90	80	56	48	47	26	19	14

Inst = instructies, AK=aanmoediging beloningskaart, Gto = grenzen stellen time-out, At =aanmoediging token, , Gta= grenzen stellen taak, Ps= samen problemen oplossen, Zito = zicht en toezicht, Er=emotieregulatie, Com = communicatie,

In tabel 7 wordt weergegeven hoe vaak specifieke opvoedstrategieën in beide groepen zijn behandeld. Ten aanzien van de twee groepen is er nauwelijks verschil in het aanbod van de behandelde opvoedvaardigheden.

De vaardigheden: ‘Aanmoediging met een token’, ‘Grenzen stellen taak’, ‘Samen problemen oplossen’ en ‘Zicht en toezicht’ worden iets vaker aangeboden in de T2 > 60 groep, de overige vaardigheden worden iets vaker in de andere groep behandeld.

Binnen de twee subgroepen is gekeken of er naast de factoren die de afname in externaliserende gedrag verklaren nog andere factoren van invloed zijn op het effect. In de data is geobserveerd dat er een verschil zit in de mate van externaliserende problematiek bij aanvang. Binnen de groep die bij afsluiten nog problemen laat zien zijn geen voorspellende factoren voor het gebrek aan significant succes van de behandeling gevonden. Op basis hiervan kunnen geen conclusies getrokken worden met betrekking tot beïnvloedende factoren in deze groep. Er zijn enkel extra verklarende factoren gevonden in de groep die na behandeling geen problemen meer laat zien, deze zijn weergegeven in tabel 8. De factoren leeftijd, geslacht, locatie, Gto, Gta en leveren een significante bijdrage aan het effect binnen de subgroep T2 < 60. De factor Er laat een trend zien.

Tabel 8

Groep bij afsluiten geen problemen (T2 < 60)

		M	Effect
			(p < 0,05) * (p < 0,01) **
CBCL	T1	64	
	T2	51	
	T2 –T1		,000**
Kind	Leeftijd	7,5	,019*
	Geslacht		,032*
Gezin	Aanwezig in sessie		ns
	Opleiding ouders		ns
Behandeling	Locatie		,000**
	Continuïteit	85%	ns
	Betrokkenheid school		ns
	Aantal sessies	19	ns
	Start aanmoedigen	7	ns
	Start grenzen	13	ns
	Continuïteit	85%	ns

Vaardigheid	Instructies	ns
	Ak	ns
	At	ns
	Gto	,042*
	Gta	,001*
	Er	,064
	Ps	ns
	Com	ns
	Zito	ns

4.3 Resultaten op basis van vragenlijst voor therapeuten

Als aanvulling op de informatie vanuit de CBCL hebben 9 PMTO therapeuten binnen Yorneo een vragenlijst ingevuld. Op de vraag wat volgens de therapeuten een bijdrage heeft geleverd aan een succesvolle behandeling wordt de meeste invloed door de therapeuten toegeschreven aan de relatie tussen de cliënt en de therapeut. De therapeuten ervaren, des te beter de relatie, hoe beter de uitkomsten (zie tabel 9).

Tabel 9

Bijdrage succesvolle behandeling volgens therapeuten

	duidelijk/vaak N	beetje/soms N	geen N
Relatie therapeut- cliënt	8	1	0
Mate van het externaliserende gedrag aanvang	7	2	0
Thuisopdrachten werden goed gemaakt	7	2	0
Continuïteit in de behandeling	7	2	0
Aantal behandelde onderwerpen	7	2	0
Mate van problemen op school	5	1	3
Ouders kwamen samen naar de sessies	5	1	3
Locatie van de behandeling kantoor	5	3	1
Steunend netwerk	4	3	2
Opleidingsniveau van ouders	4	2	3
Veel sessies, lange behandeling	4	3	2

Tijdspad behandelde onderwerpen (lang)	3	3	3
Transities van het gezin	2	1	6
Gezinssamenstelling, klein gezin	2	5	2
Weinig sessies, korte behandeling	1	1	7
Locatie van de behandeling thuis	1	2	6
Gezinssamenstelling, groot gezin	0	1	8
Tijdspad behandelde onderwerpen (kort)	0	2	7
Locatie van de behandeling wisselend	0	1	7

Vervolgens worden als voorspellende factoren voor goede uitkomsten genoemd, minder externaliserende gedrag, dat ouders thuis de vaardigheden oefenen en hun thuisopdrachten maken en dat er continuïteit in de behandeling zit. Ook de behandelde opvoedvaardigheden zijn volgens de therapeuten van belang. Vijf therapeuten wijten het succes van de behandeling mede aan het feit dat de sessies op een zorglocatie plaatsvinden. Volgens vier van de therapeuten is het opleidingsniveau van de ouders en het feit dat de behandeling lang heeft geduurd van invloed geweest op het effect van de behandeling.

Om een behandeling succesvol af te ronden doen therapeuten soms een extra inspanning of maken een aanpassing (zie tabel 10). Therapeuten doen het vaakst een extra inspanning ten aanzien van de school van het kind, om ook de leerkracht vaardigheden aan te leren om beter met het gedrag van het kind om te kunnen gaan. Vervolgens doen therapeuten vaak een extra inspanning met betrekking tot de deelname van beide ouders aan de sessies. Therapeuten proberen zoveel mogelijk beide ouders betrokken te houden bij de behandeling. Ook oefenen therapeuten invloed uit door bepaalde onderwerpen wel of niet mee te nemen in de behandeling om zodoende de behandeling meer op maat te maken en om beter aan te sluiten bij de hulpvraag.

Tabel 10

Veelvoorkomende aanpassingen aan behandeling door therapeuten

	Ja N	Nee N	Nvt N
Werken aan problemen op school	7	2	0
Beide ouders betrekken bij de behandeling	6	3	0
Behandelde onderwerpen aanpassen	5	4	0
Totale behandelduur aanpassen	4	5	0

Werken aan weerstand bij ouders	3	5	1
Werken aan continuïteit in de behandeling	3	6	0
Aanpassen van tijdspad onderwerpen	3	6	0
Locatie van behandeling aanpassen	2	7	0

Naast succesvolle behandelingen hebben alle therapeuten ook ervaren dat sommige behandelingen geen of slechts een gering effect hebben. Zij denken dat dit het meest verklaard wordt door weerstand bij ouders en een ernstige mate van het externaliserend gedrag van het kind bij aanvang (zie tabel 11). Daarnaast wordt genoemd dat een korte behandeling een rol speelt en dat de behandelde opvoedstrategieën soms ontoereikend zijn. Geen van de therapeuten schrijft een gering resultaat toe aan een te lange behandeling.

Tabel 11

Beïnvloedende factoren niet-succesvolle behandeling volgens therapeuten

	duidelijk/vaak N	beetje/soms N	geen N
Weerstand bij ouders	6	2	0
Ernstige mate externaliserende gedrag aanvang	5	2	1
Totale behandelduur te kort	4	1	3
Aantal behandelde onderwerpen ontoereikend	4	4	0
Deelnemers aan de behandeling	3	4	1
Opleidingsniveau ouders	3	4	1
Weinig continuïteit in de behandeling	3	4	1
Locatie behandeling	3	3	2
Problemen op school	2	3	3
Werkrelatie therapeut- cliënt	2	6	0
Totale behandelduur te lang	0	1	7
Gezinssamenstelling	1	2	5
Hoeveelheid transitie van het gezin	1	2	5
Tijdspad behandelde onderwerpen	0	5	3
Factoren bij cliënt, ziekte, zwangerschap etc.	2	1	5

Naast bovengenoemde factoren geven de therapeuten ook aan dat een laag IQ bij ouders, hoge mate van stress bij ouders, financiële problemen en de aanwezigheid van een grote hoeveelheid problemen (multi-problem) een rol heeft gespeeld in de behandeling. Zij schrijven hier het lage effect van de behandeling mede aan toe.

De werkrelatie met de groep cliënten waar weerstand wordt ervaren wordt omschreven als redelijk onwerkbaar of gemiddeld werkbaar. Geen van de therapeuten heeft een geheel onwerkbaar relatie ervaren bij de gezinnen met weinig effect van de behandeling. Ten aanzien van de weerstand bij cliënten geven de therapeuten aan dat de tekenen van weerstand als het niet maken van thuisopdrachten en het inbrengen van andere zaken (ruis) het meest voorkomen (zie tabel 12). Het thuis niet oefenen, weinig continuïteit in de behandeling en signalen afgeven van het lukt niet of werkt niet worden ook veel herkend. De therapeuten geven aan dat relatieproblemen soms een rol spelen binnen de weerstand of dat een ouder van mening is dat de partner moet veranderen. Ook speelt het soms een rol dat de ouder vindt dat het kind moet veranderen en dat de ouder daar niet aan bij kan dragen.

Tabel 12

Tekenen van weerstand

	vaak N	beetje/soms N	geen N
Veel "ruis", andere onderwerpen aan de orde	7	0	1
Thuisopdrachten niet maken	7	0	1
Thuis niet oefenen	5	2	1
Gezin belt af of komt niet op de afspraak	4	2	2
"Het lukt/ werkt niet"	4	1	3
"Mijn kind moet veranderen"	3	4	1
Vaardigheden anders inzetten dan bedoeld	3	2	3
Niet willen oefenen in de sessie	2	3	3
Ik ervaar nooit weerstand	2	3	3
Geen grenzen "willen" stellen	2	1	5
Niet "willen" aanmoedigen	1	1	6
"Mijn partner moet veranderen"	1	5	2
Relatieproblemen spelen een rol in de weerstand	1	5	2

De therapeuten geven aan zo goed mogelijk te willen aansluiten bij het gezin daar waar weerstand aan de orde is. In het algemeen doen de therapeuten veel extra inspanningen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij het gezin. Deze inspanningen hebben betrekking op de locatie en de continuïteit van de sessies. Zo gaan de therapeuten bijvoorbeeld vaker op huisbezoek als een zorglocatie niet haalbaar is, dit om de continuïteit te waarborgen. Ook proberen zij om zo veel mogelijk beide ouders bij de sessies te betrekken. Daarnaast hebben veel extra inspanningen te maken met welke opvoedstrategieën de therapeuten aan bod laten komen en het tijdspad hiervan.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk volgt de conclusie met daarin de samenvatting van de statistische toetsing en de vragenlijsten. Daarna wordt in de discussie beschreven hoe de bevindingen uit het onderzoek zich verhouden tot wat gevonden is in de literatuur. Vervolgens komen de beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek aan de orde. Als laatste worden aanbevelingen gegeven voor de dagelijkse praktijk.

5.1 Conclusie

Dit onderzoek heeft zich gericht op factoren die een rol spelen tijdens een PMTO behandeling. De vraag die hierbij centraal stond was: *Welke buiten de methodiek gelegen factoren hebben invloed op het effect van de interventie PMTO?*

Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar kindfactoren, gezinsfactoren en factoren die samen hangen met de behandeling zelf en of deze factoren elkaar onderling beïnvloeden. Dit is gedaan op basis van de uitkomsten (T scores) op de CBCL. Daarnaast hebben PMTO therapeuten een vragenlijst ingevuld met betrekking tot deze factoren en aangegeven waaraan zij de uitkomsten van een PMTO behandeling aan toeschrijven.

Er is binnen de gehele onderzoekspopulatie een significant verschil gevonden in de T scores op externaliserend gedrag bij aanvang en afsluiten van de hulp. Het geslacht van het kind blijkt hierin geen grote rol te spelen. De leeftijd van het kind blijkt daarentegen een significante rol te spelen. Kinderen tot en met 8 jaar lijken het meest te profiteren van PMTO.

Daarnaast speelt de behandelduur een rol van betekenis, naarmate het aantal sessies stijgt neemt het effect van de behandeling toe. Minder dan de helft van de therapeuten (N=4) denkt dat een lange behandeling bijdraagt aan het succes maar vrijwel alle therapeuten denken dat een korte behandeling zeker niet bijdraagt aan goede uitkomsten. Zij vermoeden dat vooral continuïteit en het aantal behandelde opvoedstrategieën een belangrijke bijdrage levert aan goede uitkomsten. Uit dit onderzoek komt niet naar voren dat continuïteit een significante bijdrage levert aan het resultaat.

Een significante invloed op het effect van PMTO is gevonden met betrekking tot de plaats waar de behandeling plaats vindt. Behandelingen die op een zorglocatie worden gedaan hebben betere uitkomsten dan behandelingen die bij het gezin thuis worden gedaan. De behandelingen die afwisselend thuis en op een zorglocatie worden gedaan leveren de minst goede bijdrage aan de uitkomsten. Dit komt overeen met de ervaringen van therapeuten.

Meer dan de helft van de therapeuten (N=5) denkt dat een behandeling op een zorglocatie effectiever is dan een behandeling thuis. Met betrekking tot de plaats van de behandeling ondersteunt de informatie afkomstig vanuit de data-analyse de gedachten van de therapeuten.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat het aantal sessies een belangrijke rol speelt en dat daarbij de opvoedstrategie ‘Zicht en toezicht houden’ op je kind, van grote invloed is op de afname in probleemgedrag. Therapeuten laten dit onderdeel veelal pas aan het eind van de behandeling aan bod laten komen. Dit heeft voor een deel te maken met het feit dat ouders een aantal eerder geleerde vaardigheden nodig hebben om goed ‘Zicht en toezicht’ te kunnen houden. Het effect van dit onderdeel op de probleemreductie is groot. Groter dan bij kinderen die een even lange behandeling krijgen zonder ‘Zicht en toezicht’. Bij langere behandelingen zonder ‘Zicht en toezicht’ lijkt het effect van meer sessies juist af te nemen. De therapeuten geven wel aan zij denken dat de behandelde opvoedstrategieën een rol spelen in het resultaat maar noemen geen specifieke vaardigheden waar ze dit aan toeschrijven.

Aan het begin van een behandeling komen vaardigheden aan bod als ‘Het geven van duidelijke instructies’ en ‘Het stimuleren van gewenst gedrag’. Vervolgens wordt ‘Het effectief stellen van grenzen’ behandeld en aan eind van de behandeling komen vaardigheden als ‘Emotieregulatie’, ‘Samen problemen oplossen’ en ‘Zicht en toezicht’ houden op je kind aan bod. De onderwerpen ‘Communicatie’ en ‘Het stellen van grenzen aan stiekem gedrag’ leveren het minst een bijdrage aan het eind resultaat. Er blijkt een significant negatieve bijdrage van de beloningskaart bij de opvoedingsstrategie “Het aanmoedigen van gewenst gedrag” te zijn.

Uit de vragenlijst komt specifiek naar voren dat therapeuten denken dat slechte uitkomsten te maken hebben met weerstand bij ouders. Ook een te korte behandeling en een ontoereikend aanbod van opvoedstrategieën door de therapeut en weinig continuïteit speelt volgens de therapeuten een rol. Het is goed denkbaar dat genoemde factoren te maken hebben met weerstand. Wanneer we de groep kinderen die bij afsluiten geen problemen meer heeft vergeleken met de groep kinderen die problemen houdt is er een groot verschil zichtbaar in de ernst van de problematiek bij aanvang. Dit werd ook door de therapeuten als een belangrijke voorspellende factor gezien (N=5).

Een tweede vraag die onderzocht is betreft de groep kinderen waarbij PMTO werkt en de groep waarbij het niet of onvoldoende werkt. Beide groepen zijn nader bekeken. Enkel in de groep die bij afsluiten in de ‘normale’ range scoorde voor wat betreft externaliserende problemen werd significantie gevonden.

In deze groep bleken de factoren: leeftijd, geslacht, locatie en de vaardigheden 'Grenzen stellen' en 'Emotieregulatie' een significante bijdrage te leveren aan het effect.

Therapeuten wijten de succesvolle behandelingen vooral aan de relatie tussen therapeut en cliënt, continuïteit in de behandeling en het aantal behandelde opvoedstrategieën. Over de groep kinderen waarbij PMTO niet of onvoldoende effect heeft zijn geen uitspraken te doen, hier zijn geen voorspellende factoren gevonden. Wel heeft deze groep een hogere aanvangsscore op externaliserend gedrag vergeleken met de 'probleemvrije' groep. De therapeuten denken ook dat de hoge aanvangsscore van invloed is op het effect van de behandeling. Daarnaast denken de therapeuten dat weerstand bij ouders, een korte behandelduur en een ontoereikend aantal opvoedvaardigheden een rol speelt.

5.2 Discussie

Voor de gehele onderzoeksgroep werd een significante afname in externaliserend probleem gedrag gevonden. Deze bevindingen komen overeen met eerder gevonden resultaten in RCT onderzoek in Noorwegen (Ogden & Hagen 2008) en IJsland (Sigmarsson, Thorlacius, Goumunsdottir, DeGarmo & Forgatch 2012). In een meta-analyse van 26 experimentele studies naar de effectiviteit van PMTO in de Verenigde Staten vinden Serketich en Duma (1996) een gemiddelde effectsize van 81%. Van Yperen (2010) maakt op basis van diverse publicaties een schatting van een effectsize van 0,40 voor interventies in het algemeen in Nederland. In dit onderzoek komt een effectsize naar voren van 0,73. Dat betekent dat er een middelgroot effect is gevonden van de behandeling.

Naar voren komt dat de groep kinderen tot en met 8 jaar het meest lijkt te profiteren van de behandeling. Deze uitkomsten werden ook in Noorwegen maar niet in IJsland gevonden. Dat oudere kinderen minder goede effecten hebben zou volgens Ogden en Hagen (2008) deels verklaard kunnen worden vanuit het feit dat deze kinderen een langere geschiedenis hebben van strijd en escalaties met hun ouders. Hierbij is het negatieve interactie patroon tussen ouders en kinderen meer en meer *coercive* geworden en is het patroon dieper geworteld in het gezinssysteem. Daarnaast zijn de interacties tussen jongere kinderen en ouders in het algemeen veelvuldiger dan wanneer kinderen ouder worden en ook veel buiten het zicht van ouders verblijven. PMTO is gebaseerd op het *Social Interaction Learning model*. Een verklaring voor een kleiner effect zou mogelijk ook kunnen zijn dat de hoeveelheid interacties afneemt naarmate kinderen ouder worden.

De subgroep: kinderen van 7 jaar (N =35), vormt een uitzondering, deze kinderen lijken net als de groep kinderen boven de 8 jaar, ook minder van de behandeling te profiteren. Bij analyse van deze groep 7 jarigen blijkt dat Zito hier een voorspellende waarde heeft op de uitkomst ($p < 0,01$).

Bij nadere bestudering blijkt dat slechts 16% van deze groep Zito heeft gehad. De groep 7 jarigen die Zito gehad heeft gaat wel significant naar beneden en gaat meer dan 10 punten omlaag op de totaalscore. Mogelijk heeft het weinig aanbieden van de opvoedstrategie ‘Zicht en toezicht houden’ de uitkomsten in de groep 7-jarigen beïnvloed.

Naarmate het aantal sessies toeneemt neemt ook het effect van de behandeling toe. Ook Carr (2009) vond in *dose-response* onderzoek een samenhang tussen de hoeveelheid en de intensiteit van de hulp en de effecten. Het grootste effect wordt volgens Carr (2009) behaald in de eerste 20 sessies. Aan de andere kant worden binnen de oplossingsgerichte therapie al grote effecten gevonden na gemiddeld 5 sessies (de Shazer, 1991; Mo-Yee Lee 1997).

In dit onderzoek lijkt vooral het aantal sessies samen te hangen met het effect, of er wel of geen continuïteit is in de behandeling heeft geen significante bijdrage. Bij PMTO wordt uitgegaan van gemiddeld 15 tot 25 sessies om een behandeling succesvol af te kunnen sluiten. Dit is terug te vinden in het onderzoek, het effect neemt toe naarmate de behandeling langer duurt. Het feit dat wanneer er meer sessies zijn, er ook meer opvoedvaardigheden aan bod kunnen komen en daarnaast dat ouders meer kansen hebben om te oefenen, speelt zeker een rol.

Er is een groot aanbod in interventies met betrekking tot opvoeden en gedrag. Een deel van deze interventies vindt plaats in de thuissituatie, bijvoorbeeld Intensieve Orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG), Triple P of Video Home Training. PMTO vindt bij voorkeur plaats op een zorglocatie. Uit het onderzoek blijkt dat de sessies die op een zorglocatie plaats vinden meer effect sorteren dan sessies in de thuissituatie. Mogelijk speelt het een rol dat er efficiënter gewerkt kan worden op een zorglocatie en dat “ruis” van buitenaf geen rol speelt. Daarnaast is het voor ouders vaak makkelijker om te oefenen in rollenspel op een zorglocatie, dan in de eigen huiskamer. Het feit dat het ouders lukt om wekelijks een PMTO sessie te volgen op een zorglocatie kan ook iets zeggen over vaardigheden van een gezin om te kunnen plannen en organiseren. Het is van belang dat er door therapeuten een keuze wordt gemaakt voor behandeling thuis of op een zorglocatie, afwisselen leidt tot minder goede resultaten.

De significante invloed van de opvoedstrategie ‘Zicht en toezicht houden’ werd ook door Patterson (2005) gevonden. Dit wordt toegeschreven aan het feit dat goed zicht en toezicht houden leidt tot minder grensoverschrijdend gedrag door minder contacten met “*deviant peers*”. Goed zicht en toezicht houden voorkomt probleemgedrag binnen- en buitenshuis, daarnaast biedt het de ouder kansen voor meer positieve interacties met het kind. Opvallend is dan ook dat slechts een kwart van alle gezinnen deze belangrijke opvoedstrategie aangeleerd krijgen. Het ‘Zicht en toezicht houden’ wordt veelal aan het eind van de behandeling aangeboden, dit omdat voor deze vaardigheid een combinatie van eerder geleerde strategieën nodig is. Bij langere behandelingen waarbij ‘Zicht en toezicht’ niet wordt behandeld lijkt het effect af te nemen. De verwachting is dan ook dat ‘Zicht en toezicht’ vaker aanbieden en mogelijk ook eerder in de behandeling zou kunnen leiden tot betere resultaten.

Het werken met een beloningskaart bij het onderwerp aanmoedigen van gewenst gedrag(Ak) lijkt een significant negatieve bijdrage te leveren aan het uiteindelijke resultaat. Hierover is in de literatuur niets terug gevonden. In de literatuur wordt vermeld dat zeker daar waar het een combinatie van aanmoedigen van gewenst gedrag en begrenzen van ongewenst gedrag betreft de externaliserende problemen vaak afnemen.

Het aanmoedigen van gewenst gedrag vergroot de positieve betrokkenheid tussen ouder en kind, er zijn meer positieve interactie momenten en het vermindert strijd tussen ouder en kind. Het is zeer goed mogelijk dat dit onderdeel ook invloed heeft op het internaliserende gedrag omdat het de vaardigheden van een kind vergroot en daarmee ook het zelfvertrouwen. Om meer zicht te krijgen op de reden van het negatieve effect van het werken met een beloningskaart is er gekeken naar de bijdrage van Ak in de groep T2 < 60 en in de groep T2 > 60. Als Ak in de sessies aan bod is geweest is het effect voor beide groepen gelijk.

Wanneer Ak niet is behandeld is er voor beide groepen een significante afname van minimaal 5 punten. Opvallend is dat in bijna 90% van alle gezinnen deze vaardigheid wordt behandeld. Mogelijk is er een vertekend beeld ontstaan vanwege het kleine percentage dat deze vaardigheid niet krijgt aan geboden. Van belang is dus om in vervolgonderzoek meer duidelijkheid te krijgen over de bijdrage van Ak aan het effect.

5.3 Beperkingen

Dit onderzoek heeft zich enkel gericht op de afname in de externaliserende gedragsproblemen aan het eind van de behandeling. Hoewel dit feitelijk het doel is van PMTO kan de behandeling zeker ook effect hebben op het internaliserende gedrag van het kind en zijn er andere effecten zoals bijvoorbeeld een toename in het zelfvertrouwen en betere samenwerking tussen ouders. Dit is in dit onderzoek niet meegenomen maar zou in vervolgonderzoek nader kunnen worden bekeken.

De gehele onderzoeksgroep laat gemiddeld een aanzienlijke afname in externaliserend gedrag zien. Een reden hiervan kan zijn dat een aantal moeizame of niet succesvolle behandelingen reeds eerder gestopt zijn en dat er geen eindmeting door middel van de CBCL heeft plaatsgevonden. Een beperking van het onderzoek is dat deze gezinnen niet konden worden meegenomen in het onderzoek. Nieuw onderzoek zou zich kunnen richten op de groep ouders en kinderen die de behandeling voortijdig beëindigen en op de vraag welke factoren daarbij een rol hebben gespeeld om ook zicht te krijgen op de groep “uitvallers”.

Daarnaast betreft dit onderzoek enkel kinderen in Drenthe die een PMTO behandeling hebben gehad. Om meer duidelijkheid te krijgen over factoren die een rol spelen in de behandeling is het van belang om in nieuw onderzoek naar beïnvloedende factoren te kijken of de uitkomsten van dit onderzoek ook gelden voor kinderen en ouders die elders in Nederland PMTO krijgen aangeboden. Ook was er bij het onderzoek geen controlegroep om te kunnen kijken of de gevonden effecten volledig toe te schrijven zijn aan PMTO.

Om meer zicht te krijgen op de bijdrage van de opvoedstrategie ‘Zicht en toezicht houden’ is vervolg onderzoek wenselijk. Mogelijk heeft het eerder inzetten en het vaker aanbieden van deze vaardigheid positieve effecten op het eindresultaat. (Dit kan wellicht in nieuw onderzoek kunnen worden aangetoond). Dit geldt ook voor de opvoedstrategie ‘Aanmoedigen’ waarbij een beloningskaart wordt ingezet. Meer duidelijkheid over de precieze bijdrage aan het effect kan helpen om PMTO beter te laten aansluiten om een zo groot mogelijk effect te krijgen.

5.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Dit onderzoek had als belangrijkste doel om de factoren die te beïnvloeden zijn door de PMTO therapeuten nader te bekijken op hun bijdrage aan het effect van de behandeling. Dit om de therapeuten concrete informatie te geven met betrekking tot ‘werkzame factoren’ binnen PMTO.

Daarnaast is ook gekeken naar enkele ‘niet te beïnvloeden’ factoren. Kennis hierover kan ondersteunen bij het maken van de keuze om een PMTO behandeling of een andere interventie aan te bieden .

Ten aanzien van de beïnvloedbare factoren komen een aantal belangrijke aspecten voor de dagelijkse praktijk naar voren. Wanneer de therapeuten sessies op een zorglocatie doen en een voldoende aantal sessies en vaardigheden aanbieden heeft dit een positief effect op de uitkomsten. Het is in ieder geval van belang dat therapeuten een keuze maken of de behandeling op een zorglocatie of bij het gezin thuis wordt gedaan. Dit wisselend doen leidt tot significant minder goede uitkomsten.

Daarnaast is het van belang de vaardigheid ‘Zicht en toezicht’ aan te bieden in de behandeling, zeker daar waar het kinderen ouder dan 8 jaar betreft. Wellicht kunnen therapeuten met deze factoren ook bij de groep kinderen die een geringe afname in het probleemgedrag laten zien beter aansluiten, zodat mogelijk een grotere afname in probleemgedrag bereikt wordt.

Zoals uit de literatuur en uit de vragenlijsten van de therapeuten blijkt speelt een goede werkrelatie en lage weerstand bij ouders een belangrijke rol in de behandeling. Een goede werkrelatie kan er toe bijdragen dat een behandeling voldoende sessies heeft en vergroot daarmee de kans op een voldoende aanbod van opvoedstrategieën. Sinds enkele maanden wordt door de PMTO therapeuten bij Yorneo in een *pilot* gewerkt met de vragenlijsten Child Outcome Rating Scale (CORS) en Session Rating Scale (SRS) voor en na de sessie. Deze vragenlijsten volgen de voortgang van de behandeling en de tevredenheid van ouders over de werkrelatie en inhoud van de sessies. Door hier goed zicht op te hebben en hierover met ouders in gesprek te gaan kan de therapeut de behandeling voortijdig aanpassen of bijsturen. Er is nog geen duidelijkheid over het effect van het gebruik hiervan op de resultaten van de behandeling.

Literatuur

- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Albrecht, G. (2009). PMTO zo uitvoeren dat het effectief is: een hulpmiddel voor opleiding, supervisie en kwaliteitsborging. In Gerris, J.R.M. & Engels, C.M.E. (red) *Professionele kwaliteit in Jeugdzorg en Jeugdonderzoek (pp 99-108)*. Assen: Van Gorcum.
- Bruinsma, W. & Konijn, C.(2008). Inzicht in effectiviteit verbetert de Jeugdzorg: Antwoord op veelgestelde vragen over effectiviteit. *Jeugd en Co Kennis*,3, 17-23.
- Carr, A. (2009). Common factors in psychotherapie. In: Carr, A. *What Works with children, adolescents, and adults? A review of research on the Effectiveness of Psychotherapie*. New York, Routledge.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd edition)*. Hillsdale: Erbaum.
- Dam, C. van & Meyer, R. de (2010). *Praktijk gestuurd veranderingsonderzoek Orthopedagogisch centrum Brabant*. Praktikon B.V.: Nijmegen.
- DeGarmo, D.S., & Forgatch, M.S. (2005). Early development of delinquency within divorced families; evaluating a randomized preventive interventional trial. *Development Science*, 8,229-239.
- Delfos, M.F. (2005). *Kinderen en gedragsproblemen*. Steenwijk: Gorter.
- Fisher, P.A., Burraston, B., Pears, K.C. (2005). The Early Intervention Foster Care Program: Permanent placement outcomes from a randomized control trial. *Child Maltreatment*, 10, 61-71.
- Forgatch, M.S. & DeGarmo (1999). Parenting through change: An affective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711-724.
- Grietens, H. & Hellinckx, W. (2008). Kinderen en jongeren met gedragsproblemen. In: H. Grietens, J. Vanderfaeillie, W. Hellinckx & W. Ruijsenaars (red.). *Handboek orthopedagogische hulpverlening 1: Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen (pp. 20-57)*. Leuven: Acco.
- Lambert, M., Hansen, N. & Finch, A. (2001). Patient–focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,69, 159-172.

- Leeuwen, E. van & Albrecht G. (2008). *Parent Management Training Oregon. Ernstig probleemgedrag neemt af met PMTO*. Amsterdam: PI Research. Te downloaden via w.w.pmt.nl > Professionals > Publicaties voor professionals > PMTO_een_korte_beschrijving_van_de_behandeling.pdf.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86–104.
- Mo-Yee Lee (1997): A Study of Solution-Focused Brief Family Therapy: Outcomes and Issues, *The American Journal of Family Therapy*, 25:1, 3-17. doi.org/10.1080/01926189708251050
- Nixon, R.D.V. (2002). Treatment of behaviour problems in preschoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review*, 22, 525-546 Nederlands Jeugdinstituut. (2013). *Dossier Gedragsproblemen*. Opgevraagd van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/09/527.html>.
- Ogden, T. & Hagen, K.A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trail of Children With Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 607- 621.
- Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (1985). Therapist Behaviour as a Determinat for Cliënt noncompliance: A Paradox for the Behaviour Modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 846-85.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R. & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Journal of Clinical Psychology; Science and Practise*, 1, 53-70.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. & Eddy, J.M. (2002). A brief history of the Oregon model. In J.B. Reid, G.R. Patterson & J.J. Snyders (Eds.), *Antisocial behaviour in children and adolescents: A developmnetal analysis and model for intervention (p.3-21)*. Washington, DC; American Psychological association.
- Patterson, G.R. (2005). The next generation of PMTO models. *Behaviour therapist*, 35, 27-35.
- PMTO (2013). *Informatie over PMTO voor professionals*. Opgevraagd van <http://www.pmt.nl/professionals>.
- Ploeg, J.D. van der (2011). *Gedragsproblemen. Ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.

- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (1999). Relationships between learning difficulties and psychological problems in preadolescent children from a longitudinal sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 429-436.
- Reyno, S.M. & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing problem behavior problems, A meta analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99-111.
- Serketisch, W.J. & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Shazer, S. de (1991). *Putting Difference to Work*. New York: Norton.
- Thijssen, J. & Ruiters, C. de (2010). *Experimenteel effectonderzoek naar PMTO in Nederland. Strenge bewaking van kwaliteit bij PMTO. Jeugd en Co Kennis*, 4, 8-14.
- Walter, H.I., & Gilmore, S.K. (1973). Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behaviour of aggressive boys. *Behaviour Therapy*, 4, 361-377.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wiltz, N.A. & Patterson, G.R. (1974). An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behaviour of boys. *Behaviour Therapy*, 5, 215-221
- Winter, L., Morawska, A. & Sanders, M.R. (2011). The Effect of Behavioural Family Interventions on Knowledge of Effective Parenting Strategies. *Child and Family Studies*, 21, 81-890. DOI 10.1007/s10826-011-9548-y
- Yperen, T. van (2003). *Gaandeweg. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg*. Utrecht, NIZW/ Universiteit Utrecht.
- Yperen, T.A. van (2010). *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de Jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van & Steege, M. van der, (2010). Algemeen werkzame factoren en specifieke methodieken in de jeugdzorg; Methodiek en hulpverlener tellen allebei. *Jeugd en Co Kennis*, 2, 28-37.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp & S., Reijneveld, M. (2005). 'Kinderen in Nederland'. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Bijlage.

Enquête voor PMTO therapeuten, aangemaakt op SurveyMonkey april 2013

1. Neem een gezin in gedachten wat je in behandeling hebt gehad voor PMTO die bij beëindiging een (middel)groot effect laat zien in de afname van externaliserend gedrag van het kind. (Het kan zijn dat je dit even moet opzoeken)

Welke factoren hebben volgens jou bijgedragen aan het succes van deze behandeling en in welke mate?

	geen	beetje/soms	duidelijk/vaak
Mate van het externaliserende gedrag bij aanvang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mate van problemen op school	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transities van het gezin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouders kwamen samen naar de sessies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thuisopdrachten werden goed gemaakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steunend netwerk	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Opleidingsniveau van ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezinssamenstelling, klein gezin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezinssamenstelling, groot gezin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relatie therapeut- cliënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veel sessies, lange behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weinig sessies , korte behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continuïteit in de behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aantal behandelde onderwerpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdspad van de behandelde onderwerpen (lang)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	geen	beetje/soms	duidelijk/vaak
Tijdspad van de behandelde onderwerpen (kort)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Locatie van de behandeling kantoor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Locatie van de behandeling thuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Locatie van de behandeling wisselend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Overige (geef nadere toelichting)

2. Heb je om deze behandeling succesvol af te sluiten een extra inspanning of een aanpassing gedaan ten aanzien van factoren waar je (enigszins) invloed op kon uitoefenen?

	ja	nee	nvt
Mate van problemen op school	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deelnemers aan de behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weerstand bij ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totale behandelduur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continuïteit in de behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nee	nvt
Behandelde onderwerpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdspad behandelde onderwerpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Locatie van behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coaching thuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaker telefoontje tussendoor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overige (geef nadere toelichting)	<div style="border: 1px solid gray; height: 100px; width: 100%;"></div>		

3. Neem een gezin in gedachten wat je in behandeling hebt gehad die bij beëindiging een gering of negatief effect laat zien in de afname van externaliserend probleemgedrag bij het kind op de CBCL. Welke factoren zijn volgens jou hierop van invloed geweest en in welke mate?

	geen	beetje/soms	duidelijk/vaak
Mate van externaliserend gedrag op CBCL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemen op school	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoeveelheid transities van het gezin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deelnemers aan de behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opleidingsniveau van ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weerstand bij ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezinssamenstelling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	geen	beetje/soms	duidelijk/vaak
Werkrelatie therapeut- cliënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totale behandelduur te kort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totale behandelduur te lang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weinig continuïteit in de behandeling, veel uitval	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandelde onderwerpen ontoereikend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdspad behandelde onderwerpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Locatie van de behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factoren bij therapeut, ziekte, verlof etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factoren bij cliënt, ziekte, zwangerschap etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Overige (geef nadere
toelichting)

4. Hoe omschrijf je de werkrelatie met deze cliënt(en)?

geheel onwerkbaar	redelijk onwerkbaar	gemiddeld werkbaar	goed werkbaar	uitstekend werkbaar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

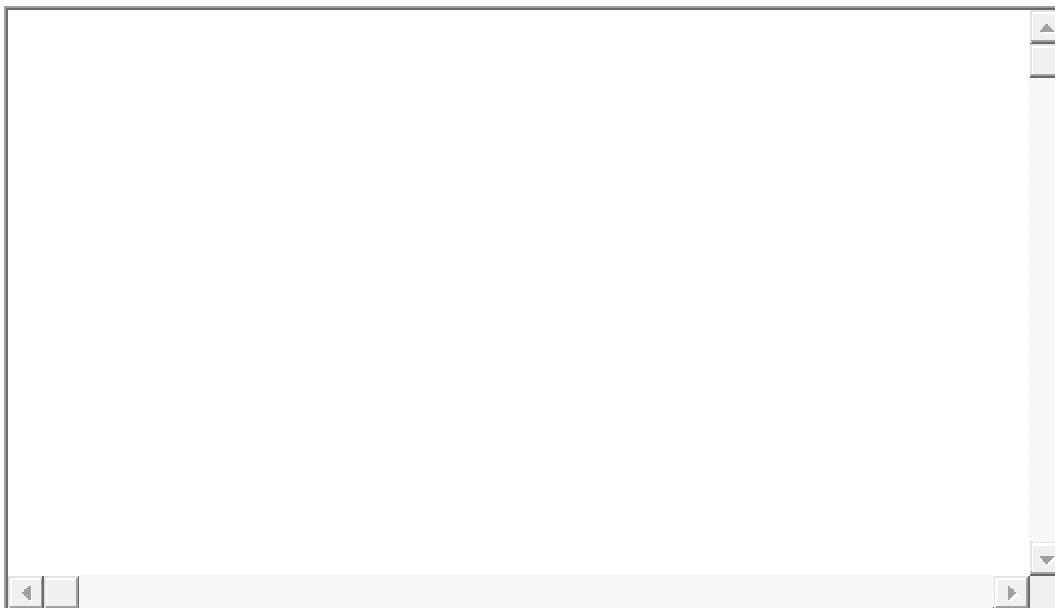
5. Bij een niet succesvolle behandeling kan de therapeut weerstand bij de cliënt ervaren. Welke tekenen van weerstand heb je ervaren bij deze of een andere niet succesvolle behandeling en in welke mate?

	geen	beetje/soms	duidelijk/vaak
Ik ervaar nooit weerstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezin belt af of komt niet op de afspraak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thuisopdrachten niet maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niet willen oefenen in de sessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thuis niet oefenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veel "ruis", andere onderwerpen aan de orde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Het lukt/ werkt niet"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Mijn kind moet veranderen"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Mijn partner moet veranderen"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niet "willen" aanmoedigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geen grenzen "willen" stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaardigheden anders inzetten dan bedoeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relatieproblemen spelen een rol in de weerstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Overige (geef nadere toelichting)

An empty rectangular text box with a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, both with standard arrow and track icons.

6. Welke aanpassing of extra inspanning heb je eventueel gedaan om te komen tot een beter werkbare relatie met betrekking tot de weerstand?

An empty rectangular text box with a thin black border, identical in style to the one above. It includes a vertical scrollbar on the right and a horizontal scrollbar at the bottom.