

Universiteit van Amsterdam

De effecten van Parent Management Training Oregon, een veranderingsstudie en casestudie

Het effect van PMTO op de opvoedingsbelasting en –competentie van ouders en op het
probleemgedrag van hun kinderen.

Masterscriptie Orthopedagogiek

Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen

Universiteit van Amsterdam

Auteur: R. Ellens (5721741)

Begeleiding: Dr. F. B. van Rooij, Dr. H. R. Rodenburg

Amsterdam, juli 2014

Voorwoord

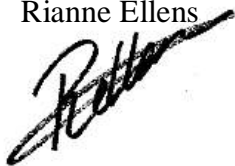
Deze scriptie beschrijft een onderzoek naar de effecten van de Parent Management Training Oregon (PMTO) op de opvoedingsbelasting en -competentie van ouders van kinderen met (externaliserend) probleemgedrag en het kindgedrag. PMTO is een ouderprogramma dat zich richt op het vergroten van de opvoedingscompetentie van ouders om daarmee de gedragsproblemen bij hun kinderen te verminderen.

In deze studie wordt onderzocht of er verschillen bestaan in effectiviteit van PMTO tussen een- en tweoudergezinnen en welke verbanden er bestaan tussen opvoedingsbelasting, -competentie, kindgedrag en motivatie van ouders om met in PMTO geoefende opvoedingsstrategieën te werken. Tot slot wordt onderzocht in welke volgorde de effecten van PMTO plaatsvinden en wat de rol is van motivatie van ouders om met in PMTO geoefende opvoedingsstrategieën te werken.

Deze scriptie is uitgevoerd in het kader van het afronden van de master orthopedagogiek aan de Universiteit van Amsterdam. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met PI Research, PMTO Nederland en de Bascule. PI Research is een instelling voor onderzoek en innovatie gericht op onder andere de opvoeding en behandeling van kinderen. PMTO Nederland is het kenniscentrum voor PMTO in Nederland. De Bascule is een academisch centrum dat psychiatrische zorg verleent aan kinderen in Amsterdam en omstreken.

Met veel plezier heb ik gewerkt aan dit onderzoek en het schrijven van mijn scriptie. Ik ben zeer dankbaar voor de buitengewoon plezierige en kundige begeleiding van mijn supervisor Dr. Floor van Rooij. De samenwerking met Pi Research verliep eveneens prettig. De enthousiaste ondersteuning vanuit deze instelling, met name door Drs. Gonnie Albrecht en Drs. Herma Regterschot-von Lindheim, heb ik gewaardeerd. Verder wil ik graag mijn thuisfront en dan in het bijzonder mijn partner bedanken voor alle ruimte die hij mij heeft gegeven om in het afgelopen jaar mijn ambitieuze programma van afstuderen, werken en nevenactiviteiten mogelijk te maken. Daarnaast had ik deze scriptie nooit op een dergelijke prettige wijze kunnen voltooiën zonder Joep, die er altijd voor mij is geweest. Tot slot rest het mij u veel plezier te wensen bij het lezen van deze masterscriptie.

Rianne Ellens



Haarlem, juli 2014

Abstract

The aim of this research (change- and case study) was to examine the effects of Parent Management Training Oregon (PMTO) on parenting stress, parenting competence and child behavior. It is examined whether there is a difference in effectiveness between single- and two-parent families, which associations exist between these constructs, the role of motivation of parents throughout the process, and the order of effects. The change study used data from 223 families (41 single-parent families, 120 two-parent families, 51 families with an unknown family type). After PMTO there was a significant decrease found in (foster) mothers parenting stress (measured by the OBVL) and in the (foster) mothers reported internalizing, externalizing, and total behavior problems of their child on the CBCL. Two-parent families show a significantly greater decrease in reported parenting stress than single-parent families. In the case study ($N = 2$) a negative correlation was found between parenting stress and competence and a positive correlation between parenting stress and child behavior during a part of the PMTO process. Due to a limited number of measurements in the case study, the research question regarding motivation of parents and the order of effects could not be clearly answered. Concluding can be said that PMTO seems to be effective in reducing behavioral problems of children and parenting stress. There also seem to be differences in effectiveness between one- and two-parent families, with two-parent families show a greater decrease in parenting stress after following PMTO than single-parent families.

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek (veranderings- en casestudie) was onderzoeken wat de effecten zijn van Parent Management Training Oregon (PMTO) op de opvoedingsbelasting en -competentie van ouders en het probleemgedrag van hun kinderen. Hierbij is onderzocht of er een verschil in effectiviteit bestaat tussen een- en tweeoudergezinnen, welke verbanden er bestaan tussen opvoedingsbelasting, -competentie en kindgedrag gedurende het PMTO traject, wat de rol van motivatie van ouders is gedurende het traject en in welke volgorde de effecten plaatsvinden. In de veranderingsstudie is gebruik gemaakt van de gegevens van 223 gezinnen (41 eenoudergezinnen, 130 tweeoudergezinnen en 51 gezinnen met een onbekend gezinstype). Er werd na PMTO een significante afname gevonden in ervaren opvoedingsbelasting door (pleeg)moeders (gemeten met de OBVL) en door (pleegmoeders) gerapporteerde internaliserende, externaliserende en totale gedragsproblemen van het kind op de CBCL. Tweeoudergezinnen laten een significant grotere afname zien in gerapporteerde opvoedingsbelasting dan eenoudergezinnen. In de casestudie ($N=2$) werd gevonden dat er een negatieve correlatie bestaat tussen opvoedingsbelasting en -competentie en een positieve correlatie tussen opvoedingsbelasting en kindgedrag gedurende een deel van het PMTO traject. Vanwege een beperkt aantal metingen in de casestudie, kan de onderzoeksvraag betreffende motivatie van ouders en de volgorde van effecten niet eenduidig beantwoordt worden. Concluderend kan gesteld worden dat PMTO effectief lijkt te zijn in het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen en opvoedingsbelasting van ouders. Ook lijken er verschillen te bestaan in effectiviteit tussen een- en tweeoudergezinnen, waarbij tweeoudergezinnen een grotere afname van opvoedingsbelasting laten zien na het volgen van PMTO dan eenoudergezinnen.

Inhoud

Inleiding	6
Methoden	12
Onderzoeksdesign	12
Participanten	13
Procedure en dataverwerking	14
Meetinstrumenten	15
Databewerking	17
Analysen	18
Resultaten	18
Descriptieve resultaten	18
Toetsingsresultaten	20
Conclusie en discussie	30
Referentielijst	35
Bijlagen	38
1. Instrumenten	38
2. Onderzoek 2: casestudie	45

Inleiding

Probleemgedrag van kinderen kan onderverdeeld worden in twee verschillende soorten probleemgedrag, namelijk internaliserend en externaliserend probleemgedrag (Buist, Deković, Meeus, & van Aken, 2004). Onder internaliserend probleemgedrag wordt depressief, angstig of teruggetrokken gedrag verstaan (Reitz, Deković, & Meijer, 2005). Externaliserend probleemgedrag is gedrag wat in bepaalde mate storend, ongewenst, schadelijk of delinquent is zoals impulsief, hyperactief, antisociaal of agressief gedrag (Prinzle, 2004; Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000). Het is het meest voorkomende probleemgedrag bij kinderen (De Haan, Prinzle, & Deković, 2012). Van ouders van kinderen van nul tot twaalf jaar geeft 3.0 tot 9.0% aan dat hun kind externaliserende gedragsproblemen laat zien (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp, & Reijneveld, 2005). Externaliserend probleemgedrag hangt samen met veel negatieve gevolgen voor zowel het kind, de omgeving als de maatschappij zoals gezinsconflicten, problemen op school en antisociaal gedrag in de volwassenheid (De Haan et al., 2012). Externaliserend probleemgedrag interfereert daarmee niet alleen met de ontwikkeling van het kind, maar ook met het gezinsfunctioneren (Fossum, Mørch, Handegård, & Drugli, 2007). Ook is externaliserend probleemgedrag wat zich op vroege leeftijd openbaart, een risicofactor voor later delinquent gedrag (Hinshaw, 2002).

Onder opvoedingsbelasting wordt belasting verstaan die ouders ervaren in relatie tot de opvoeding van hun kinderen. De mate waarin ouders denken toegang te hebben tot benodigde mogelijkheden (bijvoorbeeld als ouder de vaardigheid hebben om grenzen te stellen of het bezitten van financiële middelen) en ondersteuning (bijvoorbeeld steun van familie of steun van een partner) om de rol van opvoeder te kunnen uitvoeren is hierbij van grote invloed (Morgan, Robinson, & Aldridge, 2002). Opvoedingsbelasting is daarmee een specifieke vorm van stress, ervaren door ouders, die voortkomt uit een te groot verschil (spanningsveld) tussen beschikbare bronnen (bijvoorbeeld kennis en vaardigheden) en de werkelijke behoeften (bijvoorbeeld een goede opvoedingsvaardigheid en middelen) voor de rol als opvoeder (Buodo, Moscardino, Scrimin, Altoè, & Palomba 2013). Ook de perceptie van ouders op het gedrag van hun kind is van invloed op de opvoedingsbelasting die zij ervaren (Morgan et al., 2002). Deze percepties worden beïnvloed door eigenschappen van ouders en situationele factoren (zoals huwelijksproblemen). Het is waarschijnlijk dat wanneer ouders meer opvoedingsbelasting ervaren, hun percepties op het kindgedrag (de wijze waarop zij dit gedrag interpreteren) van dat moment afnemen in accuraatheid en zij meer vertrouwen op hun 'lange termijn' percepties over het kindgedrag (Morgan et al., 2002). Daarnaast zijn ouders die veel opvoedingsbelasting ervaren meer geneigd om zich te richten op de negatieve

aspecten van het kindgedrag en zien zij dit gedrag eerder als veroorzaakt door het kind in plaats van veroorzaakt door situationele factoren (Morgan et al., 2002). In onderzoek van Buodo et al. (2013) werd een significante en positieve relatie gevonden tussen opvoedingsbelasting van moeders en door kinderen en moeders gerapporteerde externaliserende gedragsproblemen van het kind. Onderzoek van Morgan et al. (2002) heeft daarnaast uitgewezen dat ouders van kinderen met externaliserend probleemgedrag een significant hogere opvoedingsbelasting ervaren dan ouders van kinderen zonder dit probleemgedrag. Ook moeders zonder partner (eenoudergezinnen) ervaren in vergelijking met moeders mét partner (tweeoudergezinnen) een significant hogere opvoedingsbelasting (Copeland & Harbaugh, 2005; Morgan et al., 2002).

Onder opvoedingscompetentie wordt de mate waarin ouders 'vaardig' zijn in het opvoeden verstaan. Dit kan meer specifiek omschreven worden in opvoedingsgedrag en concrete opvoedingsvaardigheden. Onder competent opvoedingsgedrag (een hoge opvoedingscompetentie) wordt onder andere positief opvoedingsgedrag verstaan, zoals het aanmoedigen van gewenst gedrag door het geven van complimenten (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003). Andere opvoedingsvaardigheden die competent opvoedingsgedrag weerspiegelen zijn ouder-kind relatie (bindings)vaardigheden (affectie tonen, samen tijd doorbrengen enz.), vaardigheden en gedrag aanleren (voorbeelden geven, vragen stellen enz.), reguleren van ongewenst gedrag (grenzen stellen, duidelijk instructies geven, logische consequenties gebruiken enz.), voorkomen van problemen in lastige situaties (voorbereiden, structuur aanbieden enz.), zelfregulatievaardigheden (zelfevaluatie enz.) en communicatievaardigheden (feedback geven, als partner elkaar steunen, probleemoplossingsvaardigheden enz.) (Sanders et al., 2003). Wanneer er sprake is van een gebrek of negatieve uiting van het opvoedingsgedrag, spreekt men van incompetent opvoedingsgedrag of disfunctioneel ouderschap (Van der Maas & Van Leeuwen, 2012).

Onderzoek van Van Brussel, De Meyer, Veerman en De Mey (2009) heeft uitgewezen dat een toename van opvoedingscompetentie leidt tot het ervaren van minder opvoedingsbelasting. Een lagere opvoedingscompetentie leidt tot het ervaren van meer opvoedingsbelasting (Morgan et al., 2002). Daarnaast is gebleken dat een hoge opvoedingsbelasting kan leiden tot een lagere opvoedingscompetentie en een lage belasting tot een hogere competentie (Morgan et al., 2002). Samengevat is er een negatief verband tussen opvoedingscompetentie en opvoedingsbelasting.

Het sociale interactie leermodel van Patterson (Patterson, 1982) beschrijft hoe het incompetente opvoedingsgedrag van de ouder (bijvoorbeeld problemen hebben met grenzen

stellen), kan leiden tot een bekrachtiging van het probleemgedrag van het kind. De (beperkte) opvoedingsvaardigheden leiden daarmee tot een toename van het probleemgedrag en het probleemgedrag lokt bepaald opvoedingsgedrag uit (zoals meegaan in dwang om verdere conflicten te voorkomen). Dit is beter bekend als de coërciviteitstheorie. Kinderen die externaliserend probleemgedrag vertonen, zijn daarmee een risicogroep om disfunctioneel ouderschap uit te lokken (Verhoeven, Junger, Van Aken, Deković, & Van Aken, 2010). Ander onderzoek van Boeldt et al. (2012) heeft uitgewezen dat positief opvoedingsgedrag (wat getuigt van een hoge opvoedingscompetentie) in de kleuter- en kindertijd, leidt tot minder externaliserend probleemgedrag bij kinderen op een latere leeftijd.

De Parent Management Training Oregon (PMTO; Forgatch & DeGarmo, 1999; Patterson, 1982) is gebaseerd op het sociale interactie leermodel van Patterson. De training richt zich op het aanleren van vijf essentiële en vier ondersteunende opvoedingsstrategieën aan ouders van kinderen van vier tot twaalf jaar die (externaliserend) probleemgedrag vertonen (Van Leeuwen & Albrecht, 2008). De essentiële strategieën zijn: aanmoedigen, grenzen stellen, samen problemen oplossen, zicht en toezicht houden en positieve betrokkenheid. De ondersteunende strategieën zijn: duidelijk instructies geven, emotieregulatie, bijhouden van gedrag en communicatie. In de behandeling wordt na de kennismaking met drie vaste onderwerpen gestart: duidelijk instructies geven, stimuleren door aanmoediging en effectief grenzen stellen. Daarna richt de behandeling zich op voor het gezin relevante opvoedingsstrategieën (deze zijn afhankelijk van het probleemgedrag van het kind, de vaardigheden van de ouders en de situatie van het gezin). In totaal bestaat de behandeling uit 15 tot 35 sessies van één uur. De sessies zijn actief; er wordt bijvoorbeeld gewerkt met rollenspellen. Ook krijgen ouders thuisopdrachten mee. PMTO is een individuele behandeling aan ouders waarbij het kind niet aanwezig is. Bij intacte gezinnen volgen beide ouders PMTO. Wanneer ouders gescheiden zijn of vanwege andere redenen niet continu samenwonen met het kind, volgt alleen de ouder waarbij de aanmelding heeft plaatsgevonden PMTO. Door met het aanleren van de opvoedingsstrategieën de opvoedingscompetentie van ouders te vergroten, worden de (externaliserende) gedragsproblemen van de kinderen behandeld (mediatietherapie) en tracht men daarmee tevens de door ouders ervaren opvoedingsbelasting te verminderen.

Uit buitenlands onderzoek (Forgatch & DeGarmo, 1999) is gebleken dat interventies zoals PMTO (bijvoorbeeld Parenting Through Change), gericht op het aanleren van specifieke opvoedingsstrategieën aan ouders, effectief zijn en daarmee indirect leiden tot een afname van (externaliserend) probleemgedrag bij de kinderen. Onderzoek in Noorwegen van Ogden en

Amlund Hagen (2008) heeft aangetoond dat kinderen wiens ouders een PMTO traject hebben gevolgd, minder ouder-gerapporteerde externaliserende problemen vertoonden en meer leerkracht-gerapporteerde sociale competentie dan kinderen in de controlegroep. Ook bleek uit dit onderzoek dat de ouders na het ontvangen van PMTO meer vaardigheid hadden in disciplinaire vaardigheden (grenzen stellen en deze consequent handhaven). In effectiviteitsonderzoek in IJsland van Sigmarsdóttir, DeGarmo, Forgatch en Vikar Gudmundsdóttir (2013) werd gevonden dat kinderen van ouders die PMTO hebben gevolgd, significant minder probleemgedrag lieten zien. In ditzelfde onderzoek werd onverwacht geen effect gevonden van PMTO op de opvoedingsvaardigheden van moeders van kinderen met probleemgedrag, zoals gemeten met een gestructureerde observatietoets. Hierbij speelden mogelijk methodologische problemen een rol (Sigmarsdóttir et al., 2013).

In Nederland is nog geen effectiviteits- onderzoek naar PMTO afgerond¹ (PMTO, 2013). Ook ontbreekt onderzoek op microniveau naar de effecten van PMTO. Onderzoek op microniveau kan worden gedaan middels een casestudie. Deze methode geeft praktijkkennis over óf en hoe (volgorde) betekenisvolle verandering heeft plaatsgevonden bij een ‘case’ gedurende een interventie (Borckardt et al., 2008). Dit is waardevolle kennis omdat er een uniek inzicht wordt verkregen in de structuur en mechanismen van (therapeutische) verandering, wat direct bijdraagt aan de ontwikkeling van de (werkingsprincipes van de) interventie in de praktijk (Drotar, 2009; Borckardt et al., 2008). In het huidige onderzoek wordt op twee manieren onderzocht wat het effect van PMTO is bij Nederlandse gezinnen. Ten eerste middels een veranderingsstudie (deelonderzoek 1) gericht op het effect van PMTO op het kindgedrag en de opvoedingsbelasting (verschil voor- en nameting; effectiviteitsniveau 3², Veerman & Van Yperen, 2006). Ten tweede middels een casestudie (deelonderzoek 2) gericht op de samenhang tussen opvoedingsbelasting, -competentie en kindgedrag gedurende het PMTO traject en de volgorde waarin de effecten plaatsvinden (effectiviteitsniveau 2³, Veerman & Van Yperen, 2006).

In de veranderingsstudie zal niet alleen het effect van PMTO op kindgedrag en opvoedingsbelasting onderzocht worden, maar ook het verschil tussen een- en tweoudergezinnen. Centraal binnen PMTO staat het concreet oefenen met opvoedingsstrategieën, zowel binnen de PMTO sessie als daarbuiten in de thuissituatie (Van

¹ Momenteel wordt er vanuit de Universiteit Maastricht onderzoek gedaan naar de effectiviteit van PMTO in Nederland en vanuit de Universiteit van Amsterdam naar de effectiviteit van PMTO bij pleeggezinnen in Nederland (PMTO, 2013).

² Effectiviteitsniveau 3 houdt in dat empirisch is aangetoond dat problemen na een interventie zijn afgenomen en omvat o.a. veranderingsonderzoek (zoals deelonderzoek 1).

³ Effectiviteitsniveau 2 omvat o.a. kennis ontlokkend onderzoek (zoals deelonderzoek 2).

Leeuwen en Albrecht, 2008). Hierbij staat eerst de therapeut model, wordt vervolgens de strategie binnen de PMTO sessie geoefend en gaan ouders daarna de strategie thuis oefenen met hun kind. Wat zodoende een belangrijke rol speelt in het PMTO proces, is de werkelijke oefentijd die ouders met hun kind hebben, de frequentie waarin zij voorbeelden geven aan elkaar en de mate waarin ouders met elkaar reflecteren en elkaar steunen binnen het PMTO proces. Steunen kan bijvoorbeeld plaatsvinden door het herinneren van de partner aan vaardigheden, het steunen van de partner in een lastig moment met het kind of het steunen als partner in algemene zin. Bij eenoudergezinnen zal de werkelijke oefentijd lager liggen, omdat het kind vaak ook deels bij de andere ouder woont en is er geen sprake van een voorbeeld door de partner in de thuissituatie. Ook hebben alleenstaande ouders niet de mogelijkheid tot reflectie met hun partner en missen zij steun van hun partner in het PMTO proces. Uit onderzoek van Copeland en Harbaugh (2005) en Morgan et al. (2002) is daarnaast gebleken dat alleenstaande moeders meer opvoedingsstress ervaren dan moeders met partner. Het lijkt waarschijnlijk dat de effectiviteit van PMTO (in de huidige vorm), lager is dan bij eenoudergezinnen dan bij tweeoudergezinnen.

In de casestudie zal tevens gekeken worden naar de rol van weerstand die ouders hebben om met PMTO te werken. Dit is één van de factoren van invloed op de mate van verandering in opvoedingscompetentie van ouders door PMTO (Patterson & Chamberlain, 1994). Deze weerstand heeft invloed op het gedrag van de therapeut en het gedrag van de ouders zelf en daarmee indirect ook op het effect van de behandeling. Uit een meta-analyse van Beutler, Moleiro en Talebi (2002) is gebleken dat in 82 % van de onderzoeken uit de analyse een negatieve correlatie is gevonden tussen weerstand en behandeluitkomst. Het bewijs dat weerstand een bedreiging is voor een effectieve behandeling is overtuigend (Beutler et al., 2002). Weerstand bestaat uit drie aspecten (Patterson & Chamberlain, 1994). Ten eerste weerstand vanuit het idee van ouders dat zij 'iets niet kunnen'. Ten tweede weerstand van vanuit het 'iets niet willen' van ouders. Tot slot weerstand die te maken heeft met de therapietrouw van ouders, buiten de sessies (bijvoorbeeld het al dan niet maken van huiswerk). Voor wat betreft dit laatste aspect van weerstand is in onderzoek van Hukkelberg en Ogden (2013) gevonden dat er een relatie bestaat tussen de therapietrouw door ouders (bij PMTO) en externaliserend probleemgedrag van kinderen, door ouders gerapporteerd. Een grotere therapietrouw, leidde tot (positieve) verandering in het externaliserend probleemgedrag van het kind. Weerstand kan positief benaderd worden door te kijken naar de tegenpool van weerstand: motivatie. De verwachting is dat een grote motivatie van ouders om te werken met PMTO bijdraagt aan een meer

effectieve behandeling (waarbij de opvoedingscompetentie verhoogd wordt, het probleemgedrag van het kind afneemt evenals de opvoedingsbelasting ervaren door ouders). Dit is waarschijnlijk omdat weerstand (of motivatie) beïnvloed kan worden door het gebruik van niet-directieve interventies (Beutler et al., 2002). In PMTO wordt dit toegepast door bijvoorbeeld het gebruik van rollenspellen en vraagtechnieken (Van Leeuwen & Albrecht, 2008; Patterson, 2005).

De hoofdvraag in dit onderzoek is: wat is het effect van PMTO op het probleemgedrag van kinderen en de opvoedingsbelasting en –competentie van hun ouders? Deze vraag wordt zowel in de veranderingsstudie als in de casestudie onderzocht. Daarnaast is de eerste deelvraag die onderzocht wordt in de veranderingsstudie: is er verschil in effectiviteit van PMTO tussen een- en tweoudergezinnen? De tweede deelvraag, die wordt onderzocht in de casestudie, is: welke (dagelijkse en wekelijkse) verbanden bestaan er tussen de constructen opvoedingsbelasting, -competentie, kindgedrag en motivatie van ouders om met in PMTO geofende opvoedingsstrategieën te werken gedurende het PMTO traject? De derde deelvraag, die eveneens wordt onderzocht in de casestudie, is: in welke volgorde vinden de effecten plaats? De laatste deelvraag, die tevens wordt onderzocht in de casestudie, is: wat is de rol van motivatie van ouders om te werken met PMTO gedurende het PMTO traject?

Voor het eerste deel van de hoofdvraag: wat is het effect van PMTO op het probleemgedrag van kinderen, is de verwachting op basis van eerder onderzoek (Forgatch & DeGarmo, 2002; Ogden & Amlund Hagen, 2008) dat er een afname van probleemgedrag van kinderen gevonden wordt nadat ouders PMTO hebben gevolgd. Voor het tweede deel van de hoofdvraag: wat is het effect van PMTO op de opvoedingsbelasting zoals ervaren door ouders, is op basis van eerder onderzoek (Van Brussel et al., 2009) de verwachting eveneens dat er een afname gevonden wordt in de mate waarin ouders opvoedingsbelasting ervaren nadat zij PMTO hebben gevolgd. Voor het derde deel van de hoofdvraag: wat is het effect van PMTO op de opvoedingscompetentie van ouders, is de verwachting op basis van eerder onderzoek van Forgatch en DeGarmo (1999) dat de opvoedingscompetentie zal toenemen naarmate het PMTO traject vordert in tijd.

De verwachting voor de eerste deelvraag is dat PMTO minder effectief is bij eenoudergezinnen dan bij tweoudergezinnen vanwege het gebrek aan steun van en reflectie met de partner en oefentijd met het kind. De verwachting voor de tweede deelvraag is dat er een positief verband gevonden wordt tussen de constructen opvoedingsbelasting en kindgedrag én opvoedingscompetentie en motivatie. Ook is de verwachting dat er een negatief verband gevonden wordt tussen de constructen opvoedingsbelasting en –competentie,

opvoedingscompetentie en kindgedrag, opvoedingsbelasting en motivatie, opvoedingscompetentie en motivatie én kindgedrag en motivatie. Door nauwkeurig de uitkomsten op diverse variabelen (opvoedingsbelasting, -competentie en probleemgedrag van het kind) af te zetten tegen de tijdsdimensie (vordering PMTO traject), wordt tevens verwacht inzicht te verwerven in de volgorde van effecten. De verwachting voor de tweede deelvraag is daarmee dat eerst de belasting toeneemt (omdat van ouders een verandering in gedrag gevraagd wordt), dan de competentie toeneemt (en blijft toenemen), dan het probleemgedrag van het kind toeneemt (als weerstand op het veranderende opvoedingsgedrag), dan het probleemgedrag van het kind afneemt (als gevolg van de aanhoudend verbeterende opvoedingscompetentie) en tot slot de belasting afneemt. De verwachting voor de laatste deelvraag is tot slot dat de motivatie van ouders ten opzichte van het werken met PMTO toeneemt naarmate het PMTO traject vordert vanwege de verwachte toename in succeservaringen met het toepassen van opvoedingsstrategieën.

Dit onderzoek draagt in algemene zin bij aan een beter inzicht in de effectiviteit en effecten van PMTO. Wanneer PMTO niet effectief is, is het belangrijk om ouders op een andere wijze te ondersteunen. Wanneer PMTO wel effectief is, is het belangrijk om deze interventie verder te implementeren en hier financiële middelen voor vrij te maken. Kennis over de effecten kan daarnaast bijdragen aan het verbeteren van de interventie en het keuzeprocess vóór deze interventie. Goede ondersteuning van ouders van kinderen met externaliserend probleemgedrag werkt beschermend tegen de ontwikkeling van vele negatieve gevolgen voor zowel het kind, de omgeving als de samenleving (korte en lange termijn). Het kan het klinische traject verkorten en de maatschappelijke kosten met betrekking tot externaliserend probleemgedrag verminderen. Tot slot geeft inzicht in het werkingsproces van PMTO wetenschappelijk waardevolle informatie voor de ontwikkeling van effectieve interventies.

Methoden

Onderzoeksdesign. Dit onderzoek bestaat uit twee deelonderzoeken. Ten eerste een veranderingsstudie, waarin data van PMTO Nederland wordt geanalyseerd en ten tweede uit een casestudie waarin data van twee cases wordt geanalyseerd. In de veranderingsstudie is een vergelijking gemaakt tussen voor- en nametingen, waarbij tevens het verschil in verandering tussen een- en tweoudergezinnen is onderzocht. In de casestudie is gebruik gemaakt van het multiple baseline design met dagelijkse metingen (dagboek) die in gelijke intervallen plaatsvinden (Rhoda, Murray, Andridge, Pennel, & Hade, 2011). Daarnaast is in de casestudie

nog wekelijks (in elke PMTO sessie) een vragenlijst door de therapeut aan de ouders voorgelegd en door de therapeut zelf ingevuld.

Participanten. Deelonderzoek 1. In de veranderingsstudie is gebruik gemaakt van de gegevens van 223 gezinnen, gerapporteerd door de (pleeg)moeder. Deze gegevens zijn verzameld door PMTO Nederland in de periode van juni 2011 - juni 2013. Dit is de periode waarbinnen de gezinnen de PMTO behandeling hebben gevolgd bij Yorneo ($n = 110$), Pactum ($n = 35$), Jeugdhulp Friesland ($n = 33$), de Rading ($n = 17$), de Bascule ($n = 8$), Juzt ($n = 7$), Lindenhout ($n = 7$) en Cardea ($n = 6$). De groep omvat 130 tweeoudergezinnen (58.3 %), 42 eenoudergezinnen (18.8 %) en van 51 gezinnen is niet bekend of het om een- of tweeoudergezin gaat (22.9 %). De totale groep omvat 190 biologische gezinnen (85.2 %) en 33 pleeggezinnen (14.8 %). Van de tweeoudergezinnen zijn 82.3% biologische gezinnen en 17.7 % pleeggezinnen. Van de eenoudergezinnen zijn 95.2 % biologische gezinnen en 4.8 % pleeggezinnen. De totale groep omvat 223 kinderen en van 214 van deze kinderen is de leeftijd bekend. Zij waren tussen de 3 en 14 jaar oud ($M = 7.5$, $SD = 2.7$) bij aanvang van de interventie⁴. De 130 kinderen uit tweeoudergezinnen waren tussen de 3 en 12 jaar oud ($M = 7.0$, $SD = 2.5$) bij aanvang van de interventie. De 42 kinderen uit eenoudergezinnen waren tussen de 4 en 13 jaar oud ($M = 8.7$, $SD = 2.4$). Het verschil in de gemiddelde leeftijd tussen de kinderen uit de een- en tweeoudergezinnen is niet significant: $t(170) = 3.79$, $p > .05$ (tweezijdig). De totale groep kinderen bestond uit 140 jongens (62.8 %) en 83 meisjes (37.2 %). De groep kinderen uit tweeoudergezinnen bestond uit 78 jongens (60.0 %) en 52 meisjes (40.0 %). De groep kinderen uit eenoudergezinnen bestond uit 29 jongens (69.0 %) en 13 meisjes (31.0 %).

Deelonderzoek 2. Aan de casestudie hebben in totaal 2 gezinnen deelgenomen. Gezin 1 bestaat uit twee ouders, die een hoge opvoedingsbelasting ervaren (OBVL t-score totaal: 61) en één kind (meisje) met (externaliserend) probleemgedrag in de (sub)klinische range (CBCL t-score externaliserend probleemgedrag: 65, internaliserend probleemgedrag: 62, totale problemen: 68). Zij is bij aanvang van de interventie 10 jaar oud. Dit gezin is door hun behandelaar in een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie geselecteerd voor PMTO. Gezin 2 bestaat uit twee ouders, die een hoge opvoedingsbelasting ervaren (OBVL t-score totaal: 60) en één kind (meisje) met (externaliserend) probleemgedrag in de klinische

⁴ In principe is PMTO geïndiceerd voor kinderen tussen de 4 en 12 jaar oud. In sommige gevallen wordt hier een uitzondering op gemaakt vanwege de verwachte klinische bijdrage van PMTO. Zodoende zijn de kinderen die buiten de in de onderzoeksvraag gestelde leeftijdsgroep vallen ($n = 18$) toch meegenomen in het onderzoek. Hierbij moet vermeld worden het grootste deel van de 3 jarigen uit dit onderzoek (9 van de 13) ten tijde van de nameting reeds 4 jaar geworden waren.

range (CBCL t-score externaliserend probleemgedrag: 67, internaliserend probleemgedrag: 50, totale problemen: 60). Zij is bij aanvang van de interventie 7 jaar oud. Dit gezin is door de huisarts geselecteerd voor PMTO.

Procedure en dataverwerving. Deelonderzoek 1. Voor de veranderingsstudie is voorafgaand aan en na afloop van het PMTO traject door de betreffende instellingen informatie verzameld over het probleemgedrag van het kind en de ervaren opvoedingsbelasting door ouders. Dit is gedaan middels een tweetal vragenlijsten, namelijk de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) en de opvoedingsbelasting vragenlijst (OBVL; Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen, & Veerman, 2012) die door de (pleeg)moeder is ingevuld. Ten behoeve van wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden zijn deze gegevens vanuit de verschillende instellingen verzameld in een digitale database van PMTO Nederland. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van datagegevens uit deze database.

In deze veranderingsstudie is bestaande data gebruikt. Er is in dit onderzoek geen sprake van uitvallers. Wel missen van een aantal cases bepaalde beschrijvende gegevens (type gezin, leeftijd en geslacht), vanwege incompleet aangeleverde data aan PMTO Nederland. Tevens is niet van alle cases de CBCL én OBVL beschikbaar, omdat er in deze periode een overstap is gemaakt van een andere vragenlijst over opvoedingsbelasting naar de OBVL. Deze cases waarvan beschrijvende gegevens ontbreken of één van de vragenlijsten niet beschikbaar is zijn niet meegenomen in de analyses om de onderzoeksvragen betreffende de missende gegevens of vragenlijst te beantwoorden, maar wel in de analyses om de andere onderzoeksvragen te beantwoorden.

Deelonderzoek 2. Voor de casestudie hebben ouders voor aanvang van het PMTO traject informatie ontvangen over het onderzoek met het verzoek hieraan deel te nemen. Op deze wijze hebben alle gezinnen vrijwillig deelgenomen aan het onderzoek middels actieve informed consent. Vervolgens zijn voorafgaand aan en tijdens het PMTO traject gegevens over de opvoedingsbelasting, -competentie, het kindgedrag en de motivatie van ouders (om met de opvoedingsstrategieën te werken) verzameld met een speciaal voor dit onderzoek ontworpen dagboek. Eén van de ouders heeft steeds voor een periode van één week (3 periodes) dagelijks het dagboek ingevuld. Dit nam maximaal 5 minuten per keer in beslag. De vijf vragen die het dagboek omvat, zijn ingevuld over de voorgaande 24 uur. Tijdens het PMTO traject is steeds één week geregistreerd en dan twee weken niet. Daarnaast zijn gegevens over het (probleemgedrag van het) kind en de opvoedingsbelasting ervaren door de ouders verzameld voorafgaand aan het PMTO traject met CBCL en OBVL. Tot slot is, naast de ouders, de therapeut betrokken bij het onderzoek. Die heeft in elke sessie de ouders drie

vragen voorgelegd over opvoedingscompetentie, -belasting en het kindgedrag en dit gerapporteerd aan de onderzoeker (vragenlijst door therapeut). Dit vormde geen extra belasting voor de ouders omdat het binnen de PMTO sessies plaats heeft gevonden en hierin niet meer dan 5 minuten in beslag nam. De therapeut heeft wekelijks aan de onderzoeker gerapporteerd wat er in de PMTO sessies aan bod is gekomen, of er bijzonderheden hebben plaatsgevonden, wat de antwoorden van de ouders op de voor dit onderzoek in de sessie gestelde vragen waren (visie ouders) en wat de visie van de therapeut zelf was over de opvoedingscompetentie, opvoedingsbelasting, en motivatie van ouders.

In deze casestudie verliep zowel respondenten- als dataverwerking moeizaam. Uiteindelijk zijn twee gezinnen geworven. Echter hebben beide gezinnen niet aan het complete onderzoek meegedaan vanwege een te hoge belasting voor het gezin. Het eerste gezin is na drie dagboekmetingen gestopt met deze metingen. Van dit gezin is zodoende alleen de vragenlijst door therapeut beschikbaar (van 6 PMTO sessies, maar incompleet ingevuld waardoor niet alle metingen gebruikt kunnen worden) en de CBCL en OBVL van de voormeting. Het tweede gezin is na twaalf dagboekmetingen gestopt met deze metingen. De voormeting bestond uit 3 metingen in verband met ziekte van één van de ouders. Deze metingen kunnen niet gebruikt worden omdat deze door een andere respondent zijn gerapporteerd (andere ouder). Vervolgens is twee weken na de voormeting een complete week gerapporteerd en is er twee weken na deze dagboekperiode nogmaals twee achtereenvolgende dagen gerapporteerd (totaal 9 bruikbare metingen). Ook mist van het tweede gezin de vragenlijst door therapeut omdat de frequentie van sessies laag was en de beantwoording incompleet was. Van dit gezin is zodoende alleen de dagboekmeting beschikbaar.

Meetinstrumenten. Deelonderzoek 1. Voor de veranderingsstudie is hieronder per construct weergegeven welke instrumenten zijn gebruikt. Daarnaast zijn een aantal sociaaldemografische gegevens verzameld (geslacht kind, leeftijd kind, gezinstype: een- of tweeouder, gezinstype: pleeg- of biologisch gezin).

Kindgedrag. *CBCL.* De CBCL (Achenbach, 1991) is een vragenlijst waarmee met een 3-punts Likert schaal wordt bepaald in hoeverre het kind (internaliserend en externaliserend) probleemgedrag vertoont (ingevuld door ouders; 0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak). Er bestaat een versie voor kinderen van 1.5 – 5 jaar oud (CBCL 1.5-5) en een versie voor kinderen van 6-18 jaar oud (CBCL 6-18). De CBCL 1.5-5 bestaat uit 100 items (internaliserende subschaal: 36 items, externaliserende subschaal: 24 items). De CBCL 6-18 bestaat uit 113 items (internaliserende subschaal: 32 items, externaliserende subschaal:

35 items). Een t-score van 60 tot 65 geeft problemen op subklinisch niveau aan, een t-score van 65 of hoger problemen op klinisch niveau. De betrouwbaarheid van de CBCL 1.5-5 in dit onderzoek is hoog (Cronbach's alpha voor de schaal internaliserende problemen: .87, externaliserende problemen: .85 en totale problemen: .90). De betrouwbaarheid van de CBCL 6-18 in dit onderzoek is eveneens hoog (Cronbach's alpha voor de schaal internaliserende problemen: .80, externaliserende problemen: .89 en totale problemen: .94). De COTAN beoordeling van de CBCL is voldoende tot goed (normen onvoldoende wegens veroudering; NJI, 2014). Een voorbeelditem is: "Loopt weg van huis".

Opvoedingsbelasting. OBVL. De OBVL (Vermulst et al., 2012) bepaalt de mate waarin ouders opvoedingsbelasting ervaren. De OBVL bestaat uit 34 items en wordt gescoord op een 4-punts Likert schaal (1 = geldt niet, 2 = geldt een beetje, 3 = geldt behoorlijk, 4 = geldt helemaal). De OBVL bestaat uit 5 subschalen: problemen in de opvoeder kind relatie (6 items), problemen met opvoeden (7 items), depressieve stemming (7 items), rolbeperking: (6 items) en gezondheidsklachten (8 items). Een t-score van 60 tot 65 geeft problemen op subklinisch niveau aan, een t-score van 65 of hoger problemen op klinisch niveau. De betrouwbaarheid van de OBVL in dit onderzoek is hoog (Cronbach's alpha voor de schaal problemen in de opvoeder kind relatie: .91, problemen met opvoeden: .85, depressieve stemming: .87, rolbeperking: .78, gezondheidsklachten: .85, en de totale belasting: .91). Een voorbeelditem is: "Ik geniet van mijn kind".

Deelonderzoek 2. Voor de casestudie is hieronder per construct weergegeven welke items binnen welk instrument zijn gebruikt (zie bijlage 1).

Kindgedrag. 1) *Item 2 van het speciaal voor dit onderzoek ontwikkelde dagboek.* In dit item wordt ouders gevraagd in hoeverre ze het gedrag van hun kind van de afgelopen 24 uur positief of negatief beoordelen (9-punts Likert schaal; 1 = overwegend positief, 9 = overwegend negatief). 2) *CBCL.* Zie beschrijving onder veranderingsstudie. 3) *Item 1 van de voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst door therapeut.* In dit item wordt ouders gevraagd in hoeverre ze het gedrag van hun kind van de afgelopen week positief of negatief beoordelen (9-punts Likert schaal; 1 = overwegend positief, 9 = overwegend negatief).

Opvoedingsbelasting. 1) *Item 4 van het dagboek.* Dit item omvat de vraag naar de ervaren opvoedingsbelasting door ouders in de afgelopen 24 uur (9-punts Likert schaal; 1 = helemaal niet belastend, 9 = zeer belastend). 2) *OBVL.* Zie beschrijving onder veranderingsstudie. 3a) *Item 3 van de vragenlijst door therapeut.* Dit item omvat de vraag naar de ervaren opvoedingsbelasting door ouders in de afgelopen week uur (9-punts Likert schaal; 1 = helemaal niet belastend, 9 = zeer belastend). 3b) *Item 3 van de vragenlijst door*

therapeut. Idem aan 3a, maar nu door de therapeut ingevuld (visie therapeut op ervaren opvoedingsbelasting door ouders).

Opvoedingscompetentie. 1) *Item 5 van het dagboek*. Dit item omvat de vraag aan ouders in hoeverre zij bepaalde effectieve opvoedingsvaardigheden hebben gebruikt (5-punts Likert schaal; 1 = geen gebruik van gemaakt, 2 = af en toe gebruik van gemaakt, 3 = regelmatig gebruik van gemaakt, 4 = veel gebruik van gemaakt, 5 = heel veel gebruik van gemaakt). 2a) *Item 2 van de vragenlijst door therapeut*. In dit item wordt ouders gevraagd hoe zij zichzelf beoordelen in de uitvoering van diverse opvoedingsstrategieën in de afgelopen week (9-punts Likert schaal; 1 = heel erg slecht, 9 = heel erg goed). 2b) *Item 2 van de vragenlijst door therapeut*. Idem aan 2a, maar nu door de therapeut ingevuld (visie therapeut op opvoedingsvaardigheden van ouders).

Motivatie van ouders. 1) *Item 3 van het dagboek*. In dit item wordt gevraagd naar de motivatie van de ouders om op de betreffende dag opvoedingssituaties aan te pakken met de in PMTO geoefende vaardigheden (9-punts Likert schaal; 1 = helemaal niet gemotiveerd, 9 = zeer gemotiveerd). 2) *Item 4 van de vragenlijst door therapeut*. In dit item wordt de therapeut gevraagd in hoeverre hij of zij de ouders gemotiveerd vindt om met de tijdens PMTO geoefende vaardigheden te werken (visie therapeut op motivatie van ouders, 9-punts Likert schaal; 1 = helemaal niet gemotiveerd, 9 = zeer gemotiveerd).

Overig. 1) *Item 1 van het dagboek*. Om de antwoorden in perspectief te kunnen plaatsen wordt in dit item gevraagd naar in hoeverre de betreffende dag een typische dag voor het gezin was en wat de reden daarvan was (9-punts Likert schaal; 1 = helemaal niet zoals andere dagen, 9 = helemaal wel zoals andere dagen) 2) *Item 5 en 6 van de vragenlijst door therapeut*. Item 5 vraagt de therapeut naar wat er behandeld is in de betreffende sessie en item 6 vraagt de therapeut of er zich bijzonderheden hebben voorgedaan. Deze vragen zijn gesteld om de antwoorden in perspectief te kunnen plaatsen.

Databewerking. Deelonderzoek 1. Voor de veranderingsstudie zijn eerst alle databestanden gereed gemaakt en gereduceerd tot één bestand om de statistische analyses over te kunnen uitvoeren. Hiervoor zijn verschillende databestanden samengevoegd (2011-2012 en 2012-2013, OBVL en CBCL) en zijn de benodigde variabelen aangemaakt (o.a. type gezin, dus een- of tweeoudergezin). Het type gezin is bepaald door handmatig op basis van een therapeutidentificatiecode het betreffende gezin in de digitale PMTO database op te zoeken, en daarbij te kijken naar de gezinssamenstelling. De trainer identificatiecode kon aan het betreffende gezin gekoppeld worden door naar de overeenkomst op diverse variabelen te kijken tussen de beschikbare informatie vanuit de CBCL en OBVL bestanden en een bestand

van PMTO Nederland waarin vrijwel alle gezinnen staan die PMTO hebben ontvangen (alleen broertjes en zusjes ontbreken hierin). Van gezinnen die niet in dit bestand voorkwamen ($n = 44$) of die op alle mogelijke identificatievariabelen meerdere keren gevonden werden ($n = 7$) is niet bekend of het om een- of tweeoudergezinnen gaat. De overige gezinnen konden als uniek geïdentificeerd worden op basis van naam, geboortedatum, instelling en geslacht ($n = 66$), op basis van geboortedatum, instelling en geslacht ($n = 81$), op basis van naam, instelling en geslacht ($n = 21$), of door een match via de database (via een broer of zus, $n = 4$).

Analysen. Deelonderzoek 1. Voor de statistische analyse in de veranderingsstudie is gebruik gemaakt van het programma SPSS. Om te bepalen of PMTO effectief is (afname in probleemgedrag kind en opvoedingsbelasting van ouders na PMTO, verschil tussen voor- en nameting) is de gepaarde t-toets toegepast. Om te bepalen of er een verschil in effectiviteit (op zowel kindgedrag als opvoedingsbelasting) tussen een- en tweeoudergezinnen bestaat is het Mixed Between-Within Subjects Design toegepast. Hoewel in het Mixed Between-Within Subjects Design ook de verandering over tijd (voor- en nameting) getoetst wordt, is de t-toets toegepast omdat anders de data van 51 gezinnen (waarvan het type gezin onbekend was) niet onderzocht kon worden.

Deelonderzoek 2. Voor de casestudie is middels het programma SPSS in de eerste plaats een visuele analyse gedaan voor alle hypothesen over de samenhang tussen de variabelen en om de (volgorde van) effecten van PMTO op opvoedingscompetentie, -belasting, kindgedrag en motivatie van ouders in kaart te brengen. Vervolgens is de autocorrelatie van de variabelen kindgedrag, opvoedingsbelasting, opvoedingscompetentie, en motivatie bepaald om na te gaan of er sprake is van onderlinge afhankelijkheid. Daarna is de crosscorrelatie berekend tussen de variabelen om te bepalen of er sprake is van een significante samenhang en welke richting dit verband heeft.

Resultaten

Descriptieve resultaten. Deelonderzoek 1. De gemiddelde T-scores (normscores) op de CBCL en OBVL voor de totale groep binnen de veranderingsstudie (voor- en nameting) zijn weergegeven in tabel 1. Bij aanvang van PMTO (voormeting) laat 19.1 % van de kinderen externaliserende problemen onder subklinisch niveau zien, 16.0 % op subklinisch niveau en 64.9 % op klinisch niveau (zoals gerapporteerd door (pleeg)moeders op de CBCL). Tevens laat 42.6 % van de kinderen internaliserende problemen onder subklinisch niveau zien, 23.4 % op subklinisch niveau en 34.0 % op klinisch niveau. Verder laat 23.9 % van de

kinderen totale problemen onder subklinisch niveau zien, 19.2 % op subklinisch niveau en 56.9 % op klinisch niveau.

Voor wat betreft de ervaren opvoedingsbelasting door (pleeg)moeders rapporteert bij aanvang van PMTO (voormeting) 23.6 % van de (pleeg) moeders problemen in de opvoeder-kind relatie onder subklinisch niveau, 15.0 % op subklinisch niveau en 73.2 % op klinisch niveau. Tevens rapporteert 11 % van de (pleeg)moeders problemen met opvoeden onder subklinisch niveau, 15.8 % op subklinisch niveau en 73.2 % op klinisch niveau. Voor wat betreft depressieve stemming rapporteert 29.9 % van de (pleeg)moeders problemen onder subklinisch niveau, 24.4 % op subklinisch niveau en 45.7 % op klinisch niveau. Voor wat betreft rolbeperking rapporteert 51.2 % van de (pleeg)moeders problemen onder subklinisch niveau, 18.9 % op subklinisch niveau en 29.9 % op klinisch niveau. Voor wat betreft gezondheidsklachten rapporteert 50.4 % van de (pleeg)moeders problemen onder subklinisch niveau, 20.5 % op subklinisch niveau en 29.1 % op klinisch niveau. Tot slot rapporteert 18.9 % van de (pleegmoeders) een totale opvoedingsbelasting onder subklinisch niveau, 16.5 % op subklinisch niveau en 64.5 % op klinisch niveau.

Tabel 1

CBCL en OBVL T-scores voor de totale groep over de voor- en nameting

Vragenlijst	Schaal	n	VM		NM	
			M	SD	M	SD
CBCL	Internaliserend	188	59.85	9.89	54.87	11.10
	Externaliserend	188	66.89	8.27	59.81	9.98
	Totaal	188	65.22	8.72	58.70	10.93
OBVL	Problemen in de opvoeder-kind relatie	127	66.84	9.66	59.95	9.91
	Problemen met opvoeden	127	69.20	7.93	59.19	10.50
	Depressieve stemming	127	62.65	9.45	57.47	9.18
	Rolbeperking	127	57.65	10.14	55.17	9.92
	Gezondheidsklachten	127	60.28	8.89	56.19	8.79
	Totaal	127	66.56	8.09	57.83	11.23

Toetsingsresultaten. Deelonderzoek 1. Voor de veranderingsstudie zijn hieronder per onderzoeksvraag de resultaten weergegeven.

Wat is het effect van PMTO op het kindgedrag (verschil voor- en nameting)? Een gepaarde t-toets is uitgevoerd om het effect van de interventie op de door (pleeg)moeders gerapporteerde internaliserende, externaliserende en totale problemen van het kind op de CBCL te bepalen ($n = 188$). Er is sprake van een statistisch significante afname op de t-scores (normscores) van internaliserende problemen tussen de voormeting en nameting: $t(187) = 7.13, p < .0005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 4.96 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van 3.59 tot 6.34. De effectmaat wijst op een groot effect ($\eta^2 = .21$). Er is eveneens sprake van een statistisch significante afname op de t-scores van externaliserende problemen tussen de voormeting en nameting: $t(187) = 11.60, p < .0005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 7.09 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van 5.88 tot 8.29. De effectmaat wijst op een groot effect ($\eta^2 = .42$). Op de t-scores van totale problemen is ook sprake van een statistisch significante afname tussen de voormeting en nameting: $t(187) = 10.10, p < .0005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 6.52 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van 5.25 tot 7.80. De effectmaat wijst op een groot effect ($\eta^2 = .35$).

Wat is het effect van PMTO op de opvoedingsbelasting (verschil voor- en nameting)? Een gepaarde t-toets is uitgevoerd om het effect van de interventie op de door (pleeg)moeders gerapporteerde problemen in de opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking, gezondheidsklachten en totale problemen op de OBVL te bepalen ($n = 127$). Er is sprake van een statistisch significante afname op de t-scores (normscores) van problemen in de opvoeder-kind relatie tussen de voormeting en nameting: $t(126) = 8.11, p < .0005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 6.89 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van 5.21 tot 8.57. De effectmaat wijst op een groot effect ($\eta^2 = .34$). Er is eveneens sprake van een statistisch significante afname op de t-scores van problemen met opvoeden tussen de voormeting en nameting: $t(126) = 10.97, p < .0005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 10.01 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van 8.20 tot 11.81. De effectmaat wijst op een groot effect ($\eta^2 = .49$). Op de t-scores van depressieve stemming is ook sprake van een statistisch significante afname tussen de voormeting en nameting: $t(126) = 7.22, p < .0005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 5.17 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van 3.76 tot 6.59. De effectmaat wijst op een groot effect ($\eta^2 = .29$). Op de t-scores van rolbeperking is ook sprake van een statistisch significante afname tussen

de voormeting en nameting: $t(126) = 2.91, p < .005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 2.47 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van .79 tot 4.15. De effectmaat wijst op een middelgroot effect ($\eta^2 = .06$). Op de t-scores van gezondheidsklachten is eveneens sprake van een statistisch significante afname tussen de voormeting en nameting: $t(126) = 5.57, p < .0005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 4.09 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van 2.62 tot 5.57. De effectmaat wijst op een groot effect ($\eta^2 = .19$). Tot slot is op de t-scores van totale problemen ook sprake van een statistisch significante afname tussen de voormeting en nameting: $t(126) = 9.89, p < .0005$ (tweezijdig). De gemiddelde afname in t-scores op deze schaal was 8.73 met een 95 % betrouwbaarheidsinterval van 6.99 tot 10.48. De effectmaat wijst op een groot effect ($\eta^2 = .44$).

Is er verschil in het effect van PMTO op het kindgedrag tussen een- en tweoudergezinnen? Een Mixed Between-Within Subjects ANOVA is uitgevoerd om het effect van verschillende gezinstypen (een- of tweoudergezin) te bepalen op de door (pleeg)moeders gerapporteerde internaliserende, externaliserende en totale problemen van het kind op de CBCL over de verandering tussen de voor- en nameting. De groep eenoudergezinnen bestond uit 38 gezinnen ($n = 38$), de groep tweoudergezinnen uit 110 gezinnen ($n = 110$). Van de overige gezinnen ($n = 75$) is onbekend om welk type gezin het gaat of is geen CBCL beschikbaar. Voor de internaliserende schaal is er geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = .99, $F(1, 146) = 1.46, p = .23$, gedeeltelijke $\eta^2 = .01$. Er was wel een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .81, $F(1, 146) = 34.49, p < .0005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .19$, waarbij beide groepen een afname van internaliserende problemen laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 2). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken is niet significant, $F(1, 146) = .24, p = .63$, gedeeltelijke $\eta^2 = .002$, wat suggereert dat er geen verschil in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft internaliserende problemen tussen een- en tweoudergezinnen. Voor de externaliserende schaal is er ook geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = .99, $F(1, 146) = .97, p = .33$, gedeeltelijke $\eta^2 = .01$. Er was wederom wel een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .64, $F(1, 146) = 81.72, p < .0005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .36$, waarbij beide groepen een afname van externaliserende problemen laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 2). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken is eveneens niet significant, $F(1, 146) = .08, p = .78$, gedeeltelijke $\eta^2 = .001$, wat suggereert dat er geen verschil in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft externaliserende problemen tussen een- en tweoudergezinnen.

Ook voor de totale schaal is er geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = .995, $F(1, 146) = .75$, $p = .39$, gedeeltelijke $\eta^2 = .005$. Er was wederom wel een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .69, $F(1, 146) = 66.57$, $p < .0005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .31$, waarbij beide groepen een afname van totale problemen laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 2). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken was niet significant, $F(1, 146) = .005$, $p = .83$, gedeeltelijke $\eta^2 = .000$, wat suggereert dat er geen verschil in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft totale problemen tussen een- en tweoudergezinnen.

Tabel 2

CBCL T-scores voor de een- en tweoudergezinnen over de voor- en nameting

Schaal	Tijdsperiode	Eenoudergezinnen			Tweoudergezinnen		
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Internaliserend	Voormeting	38	59.08	9.72	110	60.98	9.13
	Nameting	38	54.92	9.22	110	54.67	11.67
Externaliserend	Voormeting	38	66.66	7.22	110	66.98	8.27
	Nameting	38	60.42	9.16	110	59.22	10.42
Totaal	Voormeting	38	65.39	7.61	110	65.75	8.40
	Nameting	38	59.42	9.21	110	58.36	11.29

Is er verschil in het effect van PMTO op de opvoedingsbelasting tussen een- en tweoudergezinnen? Een Mixed Between-Within Subjects ANOVA is uitgevoerd om het effect van verschillende gezinstypen (een- of tweoudergezin) te bepalen op de door (pleeg)moeders gerapporteerde problemen in de opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking, gezondheidsklachten en totale problemen van het kind op de OBVL over de verandering tussen de voor- en nameting. De groep eenoudergezinnen bestond uit 26 gezinnen ($n = 26$), de groep tweoudergezinnen uit 71 gezinnen ($n = 71$). Van de overige gezinnen ($n = 126$) is onbekend om welk type gezin het gaat of is geen OBVL beschikbaar. Voor de schaal problemen in de opvoeder-kind relatie is er geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = .99, $F(1, 95) = .41$, $p = .52$, gedeeltelijke $\eta^2 = .004$. Er was wel een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .72, $F(1, 95) = 37.82$, $p < .0005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .29$, waarbij beide groepen een grote afname van problemen in de opvoeder-kind relatie laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 3). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken is niet significant, $F(1, 95) = .50$, $p = .48$, gedeeltelijke $\eta^2 = .005$, wat suggereert dat er geen verschil

in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft problemen in de opvoeder-kindrelatie tussen een- en tweoudergezinnen. Ook voor de schaal problemen met opvoeden is er geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = .99, $F(1, 95) = .19$, $p = .67$, gedeeltelijke $\eta^2 = .002$. Er was wederom wel een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .52, $F(1, 95) = 86.38$, $p < .0005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .48$, waarbij beide groepen een grote afname van problemen in de opvoeder-kind relatie laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 3). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken is ook hier niet significant, $F(1, 95) = .001$, $p = .98$, gedeeltelijke $\eta^2 = .000$, wat suggereert dat er geen verschil in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft problemen met opvoeden tussen een- en tweoudergezinnen. Voor de schaal depressieve stemming is er eveneens geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = .99, $F(1, 95) = 1.11$, $p = .30$, gedeeltelijke $\eta^2 = .012$. Ook nu was er wel een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .75, $F(1, 95) = 31.90$, $p < .0005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .25$, waarbij beide groepen een grote afname van depressieve stemming laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 3). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken is wederom niet significant, $F(1, 95) = .74$, $p = .39$, gedeeltelijke $\eta^2 = .008$, wat suggereert dat er geen verschil in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft depressieve stemming tussen een- en tweoudergezinnen. Voor de schaal rolbeperking is er ook geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = 1.00, $F(1, 95) = .05$, $p = .83$, gedeeltelijke $\eta^2 = .000$. Er was wel een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .92, $F(1, 95) = 8.69$, $p < .005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .08$, waarbij beide groepen een matige afname van rolbeperking laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 3). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken is significant, $F(1, 95) = 12.15$, $p < .005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .11$, wat suggereert dat er een matig verschil in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft rolbeperking tussen beide groepen, waarbij de afname van rolbeperking bij tweoudergezinnen groter is dan bij eenoudergezinnen. Voor de schaal gezondheidsklachten is er geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = .98, $F(1, 95) = 1.79$, $p = .18$, gedeeltelijke $\eta^2 = .02$. Er was ook hier wel een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .87, $F(1, 95) = 14.11$, $p < .0005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .13$, waarbij beide groepen een matige afname van gezondheidsklachten laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 3). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken is wederom significant, $F(1, 95) = 11.10$, $p < .005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .11$, wat suggereert dat er een matig verschil in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft gezondheidsklachten tussen beide groepen, waarbij de afname van gezondheidsklachten bij tweoudergezinnen groter is dan bij

eenoudergezinnen. Tot slot is er voor de totale schaal geen significant interactie effect tussen gezinstype en tijd, Wilks' Lambda = .99, $F(1, 95) = 1.08$, $p = .30$, gedeeltelijke $\eta^2 = .01$. Er was wel weer een effect voor tijd, Wilks' Lambda = .61, $F(1, 95) = 60.10$, $p < .0005$, gedeeltelijke $\eta^2 = .39$, waarbij beide groepen een grote afname van gezondheidsklachten laten zien over de twee tijdsperiodes (zie tabel 3). Het hoofdeffect waarin een- en tweoudergezinnen met elkaar worden vergeleken is eveneens weer significant, $F(1, 95) = 4.00$, $p < .05$, gedeeltelijke $\eta^2 = .04$, wat suggereert dat er een klein verschil in effectiviteit van PMTO is voor wat betreft totale opvoedingsbelasting tussen beide groepen, waarbij de afname van opvoedingsbelasting bij tweoudergezinnen groter is dan bij eenoudergezinnen.

Tabel 3

OBVL T-scores voor de een- en tweoudergezinnen over de voor- en nameting

Schaal	Tijdsperiode	Eenoudergezinnen			Tweoudergezinnen		
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Problemen OKR	Voormeting	26	65.85	10.10	71	67.92	8.99
	Nameting	26	59.73	10.57	71	60.38	9.85
Problemen in opvoeding	Voormeting	26	69.50	8.50	71	69.94	7.12
	Nameting	26	59.42	11.91	71	58.89	10.52
Depressieve stemming	Voormeting	26	63.50	9.32	71	62.80	9.67
	Nameting	26	59.31	11.25	71	56.69	8.11
Rolbeperking	Voormeting	26	61.96	11.20	71	55.24	9.18
	Nameting	26	58.54	9.22	71	52.28	8.95
Gezondheidsklachten	Voormeting	26	63.04	9.50	71	58.73	8.20
	Nameting	26	60.85	9.43	71	54.11	7.29
Totaal	Voormeting	26	68.62	8.08	71	65.93	7.98
	Nameting	26	61.12	11.56	71	56.11	10.98

Samenvattend komt in de resultaten eenzelfde beeld naar voren voor zowel de opvoedingsbelasting (OBVL) als het probleemgedrag van het kind (CBCL), bij zowel de een- als tweoudergezinnen (ondanks dat de groep eenoudergezinnen uit een kleiner aantal bestond en er minder OBVL dan CBCL rapportages beschikbaar waren). Allen laten een grote daling zien in gerapporteerd probleemgedrag en opvoedingsbelasting tussen de voor- en nameting, waarbij de tweoudergezinnen een iets grotere daling laten zien voor wat betreft de ervaren opvoedingsbelasting dan eenoudergezinnen.

Deelonderzoek 2. Voor de casestudie zijn hieronder per case en per onderzoeksvraag / hypothese de resultaten weergegeven. Eerst zullen per case de autocorrelaties weergegeven worden, vervolgens per hypothese de crosscorrelaties.

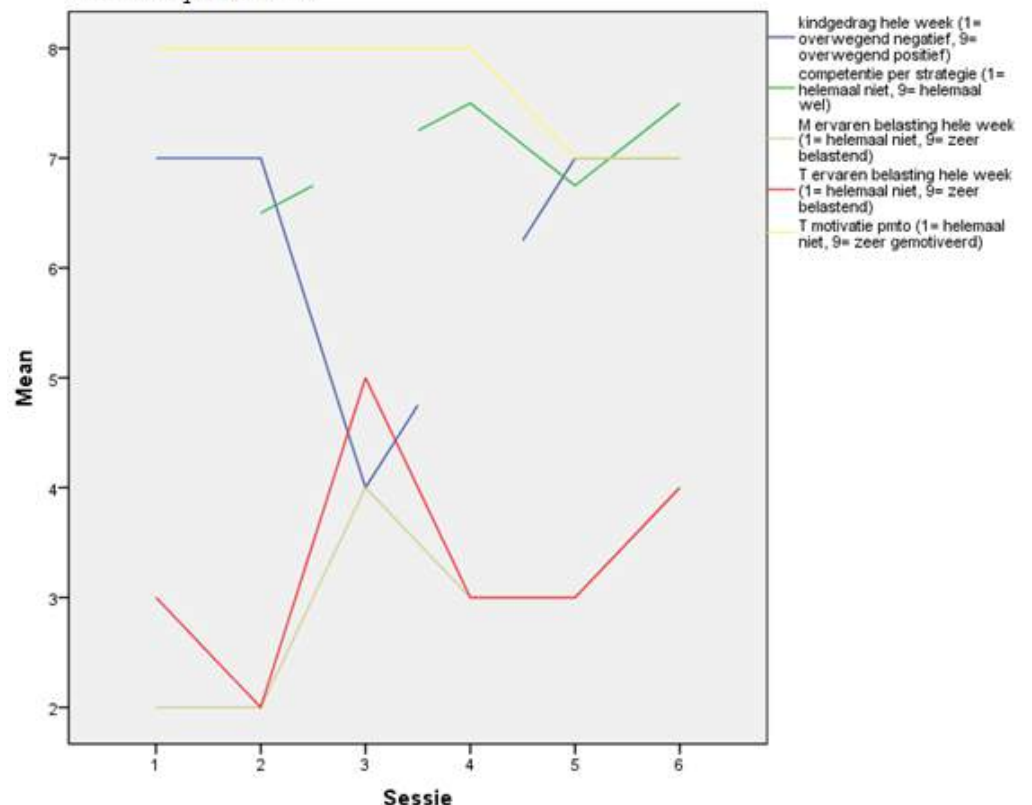
Gezin 1. In welke volgorde vinden de effecten plaats en wat is de rol van motivatie van ouders gedurende het PMTO traject? Middels een eerste visuele inspectie (zie figuur 1) wordt zichtbaar dat moeder bij aanvang van het PMTO traject (7 maart 2014) zeer gemotiveerd is, zij het kindgedrag positief beoordeeld en zij enige opvoedingsbelasting ervaart. Bij de 2^e sessie blijft dit beeld bestaan en acht zij zichzelf tevens redelijk competent voor wat betreft haar opvoedingsvaardigheden. Bij de 3^e sessie wordt zichtbaar dat moeder nog steeds zeer gemotiveerd is, zij het kindgedrag negatief beoordeeld, en dat zij meer belasting ervaart dan eerder. Bij de 4^e sessie wordt zichtbaar dat moeder nog steeds zeer gemotiveerd is, ze iets minder belasting ervaart dan de voorgaande sessie en zij zichzelf competentier acht voor wat betreft opvoedingsvaardigheden dan voorgaande sessies. Bij de 5^e sessie wordt zichtbaar dat de motivatie van moeder iets afneemt, zij het kindgedrag weer positief beoordeeld, zij nog steeds enige belasting ervaart en zichzelf iets minder competent acht dan de voorgaande sessie. Bij de 6^e sessie wordt zichtbaar dat de iets afgenomen motivatie van moeder gelijk blijft, zij wederom het kindgedrag positief beoordeeld, zij meer opvoedingsbelasting ervaart dan de vorige sessie en zichzelf ook competentier acht dan de vorige sessie.

Gedurende alle sessies komen de visie van moeder en de therapeut voor wat betreft de opvoedingsbelasting van moeder behoorlijk overeen.

De resultaten op de vragenlijst door therapeut lijken goed geïnterpreteerd te kunnen worden. Er zijn op de vragen gericht op het in kaart brengen

Figuur 1

Visuele inspectie N=1



van de contextfactoren om de resultaten in perspectief te kunnen plaatsen geen bijzonderheden gerapporteerd en de PMTO sessies zijn volgens protocol uitgevoerd.

Autocorrelaties. De opvoedingsbelasting vertoont geen onderlinge afhankelijkheid ($AC = .00$, $Z = .00$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 3 / tabel 4). Het kindgedrag vertoont eveneens geen onderlinge afhankelijkheid ($AC = -.10$, $Z = -.22$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 4 / tabel 5). Ook vertoont de opvoedingscompetentie geen onderlinge afhankelijkheid ($AC = -.34$, $Z = -.68$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 5 / tabel 6). Tot slot vertoont de motivatie van moeder geen onderlinge afhankelijkheid ($AC = .42$, $Z = 1.02$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 6 / tabel 7). Dit betekent dat er geen sprake is van een wekelijks terugkerend patroon van (de inschatting van moeder v.w.b.) het kindgedrag, de opvoedingsbelasting en -competentie en (de inschatting van de therapeut v.w.b.) de motivatie van moeder.

Hypothese 1: positiever kindgedrag hangt samen met een lagere door moeder ervaren opvoedingsbelasting gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 1) wordt zichtbaar dat de door moeder ervaren opvoedingsbelasting zowel bij positief als negatief kindgedrag vrijwel gelijk is. Dit biedt weinig ondersteuning voor de hypothese positiever kindgedrag samenhangt met een lagere opvoedingsbelasting. Er is geen significante samenhang tussen de opvoedingsbelasting en het kindgedrag ($CC = -.56$, $Z = -1.25$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 7 / tabel 8). Dit betekent dat het kindgedrag niet samenhangt met de door moeder ervaren opvoedingsbelasting en dat de opvoedingsbelasting van moeder niet samenhangt met het kindgedrag.

Hypothese 2: een hogere opvoedingscompetentie van moeder hangt samen met een lagere door moeder ervaren opvoedingsbelasting gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 1) wordt zichtbaar dat moeder bij het ervaren van een hogere opvoedingsbelasting, zichzelf competentier lijkt te beoordelen voor wat betreft haar opvoedingsvaardigheden. Dit biedt weinig ondersteuning voor de hypothese dat een hogere opvoedingscompetentie samenhangt met een lagere opvoedingsbelasting. Er is geen significante samenhang tussen de opvoedingsbelasting en opvoedingscompetentie ($CC = .79$, $Z = 1.58$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 8 / tabel 9). Dit betekent dat de opvoedingscompetentie van moeder niet samenhangt met de door haar ervaren opvoedingsbelasting en dat haar opvoedingsbelasting niet samenhangt met haar opvoedingscompetentie.

Hypothese 3: een hogere motivatie van moeder hangt samen met positiever kindgedrag gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 1) wordt zichtbaar dat moeder zowel bij positief als negatief kindgedrag hoge motivatie toont om te werken met PMTO. Dit biedt weinig ondersteuning voor de hypothese dat een hogere

motivatie om te werken met PMTO samenhangt met positiever kindgedrag. Er is geen significante samenhang tussen de motivatie en het kindgedrag ($CC = -.41, Z = -.92, p > .05$; zie bijlagen, figuur 9 / tabel 10). Dit betekent dat de motivatie van moeder om te werken met PMTO niet samenhangt met het kindgedrag en dat het kindgedrag niet samenhangt met deze motivatie van moeder.

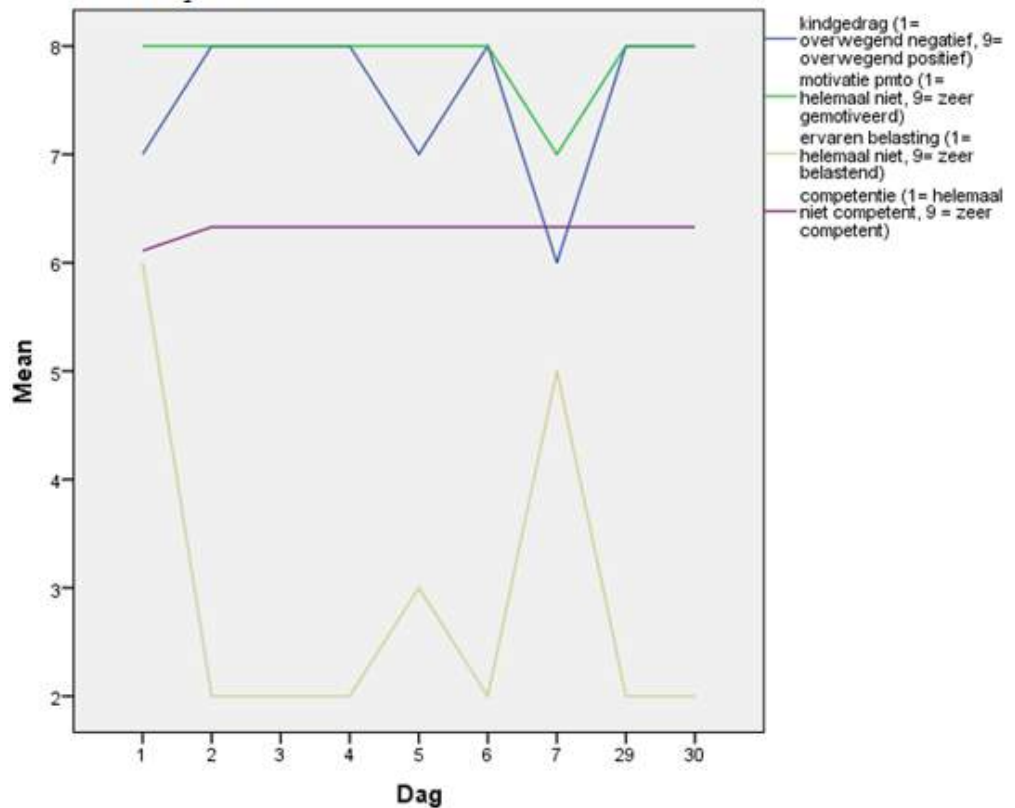
Hypothese 4: een hogere motivatie van moeder hangt samen met een hogere opvoedingscompetentie gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 1) wordt zichtbaar dat moeder bij een veranderende motivatie, haar opvoedingscompetentie hetzelfde beoordeeld. Dit biedt weinig ondersteuning voor de hypothese dat een hogere motivatie samenhangt met een hogere opvoedingscompetentie. Er is geen significante samenhang tussen de motivatie en opvoedingscompetentie ($CC = -.14, Z = -.28, p > .05$; zie bijlagen, figuur 10 / tabel 11). Dit betekent dat de motivatie van moeder niet samenhangt met haar opvoedingscompetentie en dat de opvoedingscompetentie van moeder samenhangt met haar motivatie.

Hypothese 5: een hogere motivatie van moeder hangt samen met een lagere door moeder ervaren opvoedingsbelasting gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 1) wordt zichtbaar dat moeder bij een veranderende motivatie, evenveel opvoedingsbelasting ervaart. Dit biedt weinig ondersteuning voor de hypothese dat een hogere motivatie samenhangt met een lagere opvoedingsbelasting. Er is geen significante samenhang tussen de motivatie en opvoedingsbelasting ($CC = -.43, Z = -1.05, p > .05$; zie bijlage, figuur 11 / tabel 12). Dit betekent dat de motivatie van moeder niet samenhangt met de door haar ervaren opvoedingsbelasting en dat deze opvoedingsbelasting niet samenhangt met haar motivatie.

Gezin 2. *In welke volgorde vinden de effecten plaats en wat is de rol van motivatie van ouders gedurende het PMTO traject?* Middels een eerste visuele inspectie (zie figuur 2) wordt zichtbaar dat moeder zichzelf de 1^e dag (11 april 2014) redelijk competent acht voor wat betreft haar opvoedingsvaardigheden, aanzienlijke opvoedingsbelasting ervaart, zeer gemotiveerd is om met PMTO te werken en het kindgedrag redelijk positief beoordeeld. Bij de 2^e dag wordt zichtbaar dat moeder zich nog vrijwel even competent acht voor wat betreft haar opvoedingsvaardigheden, zij aanzienlijk minder opvoedingsbelasting ervaart, nog steeds zeer gemotiveerd is en het kindgedrag wat positiever beoordeeld. Bij de 3^e en 4^e dag blijft hetzelfde beeld bestaan. Bij de 5^e dag blijft de motivatie en competentie van moeder gelijk, maar wordt zichtbaar dat moeder het kindgedrag weer wat minder positief beoordeeld en de ervaren belasting wat toeneemt. Bij de 6^e dag wordt hetzelfde beeld als bij de 2^e, 3^e en 4^e dag

Figuur 2

Visuele inspectie N=2



zichtbaar. Bij de 7^e dag blijft de competentie van moeder gelijk, maar wordt zichtbaar dat het kindgedrag minder positief beoordeeld wordt, de motivatie iets afneemt en de belasting aanzienlijk toeneemt. Bij dag 29 en 30 wordt wederom hetzelfde beeld als bij dag 2, 3, 4 en 6 zichtbaar.

De resultaten op de dagboekmetingen lijken goed geïnterpreteerd te kunnen worden. Op de

vraag gericht op het in kaart brengen van contextfactoren om de resultaten in perspectief te kunnen plaatsen is gerapporteerd dat alle dagen grotendeels zoals ‘gewone’ dagen zijn verlopen (gemiddelde score van 7.6 op 9-punts Likert schaal; 1 = een dag helemaal niet zoals andere dagen, 9 = een dag helemaal wel zoals andere dagen).

Autocorrelaties. Het kindgedrag vertoont geen onderlinge afhankelijkheid ($AC = -.32$, $Z = -1.11$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 12 / tabel 13). De opvoedingscompetentie vertoont eveneens geen onderlinge afhankelijkheid ($AC = -.01$, $Z = -.04$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 13 / tabel 14). Ook de opvoedingsbelasting vertoont geen onderlinge afhankelijkheid ($AC = -.33$, $Z = -1.15$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 14 / tabel 15). Tot slot vertoont de motivatie van moeder geen onderlinge afhankelijkheid ($AC = .34$, $Z = 1.18$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 15 / tabel 16). Dit betekent dat er geen sprake is van een dagelijks of wekelijks terugkerend patroon van (de inschatting van moeder v.w.b.) het kindgedrag, de opvoedingsbelasting, -competentie en de motivatie van moeder.

Hypothese 1: positiever kindgedrag hangt samen met een hogere opvoedingscompetentie van moeder gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 2) wordt zichtbaar dat moeder zichzelf zowel bij positief als minder positief kindgedrag redelijk competent acht voor wat betreft haar opvoedingsvaardigheden. Dit biedt weinig ondersteuning voor de hypothese dat positiever kindgedrag samenhangt met

een hogere opvoedingscompetentie. Er is geen significante samenhang tussen het kindgedrag en de opvoedingscompetentie ($CC = .29, Z = .86, p > .05$; zie bijlagen, figuur 16 / tabel 17). Dit betekent dat het kindgedrag niet samenhangt met de opvoedingscompetentie van moeder en dat de opvoedingscompetentie van moeder niet samenhangt met het kindgedrag.

Hypothese 2: positiever kindgedrag hangt samen met een lagere door moeder ervaren opvoedingsbelasting. Middels een visuele inspectie (zie figuur 2) wordt zichtbaar dat moeder bij positief kindgedrag minder opvoedingsbelasting ervaart dan bij minder positief kindgedrag. Dit biedt ondersteuning voor de hypothese dat positiever kindgedrag samenhangt met een lagere opvoedingsbelasting. Er is sprake van een significante samenhang tussen het kindgedrag en de opvoedingsbelasting ($CC = -.89, Z = -3.09, p < .05$; zie bijlagen, figuur 17 / tabel 18). Er is sprake van een negatief verband, wat betekent dat positiever kindgedrag samenhangt met het ervaren van minder opvoedingsbelasting door moeder en dat het ervaren van meer opvoedingsbelasting door moeder samenhangt met een minder positief kindgedrag.

Hypothese 3: een hogere opvoedingscompetentie van moeder hangt samen met een lagere door moeder ervaren opvoedingsbelasting gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 2) wordt zichtbaar dat moeder bij het ervaren van meer opvoedingsbelasting, haar opvoedingscompetentie lager lijkt te beoordelen dan bij het ervaren van minder opvoedingsbelasting. Dit biedt ondersteuning voor de hypothese dat een hogere opvoedingscompetentie samenhangt met een lagere opvoedingsbelasting. Er is sprake van een significante samenhang tussen de opvoedingscompetentie en -belasting ($CC = -.76, Z = -2.28, p < .05$; zie bijlagen, figuur 18 / tabel 19). Er is sprake van een negatief verband wat betekent dat een hogere opvoedingscompetentie samenhangt met het ervaren van minder opvoedingsbelasting door moeder en dat een lagere opvoedingscompetentie samenhangt met het ervaren van meer opvoedingsbelasting door moeder.

Hypothese 4: een hogere motivatie van moeder hangt samen met positiever kindgedrag gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 2) wordt zichtbaar dat moeder iets minder motivatie om te werken met PMTO toont bij minder positief kindgedrag dan wanneer dit kindgedrag positiever is. Dit biedt enige ondersteuning voor de hypothese dat een hogere motivatie van moeder samenhangt met positiever kindgedrag. Er is geen significante samenhang tussen de motivatie en het kindgedrag ($CC = .11, Z = .38, p > .05$; zie bijlagen, figuur 19 / tabel 20). Dit betekent dat de motivatie van moeder niet samenhangt met het kindgedrag en dat het kindgedrag niet samenhangt met de motivatie van moeder.

Hypothese 5: een hogere motivatie van moeder hangt samen met een hogere opvoedingscompetentie gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie (zie figuur 2) wordt zichtbaar dat moeder zichzelf even competent acht bij zowel een hoge als een iets minder hoge motivatie om te werken met PMTO. Dit biedt weinig ondersteuning voor de hypothese dat een hogere motivatie samenhangt met een hogere opvoedingscompetentie. Er is geen significante samenhang tussen de motivatie en opvoedingscompetentie ($CC = -.13$, $Z = -.38$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 20 / tabel 21). Dit betekent dat de motivatie van moeder niet beïnvloed is door haar opvoedingscompetentie en dat haar opvoedingscompetentie niet beïnvloed is door de motivatie van moeder.

Hypothese 6: een hogere motivatie van moeder hangt samen met een lagere door haar ervaren opvoedingsbelasting gedurende het PMTO traject. Middels een visuele inspectie wordt zichtbaar dat moeder de ene keer iets minder motivatie om te werken met PMTO toont wanneer zij meer opvoedingsbelasting ervaart, en de andere keer meer motivatie toont wanneer zij meer opvoedingsbelasting ervaart. Dit biedt weinig ondersteuning voor de hypothese dat een hogere motivatie samenhangt met een lagere opvoedingsbelasting. Er is geen significante samenhang tussen de motivatie en de opvoedingsbelasting ($CC = .01$, $Z = .02$, $p > .05$; zie bijlagen, figuur 21 / tabel 22). Dit betekent dat de motivatie van moeder niet beïnvloed is door haar opvoedingsbelasting en deze opvoedingsbelasting niet beïnvloed is door de motivatie van moeder.

Conclusie en discussie

In deze studie werd onderzocht wat het effect is van PMTO op het probleemgedrag van kinderen en de opvoedingsbelasting en –competentie van hun ouders. Ook werd onderzocht of er een verschil bestaat in effectiviteit van PMTO tussen een- en tweeoudergezinnen voor wat betreft opvoedingsbelasting en kindgedrag. Verder werd onderzocht welke verbanden er tussen de constructen opvoedingsbelasting, -competentie, kindgedrag en motivatie van ouders bestaan gedurende het PMTO traject. Tot slot werd onderzocht in welke volgorde de effecten plaatsvinden en wat de rol is van motivatie van ouders om te werken met in PMTO geoefende opvoedingsstrategieën gedurende het traject.

In de veranderingsstudie werd gevonden dat (pleeg)moeders na de interventie significant lagere internaliserende, externaliserende en totale problemen rapporteerden op de CBCL. Ook rapporteerden zij een significant lagere opvoedingsbelasting op alle schalen van de OBVL. Er werd geen verschil in effectiviteit van PMTO gevonden tussen een- en tweeoudergezinnen op het probleemgedrag van het kind. Voor de schalen rolbeperking, gezondheidsklachten en de totale (opvoedingsbelasting)schaal van de OBVL, werd een

significant groter effect gevonden voor tweeoudergezinnen dan voor eenoudergezinnen. Tweeoudergezinnen laten een grotere afname zien na de interventie op gerapporteerde rolbeperking, gezondheidsklachten en totale opvoedingsbelasting dan eenoudergezinnen. Voor de overige schalen van de OBVL werd geen verschil in effectiviteit gevonden tussen een- en tweeoudergezinnen.

In de casestudie ($N = 2$) werd gevonden dat er een negatief verband bestaat tussen kindgedrag en de door moeder ervaren opvoedingsbelasting (zoals gerapporteerd in het dagboek). Dit betekent dat positiever kindgedrag samenhangt met het ervaren van minder opvoedingsbelasting door moeder en dat het ervaren van meer opvoedingsbelasting door moeder samenhangt met negatiever kindgedrag. Ook werd gevonden dat er een negatief verband bestaat tussen de opvoedingscompetentie van moeder en de door moeder ervaren opvoedingsbelasting (zoals gerapporteerd in het dagboek). Dit betekent dat een hogere opvoedingscompetentie samenhangt met het ervaren van minder opvoedingsbelasting door moeder en dat een lagere opvoedingscompetentie samenhangt met het ervaren van meer opvoedingsbelasting door moeder. Voor de andere hypothesen over samenhang tussen de constructen kindgedrag en opvoedingscompetentie, motivatie en kindgedrag, motivatie en opvoedingsbelasting en motivatie en opvoedingscompetentie werd in beide cases geen bewijs gevonden. Op de onderzoeksvraag betreffende de volgorde van effecten en de rol van motivatie van ouders om met PMTO te werken gedurende het PMTO traject kon, naast de beschrijving in de visuele inspectie, geen eenduidig antwoord gegeven worden vanwege het beperkte aantal metingen.

De bevinding in de veranderingsstudie dat PMTO leidt tot een afname van door (pleeg)moeders gerapporteerde (externaliserende) gedragsproblemen van het kind, sluit aan bij eerdere onderzoeksbevindingen van Ogden en Amlund Hagen (2008) en Forgatch en DeGarmo (2002). In deze onderzoeken is aangetoond dat PMTO leidt tot een significante afname van probleemgedrag bij kinderen. De bevinding dat PMTO leidt tot een afname van door (pleeg)moeders gerapporteerde opvoedingsbelasting lijkt eveneens aan te sluiten bij eerder onderzoek. Onderzoek van Van Boeldt et al. (2012) en Van Brussel et al. (2009) heeft aangetoond dat een verhoging van opvoedingscompetentie (wat zoals verondersteld gebeurt tijdens PMTO) leidt tot een afname van opvoedingsbelasting bij ouders. Een beperking van dit onderzoek is echter dat de opvoedingscompetentie in de veranderingsstudie niet gemeten is. De veronderstelling dat deze toeneemt gedurende de PMTO interventie is daarmee niet getoetst. In onderzoek van Ogden en Amlund Hagen (2008) is echter aangetoond dat PMTO leidt tot een toename van opvoedingscompetentie. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is

dat de opvoedingscompetentie gemeten wordt voor, na en gedurende het PMTO traject middels een observatietaak en vragenlijst.

Hoewel de bevindingen in dit onderzoek dat PMTO effectief is voor wat betreft het doen afnemen van (externaliserend) probleemgedrag en de opvoedingsbelasting aansluiten bij eerder onderzoek, moet hierbij wel een kritische noot geplaatst worden. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is namelijk het gebrek aan een controlegroep. Het ontbreken hiervan beperkt de zekerheid waarmee bepaald kan worden dat de verandering het gevolg is van de interventie, in plaats van andere factoren. Echter, uit onderzoek van Forgatch, Patterson en DeGarmo (2005) is gebleken dat PMTO effectiever is wanneer het (zoals bedoeld) volgens de richtlijnen wordt uitgevoerd en waarborgt het strenge kwaliteitsbewakingssysteem dat PMTO ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Hiermee wordt zekerheid verworven over dat bereikte resultaten het gevolg zijn van de interventie (Forgatch et al., 2005). Binnen het kwaliteitsbewakingssysteem wordt gebruik gemaakt van het Fidelity of Implementation system (FIMP). Hierin wordt onder andere met opnames (van elke sessie) en supervisie bewaakt dat therapeuten PMTO uitvoeren zoals bedoeld (Thijssen & De Ruiters, 2010). In onderzoek van Forgatch et al. (2005) werd een sterke positieve correlatie gevonden tussen de behandeluitkomst en de FIMP scores van de therapeut. Ook draagt de verplichte jaarlijkse hercertificering van PMTO therapeuten (nadat zij na de intensieve PMTO opleiding hun licentie hebben ontvangen) bij aan de kwaliteit en behandelintegriteit van PMTO.

De bevinding dat PMTO voor wat betreft de OBVL schalen rolbeperking, gezondheidsklachten en de totale (opvoedingsbelasting)schaal effectiever is voor tweeoudergezinnen dan voor eenoudergezinnen, sluit aan bij de verwachting vanuit de literatuur. Tweeoudergezinnen hebben meer steun van hun partner, reflectie met hun partner en oefentijd met hun kind dan eenoudergezinnen, wat de opvoedingsbelasting voor moeders uit tweeoudergezinnen ten goede lijkt te komen (Copeland & Harbaugh, 2005). Dat de effecten op de overige schalen van de OBVL niet significant groter waren voor tweeoudergezinnen dan voor eenoudergezinnen kan mogelijk verklaard worden door de beperkte grootte van de (eenoudergezinnen) onderzoeksgroep. De groep eenoudergezinnen omvatte slechts 42 gezinnen, omdat bij een deel van de onderzoeksgroep niet vastgesteld kon worden om welk type gezin het ging. Een beperking van dit onderzoek is dan ook dat niet van alle gezinnen de benodigde gegevens bekend waren. Mogelijk wordt er, wanneer alle gegevens wel bekend zouden zijn, een ander patroon van resultaten gevonden. Op basis van

de literatuur is de verwachting dat er dan grotere effectiviteitsverschillen tussen een- en tweeoudergezinnen gevonden zouden worden in het voordeel van tweeoudergezinnen.

Opvallend is de bevinding dat er wel verschil in effectiviteit is gevonden op opvoedingsbelasting tussen een- en tweeoudergezinnen, maar niet op kindgedrag. Wat hier een mogelijke verklaring voor is, is dat bij eenoudergezinnen specifiek probleemgedrag tot meer opvoedingsbelasting leidt dan bij tweeoudergezinnen (o.a. door het ontbreken van steun van een partner). Dit zou betekenen dat eenoudergezinnen in vergelijking met tweeoudergezinnen een grotere daling in probleemgedrag van hun kind nodig hebben om minder opvoedingsbelasting te ervaren.

De bevinding in de casestudie dat er gedurende het PMTO traject een samenhang bestaat tussen het kindgedrag en de opvoedingsbelasting en tussen de opvoedingsbelasting en de opvoedingscompetentie sluit aan bij eerder onderzoek. Onderzoek van Buodo et al. (2013) en Morgan et al. (2002) heeft aangetoond dat er een positieve relatie bestaat tussen probleemgedrag van het kind en opvoedingsbelasting ervaren door ouders. Onderzoek van Van Brussel et al. (2009) en Morgan et al. (2002) heeft daarnaast aangetoond dat er een negatieve relatie bestaat tussen opvoedingsbelasting en –competentie. Echter, een beperking is dat de metingen slechts tijdens een deel van het gehele PMTO traject zijn verricht. Om te bepalen of de gevonden verbanden ook bestaan over het hele PMTO traject, is vervolgonderzoek noodzakelijk waarin metingen worden verricht gedurende dit hele traject.

De resultaten van de casestudie, dat er geen samenhang bestaat tussen de het kindgedrag en opvoedingscompetentie en de motivatie van ouders en het kindgedrag, de opvoedingsbelasting en –competentie, sluiten niet aan bij de verwachtingen vanuit de literatuur. Zeer waarschijnlijk kan dit verklaard worden door de beperkte uitvoering van de casestudie. Er is slechts onderzoek gedaan met twee gezinnen. Beide gezinnen hebben niet aan alle metingen deelgenomen, niet compleet gerapporteerd en hadden bij afronding van dit onderzoek het PMTO traject nog niet afgesloten. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is dat voor een gedegen casestudie voldoende tijd beschikbaar moet zijn en bij voorkeur ook middelen om gezinnen te kunnen motiveren om het intensieve onderzoek vol te houden (o.a. een beloning, herinneringsmogelijkheden voor het invullen van het dagboek en een kennismakingsgesprek met het gezin). Een casestudie kan dan waardevolle inzichten geven en kan bijvoorbeeld de kern vormen van een wetenschappelijke ontwikkeling via generalisatie of als aanvullende of alternatieve methode (zoals getracht is in dit onderzoek; Flyvbjerg, 2006).

Een andere beperking van dit onderzoek is dat de vragenlijst door therapeut in de casestudie tijdens de PMTO sessies afgenomen is. Hoewel dit bijdraagt aan een lagere

belasting van ouders door het onderzoek, is dit mogelijk wel van invloed geweest op de wijze waarop PMTO uitgevoerd is. Omdat de voor dit onderzoek gestelde vragen met grote waarschijnlijkheid ook onderwerp van gesprek zouden zijn in een reguliere PMTO sessie, lijkt de invloed van de vragenlijst door therapeut op de resultaten beperkt en lijken de resultaten wel degelijk goed geïnterpreteerd te kunnen worden. Binnen reguliere PMTO sessies wordt namelijk veel aandacht besteed aan het 'op maat maken' van de interventie voor het gezin (Van Amerongen, 2009). Hiervoor is het noodzakelijk dat het kindgedrag, de opvoedingscompetentie, -belasting en ook de contextfactoren en motivatie van ouders goed in kaart worden gebracht. Door middel van de vragenlijst door therapeut is dit op een meer gestandaardiseerde wijze gedaan dan in een reguliere PMTO sessie, maar om de invloed door de vragenlijst door therapeut volledig uit te sluiten en toch de metingen te behouden, is een aanbeveling voor vervolgonderzoek om gezinnen voorafgaand aan de sessie de vragenlijst te laten invullen, waarna de therapeut na afloop van de sessie zijn/haar visie rapporteert.

Verder lijkt een laatste beperking van het onderzoek dat alleen rapportages van (pleeg)moeders gebruikt zijn. Dit geeft mogelijk een eenzijdig beeld van de werkelijkheid. Echter, onderzoek van Bertling (2013) heeft niet alleen aangetoond dat moeders voor aanvang van de (PMTO) interventie meer problemen rapporteren dan vaders, maar ook dat dit gedurende het PMTO proces normaliseert. De beoordeling van effecten over het gehele PMTO proces zal daarmee niet verschillen tussen moeders en vaders.

De bevinding in dit onderzoek, dat PMTO inderdaad effectiever is het verminderen van opvoedingsbelasting voor tweeoudergezinnen dan voor eenoudergezinnen, heeft mogelijk direct implicaties voor de praktijk waarmee de effectiviteit van PMTO voor eenoudergezinnen verbeterd kan worden. PMTO kan wellicht naast individueel ook groepsgewijs aangeboden worden om alleenstaande ouders meer mogelijkheden te geven tot reflectie met andere ouders, het zien van voorbeelden en het ontvangen van steun. Het behouden van de individuele component is van belang omdat dit de mogelijkheid geeft tot een interventie die aansluit bij de specifieke hulpvraag van een gezin (Thijssen & De Rooter, 2008). Het toevoegen van de groepscomponent vergroot niet alleen de effectiviteit van PMTO voor eenoudergezinnen, maar is ook financieel voordeliger dan enkel individuele sessies (Bjorknes, Jakobsen, & Naerde, 2011).

In de toekomst kan de effectiviteit van PMTO wellicht nog vergroot worden door het kind meer direct te betrekken bij de interventie. Een meta-analyse van Kaminski, Valle, Filene en Boyle (2008) heeft aangetoond dat interventies waarin ouders tijdens de sessie opvoedingsvaardigheden kunnen oefenen met het kind, effectiever zijn voor wat betreft het

verminderen van (externaliserend) probleemgedrag en vergroten van opvoedingscompetentie, dan interventies waarbij dit niet het geval is. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om gericht te onderzoeken of PMTO effectiever is wanneer het kind aanwezig is bij (een deel van) de sessies.

Al met al kan gesteld worden dat PMTO effectief lijkt te zijn in het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen en opvoedingsbelasting van ouders. Ook lijken er verschillen te bestaan in effectiviteit tussen een- en tweoudergezinnen, waarbij tweoudergezinnen een grotere afname van opvoedingsbelasting laten zien na het volgen van PMTO dan eenoudergezinnen. Dit onderzoek is een eerste stap in het bepalen van de effecten van PMTO in Nederland. Om de verschillen in effectiviteit tussen een- en tweoudergezinnen beter in kaart te brengen, het effect van PMTO op de opvoedingscompetentie van ouders te bepalen en de effectiviteit van PMTO met minimale invloed van interfererende variabelen te bepalen, is vervolgonderzoek met grotere steekproeven, sluitende meetinstrumenten en een controlegroep in de vorm van een randomized controlled trial noodzakelijk. Daarnaast zou een langdurige, goed ondersteunde casestudie, met meerdere cases en volledig uitgevoerde metingen, inzicht kunnen geven in de volgorde van effecten, de rol van motivatie van ouders om met PMTO te werken gedurende het PMTO traject, de effectieve mechanismes en de klinische effectiviteit van PMTO. Dit onderzoek geeft handvatten voor de aanpak van een dergelijke studie en is daarmee tevens eerste stap in het bepalen van de effecten op microniveau.

Referentielijst

- Achenbach, T. M. (1991) *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Bertling, L. (2013). Parent Management Training Oregon, *Verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind voor en na de PMTO-behandeling* (Ongepubliceerde masterthesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 207-217. Doi: 10.1002/jclp.1144
- Bjorknes, R., Jakobsen, R., & Naerde, A. (2011). Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how? *Children and Youth Services Review*, 33(2), 351-357. Doi: 10.1016/j.chilyouth.2010.09.019
- Boeldt, D. L., Hyun Rhee, S., DiLalla, L. F., Mullineaux, P. Y., Schultz-Heik, R. J., Corley, Hewitt, J. K. (2012). The association Between Positive Parenting and Externalizing Behaviour. *Infant and Child Development*, 21(1), 85-106. Doi: 10.1002/icd.764
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical Practice as Natural Laboratory for Psychotherapy Research, A Guide to Case-Based Time-Series Analysis. *American Psychologist*, 63(2), 77-95. Doi: 10.1037/0003-066X.63.2.77
- Buodo, G., Moscardino, U., Scrimin, S., Altoè, G., & Palomba, D. (2013). Parenting Stress and Externalizing Behavior Symptoms in Children: The Impact of Emotional Reactivity. *Child Psychiatry Human Development*, 44(6), 786-797. Doi: 10.1007/s10578-013-0371-0
- Buist, K. L., Deković, M., Meeus, W., & Van Aken, A. G. (2004). Gehechtheid en internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij adolescenten. *Kind en Adolescent*, 25(2), 80-91. Doi: 10.1007/BF03060909
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later

- maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12(3), 467-488. Verkregen van <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=55137>
- Copeland, D., & Harbaugh, B. L. (2005). Differences in parenting stress between married and single first time mothers at six to eight weeks after birth. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(3), 139-152. Doi: 10.1080/01460860500227556
- De Haan, A. D., Prinzie, P., & Decović, M. (2012). Gerelateerde ontwikkeling van externaliserend gedrag en opvoedgedrag bij kinderen en adolescenten. *Pedagogiek*, 32(1), 32-50. Verkregen van www.pedagogiek-online.nl/index.php/pedagogiek/article/view/429
- Drotar, D. (2009). Editorial: Case Studies and Series: A Call for Action and Invitation for Submissions. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(8), 795-802. Doi: 0.1093/jpepsy/jsp059
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. Doi: 10.1177/1077800405284363
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (1999). Parenting Trough Change: An effective Prevention Program for Single Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 711-724. Verkregen van www.pmt.nl/documenten/professionals
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2002). Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis an model for intervention* (pp. 235-256). Washington, DC: American Psychological Association.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating Fidelity: Predictive Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behavior Therapy*, 36(1), 3-13. Verkregen van www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464400/pdf/nihms9889.pdf
- Fossum, S., Mørch, W. T., Handegård, B. H., & Drugli, M. B. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 375-382. Doi: 10.1111/j.1467-9450.2007.00617.x
- Hinshaw, S. P. (2002). Process, Mechanism, and Explanation Related to Externalizing Behavior in Developmental Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 431-446. Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1019808712868>
- Hukkelberg, S. S., & Ogden, T. (2013). Working Alliance and Treatment Fidelity as Predictors of Externalizing Problem Behaviors in Parent Management Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1010-1020. Doi: 10.1037/a0033825
- Kamiski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008) A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567-589. Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1007/s10802-007-9201-9>
- Morgan, J., Robinson, D., & Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child Behavior. *Child and Family Social Work*, 7(3), 219-225. Verkregen van <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2206.2002.00242.x/pdf>
- Nederlands Jeugd Instituut (2014). *Child Behavior Checklist (CBCL)*. Verkregen van www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/DatabankInstrumenten-en-Richtlijnen/Child-Behavior-Checklist-%28CBCL%29
- Ogden, T., & Amlund Hagen, K. (2008) Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621. Doi: 10.1037/0022-006X.76.4.607
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson G. R. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist*, 28(2), 27-33. Verkregen van www.pmt.nl/documenten/nextgeneration.pdf
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A functional Analysis of Resistance During Parent Training Therapy. *Clinical Psychological Science Practice*, 1(1), 53-70. Verkregen van <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00006.x/abstract>
- PMTO. (2013). *Wetenschappelijk onderzoek naar PMTO*. Verkregen van www.pmt.nl/29_professionals/algemeen/22-wetenschappelijk-onderzoek-naar-pmto?highlight=WyJvbmRlcnpvZWsiXQ==
- Prinzie, P. (2004). Externaliserend probleemgedrag en opvoeding bij kinderen van 4 tot 9 jaar. *Kind en Adolescent*, 25(2), 91-112. Verkregen van http://vb23.bsl.nl/frontend/index.asp?custom_product_id=0167-2436
- Reitz, E., Deković, M., & Meijer, A. M. (2005). The Structure and Stability of Externalizing and Internalizing Problem Behavior During Early Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 577-588. Doi: 10.1007/s10964-005-8947-z
- Rhoda, D. A., Murray, D. M., Andridge, R. R., Pennel, M. L., & Hade, E. M. (2011). Studies With Staggered Starts: Multiple Baseline Designs and Group-Randomized Trials. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2164-2169. Doi: 10.2105/AJPH.2011.300264
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). *Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the triple P-Positive*

- Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence (Vol. 1)*. Queensland: Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland.
- Sigmarsdóttir, M., DeGarmo, D. S., Forgatch, M. S., & Vikkar Gudmundsdóttir, E. (2013). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 468-476. Doi: 10.1111/sjop.12078
- Thijssen, J., & De Ruiter, C. (2010). Strengte bewaking van kwaliteit bij PMTO. *JeugdenCO*, 4, 8-14. Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12450-010-0342-z#page-1>
- Van Amerongen, M. (2009). PMTO: behandelprogramma voor ouders van kinderen met gedragsproblemen. 'Eerst je kind aanmoedigen, dan pas grenzen stellen'. *Balans Magazine*, 4, 32-35. Verkregen van www.pmt.nl/documenten/ouders
- Van Brussel, A., De Meijer, R., Veerman, J.W., & De Mey, W. (2009). Evaluatie van een multimodale behandeling voor kleuters met ernstige gedragsproblemen. *Kind en adolescent*, 30(2), 66-91. Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1007%2F03087937>
- Van der Maas, J. J., & Van Leeuwen, H. M. P., (2012). Diagnostiek van functioneel en disfunctioneel ouderschap in Th. Kievit, J.A. Tak, & J. D. Bosch (Red.) *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Leeuwen, E., & Albrecht, G. (2008). *Parent Management Training Oregon*. Verkregen van www.pmt.nl/publicaties-voor-professionals
- Veerman, J. W., & van Yperen, T. (2006). Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek? In T. van Yperen, & J. W. Veerman (Red.), *Zicht op effectiviteit* (pp. 7-20). Verkregen van www.praktikon.nl
- Verhoeven, M., Junger, M., Van Aken, C. Decović, M., Van Aken, M. A. G. (2010). Parenting and children's externalizing behaviour: bidirectionality during toddlerhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(1), 93-105. Doi:10.1016/j.appdev.2009.09.002
- Vermulst A.A., Kroes G., De Meyer R.E., Nguyen L., & Veerman J.W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst(OBVL)*. Handleiding. Nijmegen: Praktikon.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Bijlagen

1. Instrumenten

Dagboek PMTO onderzoek

Beste heer/mevrouw,

Van harte welkom bij het onderzoek naar de effecten van PMTO. U zult voor dit onderzoek regelmatig een dagboek gaan invullen. Dit dagboek bestaat uit vragen over o.a. het gedrag van uw kind en uw opvoedgedrag gedurende de dag waarover u het dagboek invult. Het invullen van het dagboek neemt ongeveer 5 minuten in beslag. Het is belangrijk dat in het gehele onderzoek steeds dezelfde ouder het dagboek invult.

Leest u de instructies boven iedere vraag zorgvuldig. Het is van belang dat u bij het invullen in gedachten houdt dat het steeds om uw kind gaat waarvoor u PMTO volgt (en niet om eventuele andere kinderen in het gezin).

Heeft u vragen over het onderzoek, of kunt u door omstandigheden het dagboek een dag niet invullen? Neem dan zo spoedig mogelijk telefonisch of per e-mail contact met mij op.

Mobiel nummer: [REDACTED] (Rianne Ellens)

Of u kunt een e-mail sturen naar [REDACTED]

Veel succes met het invullen en alvast onze hartelijke dank!

Rianne Ellens, orthopedagoog in opleiding en uitvoerend onderzoeker

Dr. Floor van Rooij, superviserend onderzoeker.

Vul hier uw naam in en de datum van vandaag.

Naam:

Datum:

1) In hoeverre was deze dag een dag zoals vele anderen voor uw gezin?

Dit was:

1 = helemaal niet een dag zoals andere dagen

9 = helemaal wel een dag zoals andere dagen

Selecteer het nummer dat het beste bij deze dag past en licht toe waarom dat zo is. Als er bijvoorbeeld iets bijzonders is gebeurd op een dag, kan dat maken dat de dag heel anders was dan andere dagen.

Helemaal niet zoals andere dagen

Helemaal wel zoals andere dagen

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Want:

2) Wanneer u terugdenkt aan vandaag, hoe zou u het gedrag van uw kind over de hele dag genomen beschrijven?

Dit was:

1 = overwegend negatief (slecht meewerken/gedragen enz.)

9 = overwegend positief (goed meewerken/gedragen enz.)

Selecteer het nummer dat het beste bij het gedrag van uw kind vandaag past.

Overwegend negatief

Overwegend positief

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gedrag van uw kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3) In hoeverre was u vandaag gemotiveerd om met de bij PMTO geefende vaardigheden aan de slag te gaan?

1= helemaal niet gemotiveerd
9 = zeer gemotiveerd

Selecteer het nummer dat het beste past bij uw motivatie om opvoedingssituaties die u vandaag heeft meegemaakt met uw zoon of dochter aan te gaan.

	Helemaal niet gemotiveerd					Zeer gemotiveerd			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gebruik geleerde vaardigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4) In hoeverre heeft u de opvoeding voor uw zoon of dochter vandaag als belastend ervaren?

1= helemaal niet belastend
9 = zeer belastend

Selecteer het nummer dat het beste past bij de belasting die u heeft ervaren over de opvoedingssituaties die u vandaag heeft meegemaakt met uw zoon of dochter.

	Helemaal niet belastend					Zeer belastend			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opvoeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5) In hoeverre heeft u vandaag gebruik gemaakt van onderstaande opvoedingsstrategieën?

1 = helemaal geen gebruik van gemaakt
2 = af en toe gebruik van gemaakt
3 = regelmatig gebruik van gemaakt
4 = veel gebruik van gemaakt
5 = heel veel gebruik van gemaakt

Kies het meest toepasselijke antwoord voor elk onderdeel.

	Geen gebruik van gemaakt	Af en toe gebruik van gemaakt	Regelmatig gebruik van gemaakt	Veel gebruik van gemaakt	Heel veel gebruik van gemaakt
Uw kind stimuleren door hem of haar aan te moedigen (met complimenten, of door beloning geven)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duidelijk een grens stellen en deze handhaven (zodat er gedaan wordt wat u zegt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bij een probleem samen met uw kind brainstormen en tot een oplossing komen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zicht en toezicht houden op de activiteiten van uw kind (weten waar u kind is en met wie, hier afspraken over maken of informatie over verzamelen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positief betrokken zijn bij uw kind (samen iets leuks doen, interesses delen, praten over iets dat uw kind bezighoudt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duidelijk instructies geven (waarbij datgene wat u wilt wordt uitgevoerd)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emotie regulatie (zelf rustig blijven in situaties die stress oproepen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bijhouden van het gedrag van uw kind (op papier)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Met elkaar communiceren (actief/bewust luisteren naar verhalen van uw kind, met uw kind praten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hartelijk dank voor het invullen van het dagboek!

Vragenlijst door therapeut PMTO onderzoek

Beste heer/mevrouw,

We stellen het enorm op prijs dat u de tijd wilt nemen om deze vragenlijst in te vullen. Het invullen neemt ongeveer 5 minuten in beslag.

Het is belangrijk dat u bij elke vraag de instructies nauwkeurig leest. Vraag 1 tot en met 4 zijn vragen die u aan de cliënt zelf stelt (meestal d.m.v. een schaalvraag) en dan scoort. De gele antwoordvelden zoals deze: **Moeder** geven aan welke vragen u in de sessie stelt en scoort (in vraag 1 t/m 4).

De rode antwoordvelden zoals deze: **Mening therapeut** geven aan waar uw mening als therapeut gevraagd wordt en deze kunt u na de sessie invullen (in vraag 2 t/m 4). Ook vraag 5 en 6 kunt u na de sessie invullen.

Als u de vragenlijst heeft ingevuld kunt u deze per mail versturen naar onderstaand e-mailadres. We zouden het erg op prijs stellen als dit zo snel mogelijk (in elk geval binnen één week) na de sessie gebeurt.

Heeft u vragen over het onderzoek, of kunt u door omstandigheden de vragenlijst een dag niet invullen? Neem dan zo spoedig mogelijk telefonisch of per e-mail contact met mij op.

Mobiel nummer: [REDACTED] (Rianne Ellens)

Of u kunt een e-mail sturen naar [REDACTED]

Veel succes met het invullen en alvast onze hartelijke dank!

Rianne Ellens, orthopedagoog in opleiding en uitvoerend onderzoeker

Dr. Floor van Rooij, superviserend onderzoeker.

Vul hier uw naam en de naam van het PMTO gezin in:

Therapeut: _____

Gezin: _____

1) Wanneer u (de OUDERS) terugdenkt aan de afgelopen week, hoe zou u het gedrag van uw kind over de hele week genomen beschrijven?

1 = overwegend negatief (slecht meewerken/gedragen enz.)

9 = overwegend positief (goed meewerken/gedragen enz.)

Plaats een kruisje onder het getal van toepassing.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Moeder									

2) Hoe ging het deze week met het uitvoeren van de volgende opvoedingsstrategieën (door de OUDERS)?

1 = heel erg slecht

9 = heel erg goed

Plaats een kruisje onder het getal van toepassing én het getal dat u als therapeut van toepassing acht.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mening therapeut (1-9)
Moeder	Geven van duidelijke instructies										
	Aanmoedigen										
	Stellen van grenzen										
	Emotieregulatie										

3) In hoeverre heeft u (de OUDERS) de opvoeding voor uw zoon of dochter in de afgelopen week als belastend ervaren?

1 = helemaal niet belastend

9 = zeer belastend

Plaats een kruisje onder het getal van toepassing.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Moeder										
Mening therapeut	Moeder									

4) In hoeverre vindt u (THERAPEUT) de ouders gemotiveerd om met de in PMTO geoefende vaardigheden te werken?

1 = helemaal niet gemotiveerd

9 = zeer gemotiveerd

Plaats een kruisje onder het getal van toepassing.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Therapeut	Moeder									

5) Wat is er vandaag behandeld in de PMTO sessie?

6) Waren er bijzonderheden of is er iets anders dat u wilt opmerken?

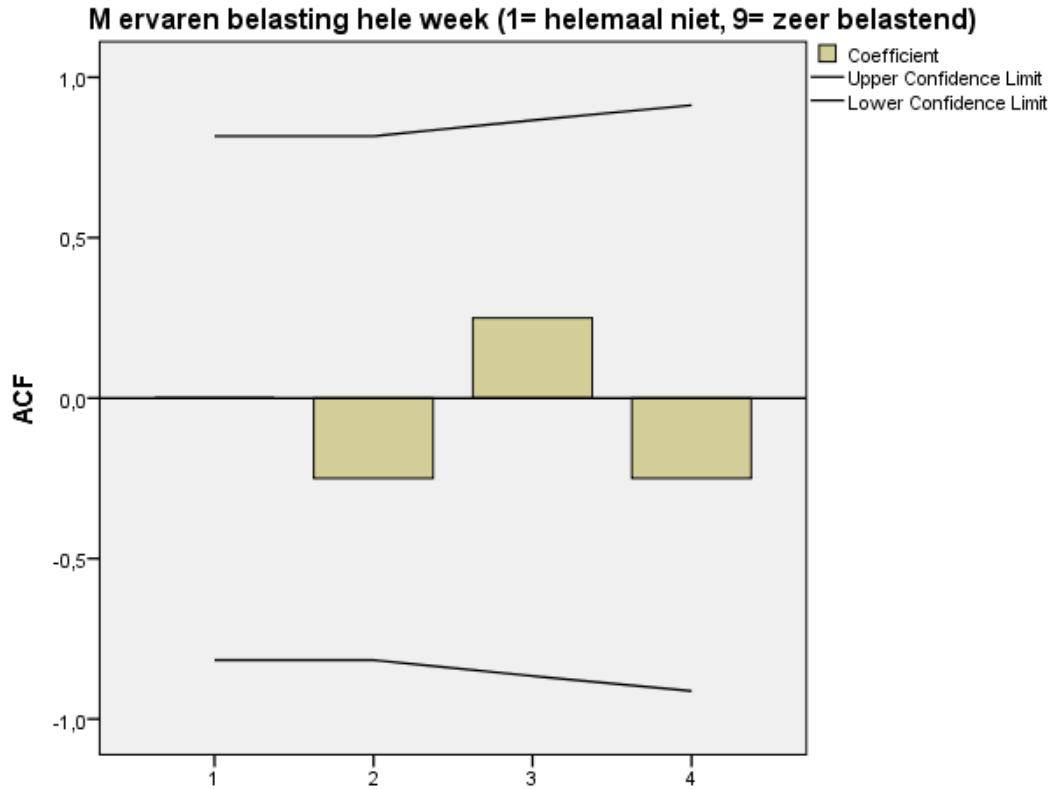
Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst door therapeut!

2. Onderzoek 2: casestudie

Case 1 autocorrelatie

Figuur 3

N=1, autocorrelatie opvoedingsbelasting



Tabel 4

Gezin 1, autocorrelatie opvoedingsbelasting

Autocorrelations

Series: M ervaren belasting hele week (1= helemaal niet, 9= zeer belastend)

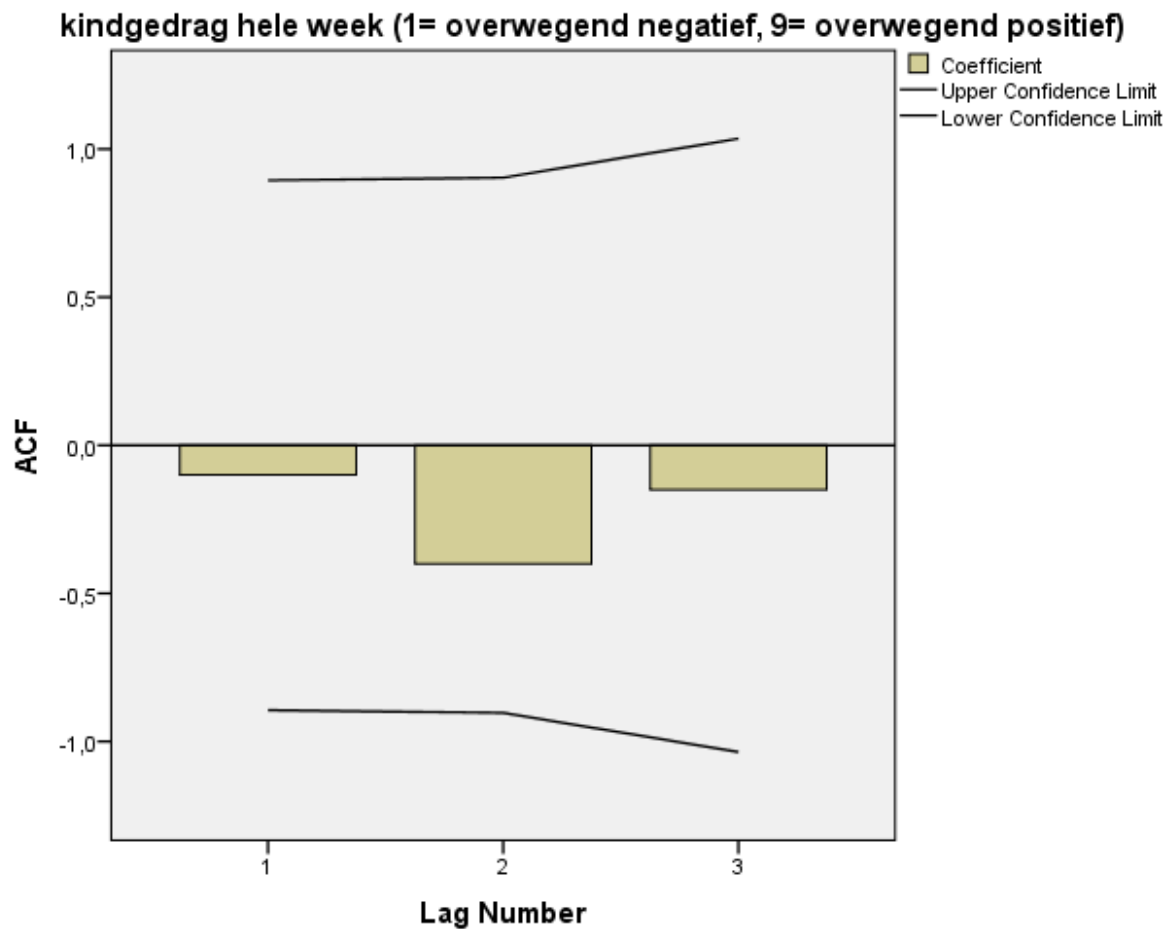
Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	,000	,408	,000	1	1,000
2	-,250	,408	,750	2	,687
3	,250	,433	1,750	3	,626
4	-,250	,456	3,250	4	,517

a. The underlying process assumed is MA with the order equal to the lag number minus one. The Bartlett approximation is used.

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

Figuur 4

Gezin 1, autocorrelatie kindgedrag



Tabel 5

Gezin 1, autocorrelatie kindgedrag

Autocorrelations

Series: kindgedrag hele week (1= overwegend negatief, 9= overwegend p

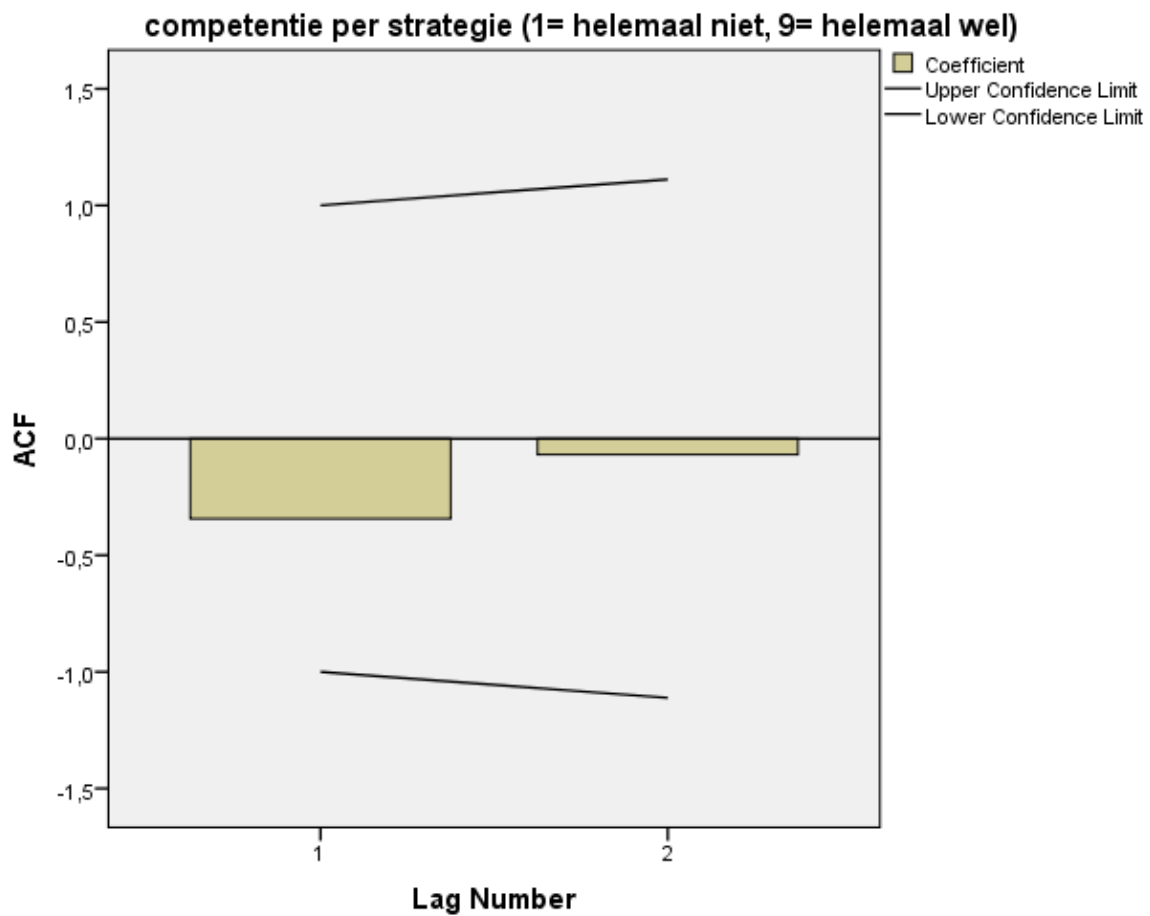
Lag	Autocorrelatio n	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-,100	,447	,117	1	,733
2	-,400	,452	2,917	2	,233
3	-,150	,518	3,310	3	,346

a. The underlying process assumed is MA with the order equal to the lag number minus one. The Bartlett approximation is used.

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

Figuur 5

Gezin 1, autocorrelatie opvoedingscompetentie



Tabel 6

Gezin 1, autocorrelatie opvoedingscompetentie

Autocorrelations

Series: competentie per strategie (1= helemaal niet, 9= helemaal wel)

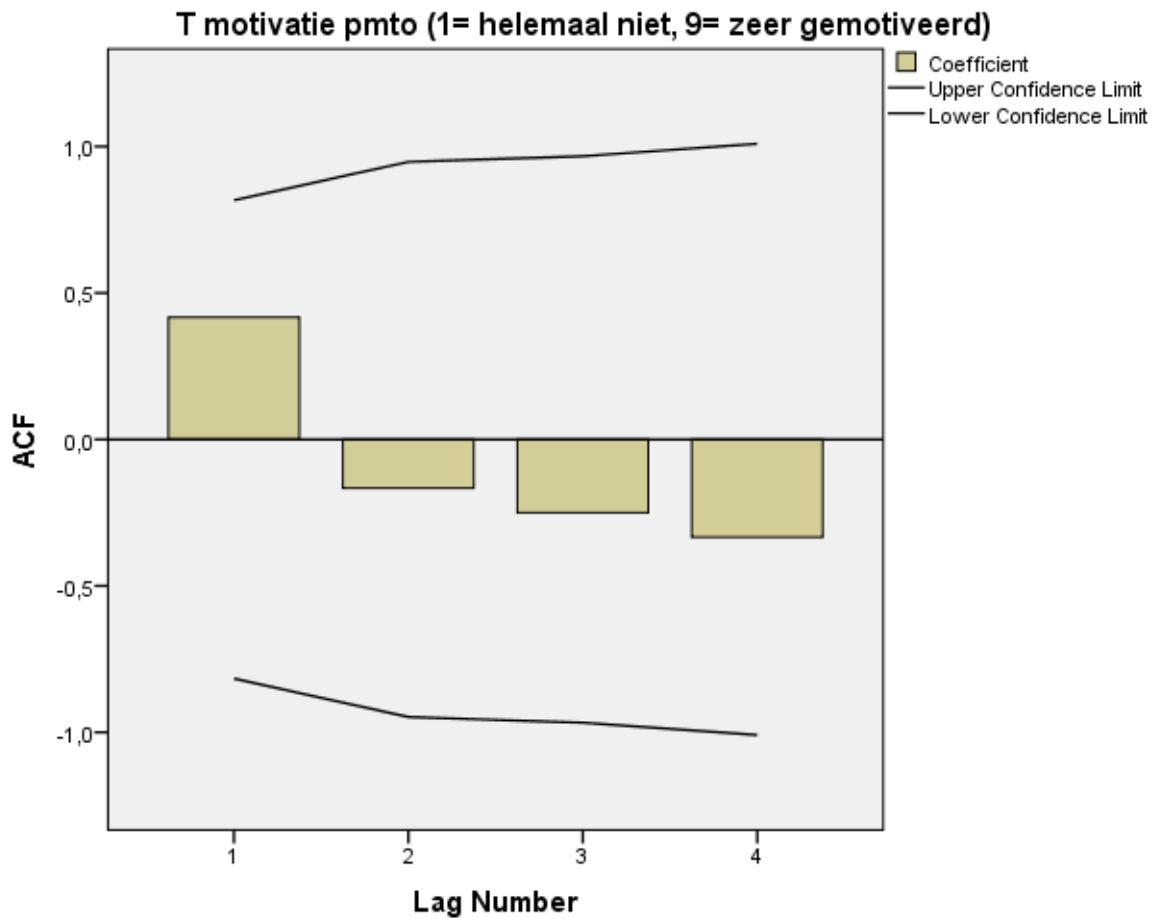
Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-,343	,500	1,413	1	,235
2	-,069	,556	1,469	2	,480

a. The underlying process assumed is MA with the order equal to the lag number minus one. The Bartlett approximation is used.

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

Figuur 6

Gezin 1, autocorrelatie motivatie door therapeut



Tabel 7

Gezin 1, autocorrelatie motivatie door therapeut

Autocorrelations

Series: T motivatie pmt0 (1= helemaal niet, 9= zeer gemotiveerd)

Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	,417	,408	1,667	1	,197
2	-,167	,474	2,000	2	,368
3	-,250	,484	3,000	3	,392
4	-,333	,505	5,667	4	,225

a. The underlying process assumed is MA with the order equal to the lag number minus one. The Bartlett approximation is used.

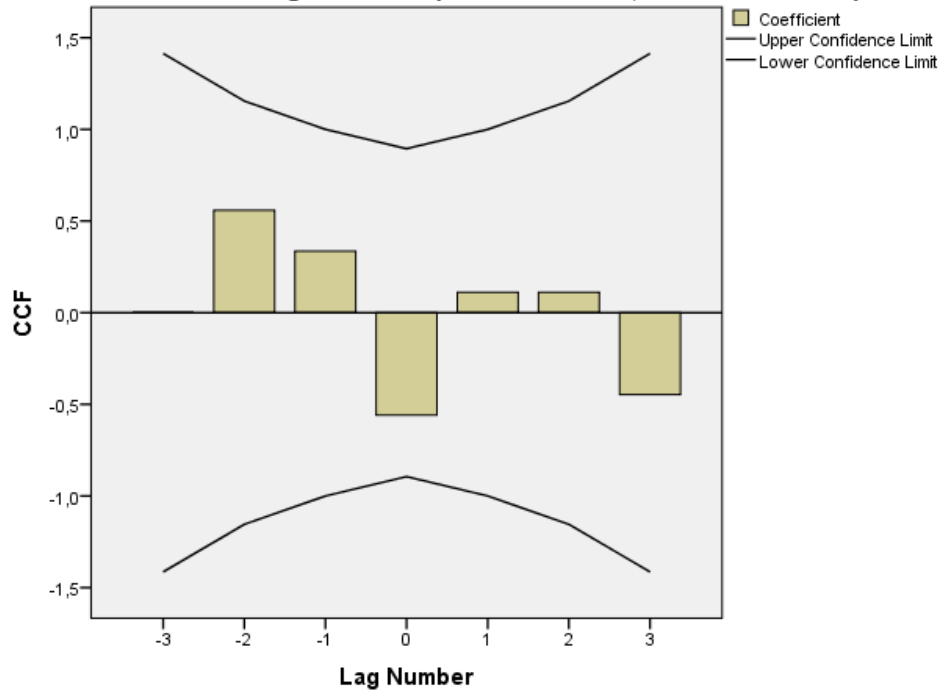
b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

Case 1 crosscorrelatie

Figuur 7

Gezin 1, crosscorrelatie kindgedrag en opvoedingsbelasting

kindgedrag hele week (1= overwegend negatief, 9= overwegend positief) with M
ervaren belasting hele week (1= helemaal niet, 9= zeer belastend)



Tabel 8

Gezin 1, crosscorrelatie kindgedrag en opvoedingsbelasting

Cross Correlations

Series Pair: kindgedrag hele week (1=

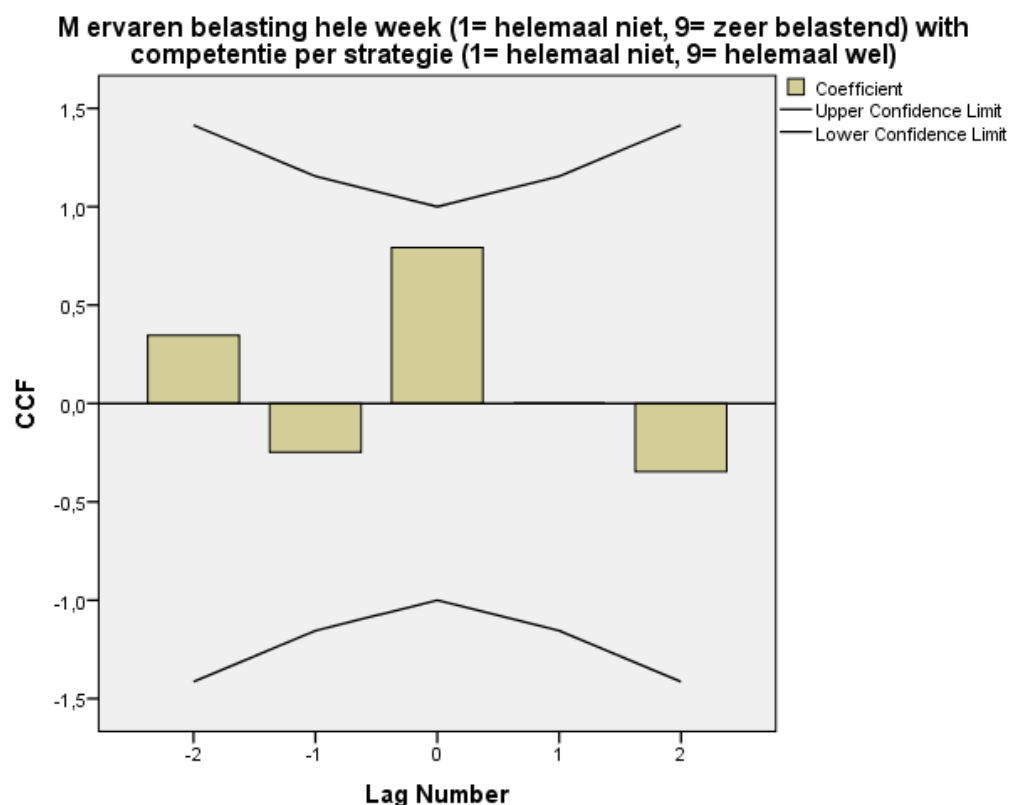
Lag	Cross Correlation	Std. Error ^b
-4 ^a	.	.
-3	,000	,707
-2	,559	,577
-1	,335	,500
0	-,559	,447
1	,112	,500
2	,112	,577
3	-,447	,707
4 ^a	.	.

a. Statistics cannot be computed for this lag due to the length of the series.

b. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 8

Gezin 1, crosscorrelatie opvoedingscompetentie en –belasting



Tabel 9

Gezin 1, crosscorrelatie opvoedingscompetentie en –belasting

Cross Correlations

Series Pair: M ervaren belasting hele v

Lag	Cross Correlation	Std. Error ^b
-4 ^a	.	.
-3 ^a	.	.
-2	,347	,707
-1	-,248	,577
0	,792	,500
1	,000	,577
2	-,347	,707
3 ^a	.	.
4 ^a	.	.

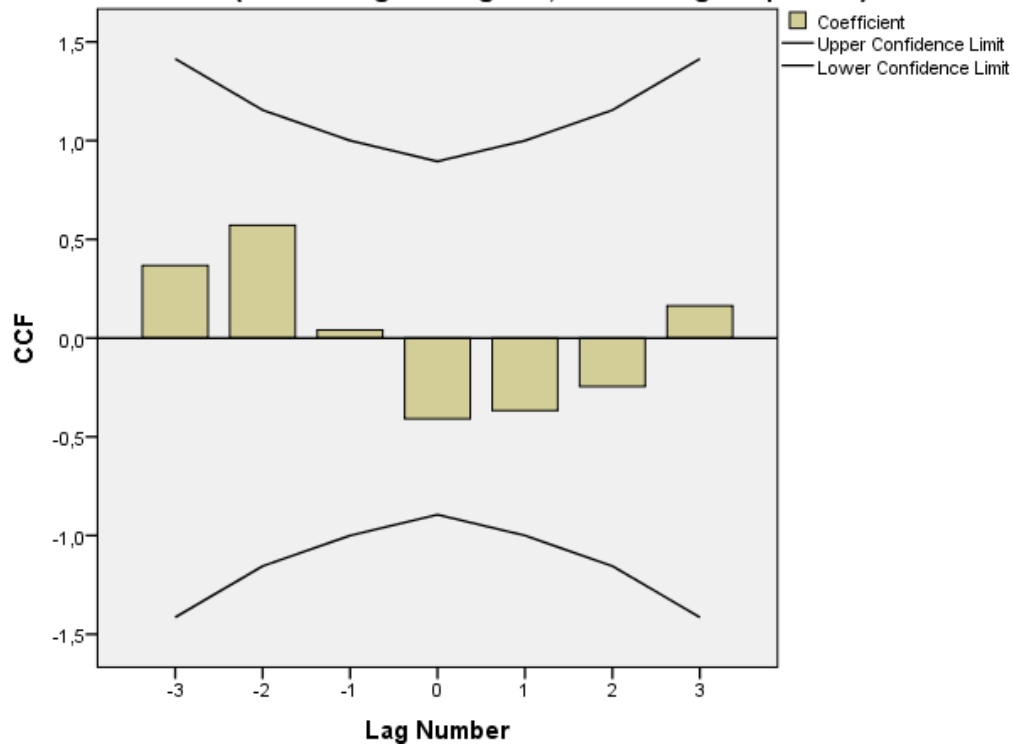
a. Statistics cannot be computed for this lag due to the length of the series.

b. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 9

Gezin 1, crosscorrelatie motivatie en kindgedrag

T motivatie pmt0 (1= helemaal niet, 9= zeer gemotiveerd) with kindgedrag hele week (1= overwegend negatief, 9= overwegend positief)



Tabel 10

Gezin 1, crosscorrelatie motivatie en kindgedrag

Cross Correlations

Series Pair: T motivatie pmt0 (1= heler

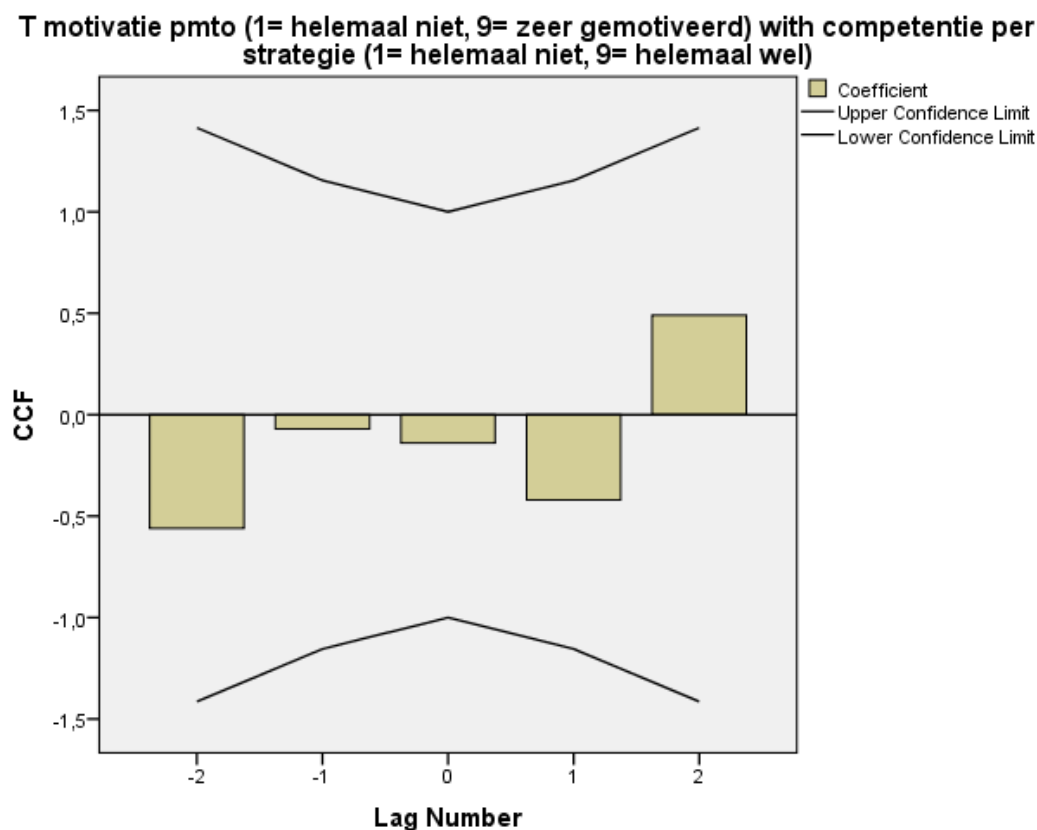
Lag	Cross Correlation	Std. Error ^b
-4 ^a	.	.
-3	,367	,707
-2	,572	,577
-1	,041	,500
0	-,408	,447
1	-,367	,500
2	-,245	,577
3	,163	,707
4 ^a	.	.

a. Statistics cannot be computed for this lag due to the length of the series.

b. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 10

Gezin 1, crosscorrelatie motivatie en opvoedingscompetentie



Tabel 11

Gezin 1, crosscorrelatie motivatie en opvoedingscompetentie

Cross Correlations

Series Pair: T motivatie pmt0 (1= heler

Lag	Cross Correlation	Std. Error ^b
-4 ^a	.	.
-3 ^a	.	.
-2	-,560	,707
-1	-,070	,577
0	-,140	,500
1	-,420	,577
2	,490	,707
3 ^a	.	.
4 ^a	.	.

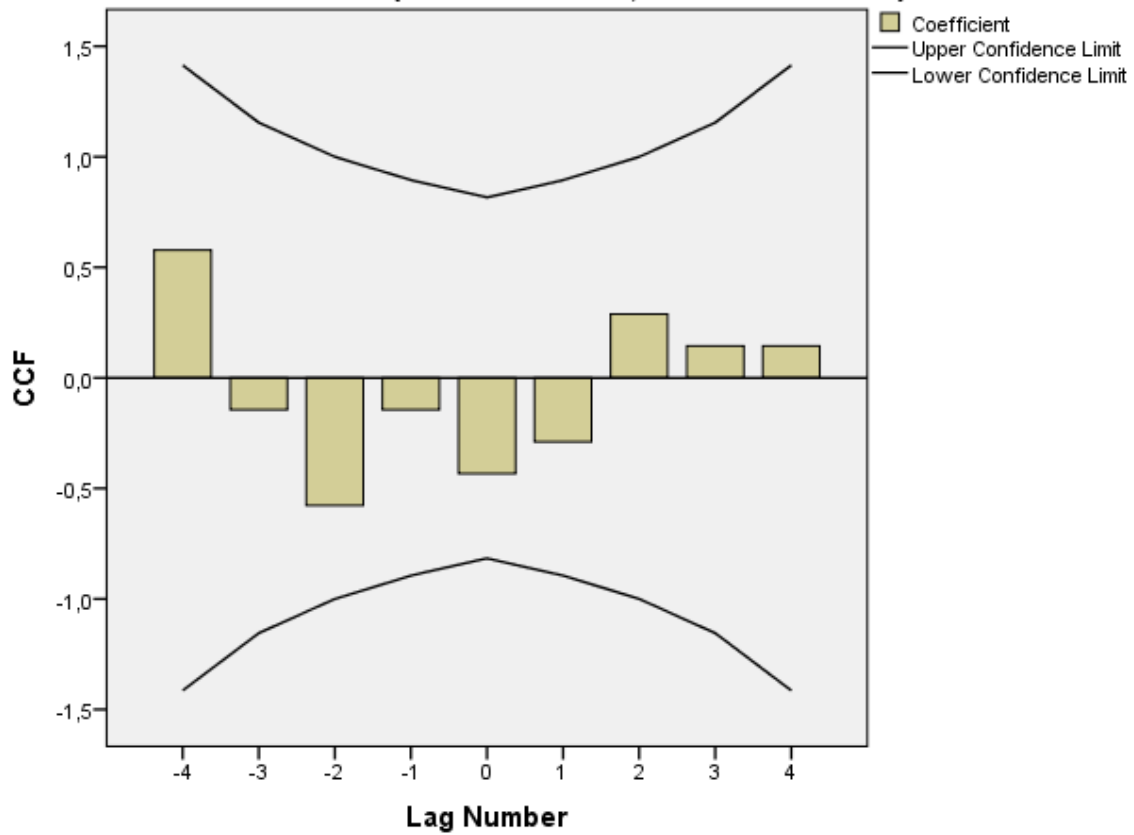
a. Statistics cannot be computed for this lag due to the length of the series.

b. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 11

Gezin 1, crosscorrelatie motivatie en opvoedingsbelasting

T motivatie pmto (1= helemaal niet, 9= zeer gemotiveerd) with M ervaren belasting hele week (1= helemaal niet, 9= zeer belastend)



Tabel 12

Gezin 1, crosscorrelatie motivatie en opvoedingsbelasting

Cross Correlations

Series Pair: T motivatie pmto (1= heler

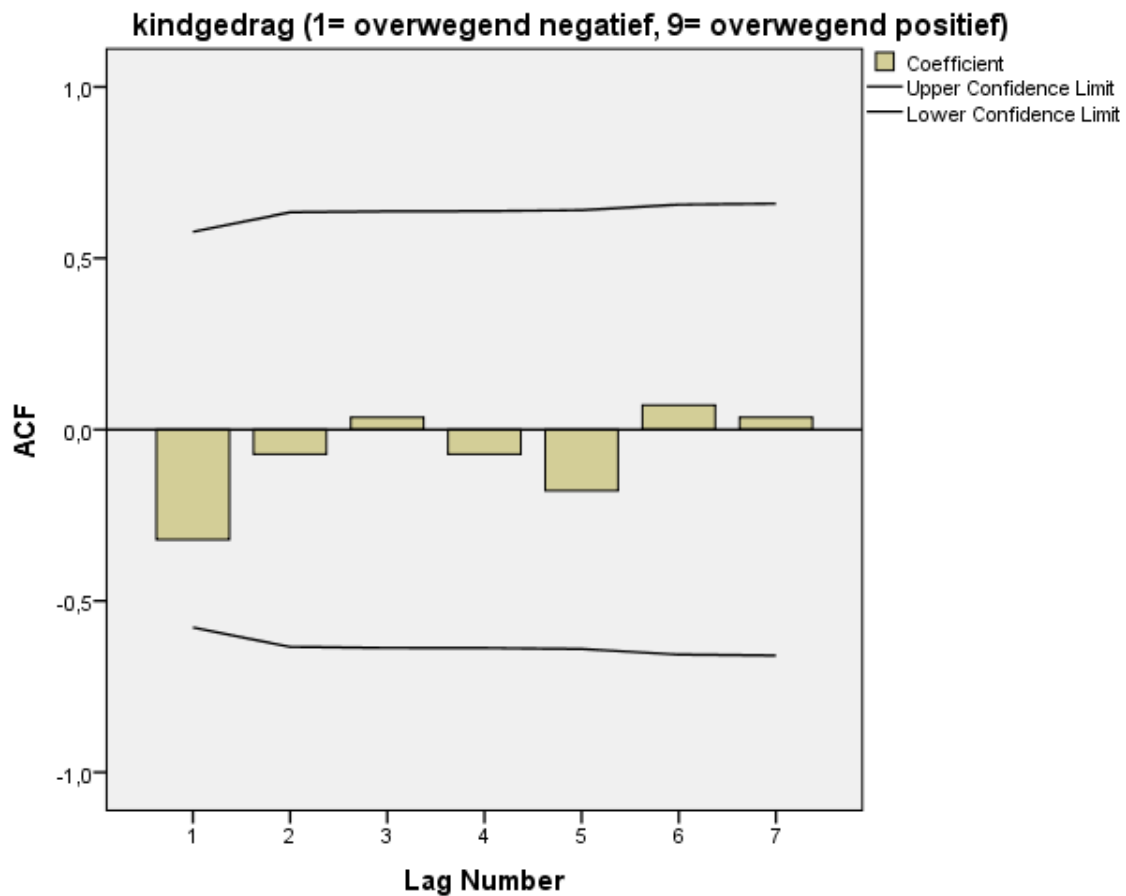
Lag	Cross Correlation	Std. Error ^a
-4	,577	,707
-3	-,144	,577
-2	-,577	,500
-1	-,144	,447
0	-,433	,408
1	-,289	,447
2	,289	,500
3	,144	,577
4	,144	,707

a. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Case 2 autocorrelatie

Figuur 12

Gezin 2, autocorrelatie kindgedrag



Tabel 13

Gezin 2, autocorrelatie kindgedrag

Autocorrelations

Series: kindgedrag (1= overwegend negatief, 9= overwegend positief)

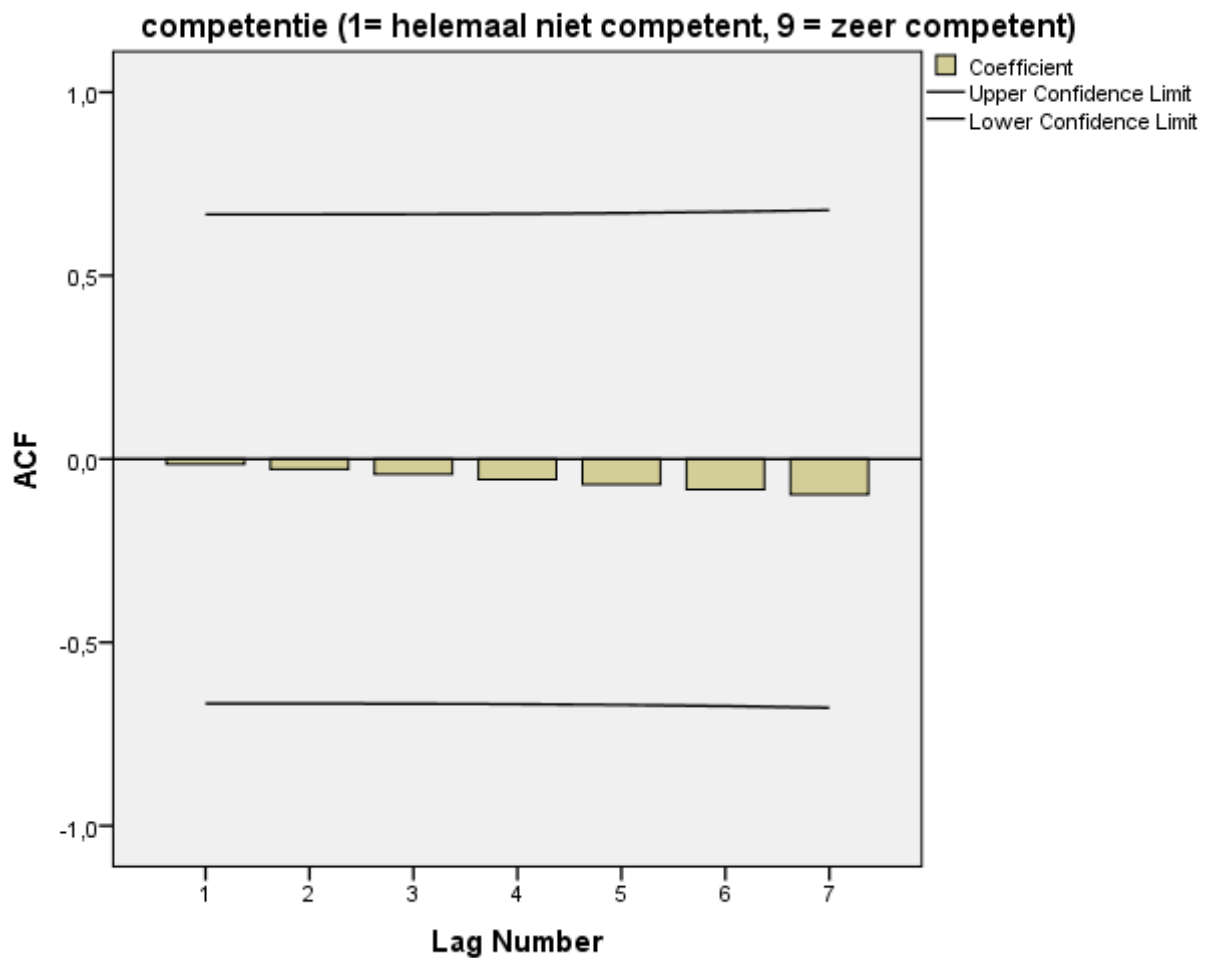
Lag	Autocorrelatio n	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-,321	,289	1,578	1	,209
2	-,071	,317	1,664	2	,435
3	,036	,318	1,687	3	,640
4	-,071	,319	1,795	4	,773
5	-,179	,320	2,560	5	,767
6	,071	,328	2,703	6	,845
7	,036	,330	2,746	7	,907

a. The underlying process assumed is MA with the order equal to the lag number minus one. The Bartlett approximation is used.

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

Figuur 13

Gezin 2, autocorrelatie opvoedingscompetentie



Tabel 14

Gezin 2, autocorrelatie opvoedingscompetentie

Autocorrelations

Series: *competentie (1= helemaal niet competent, 9 = zeer competent)*

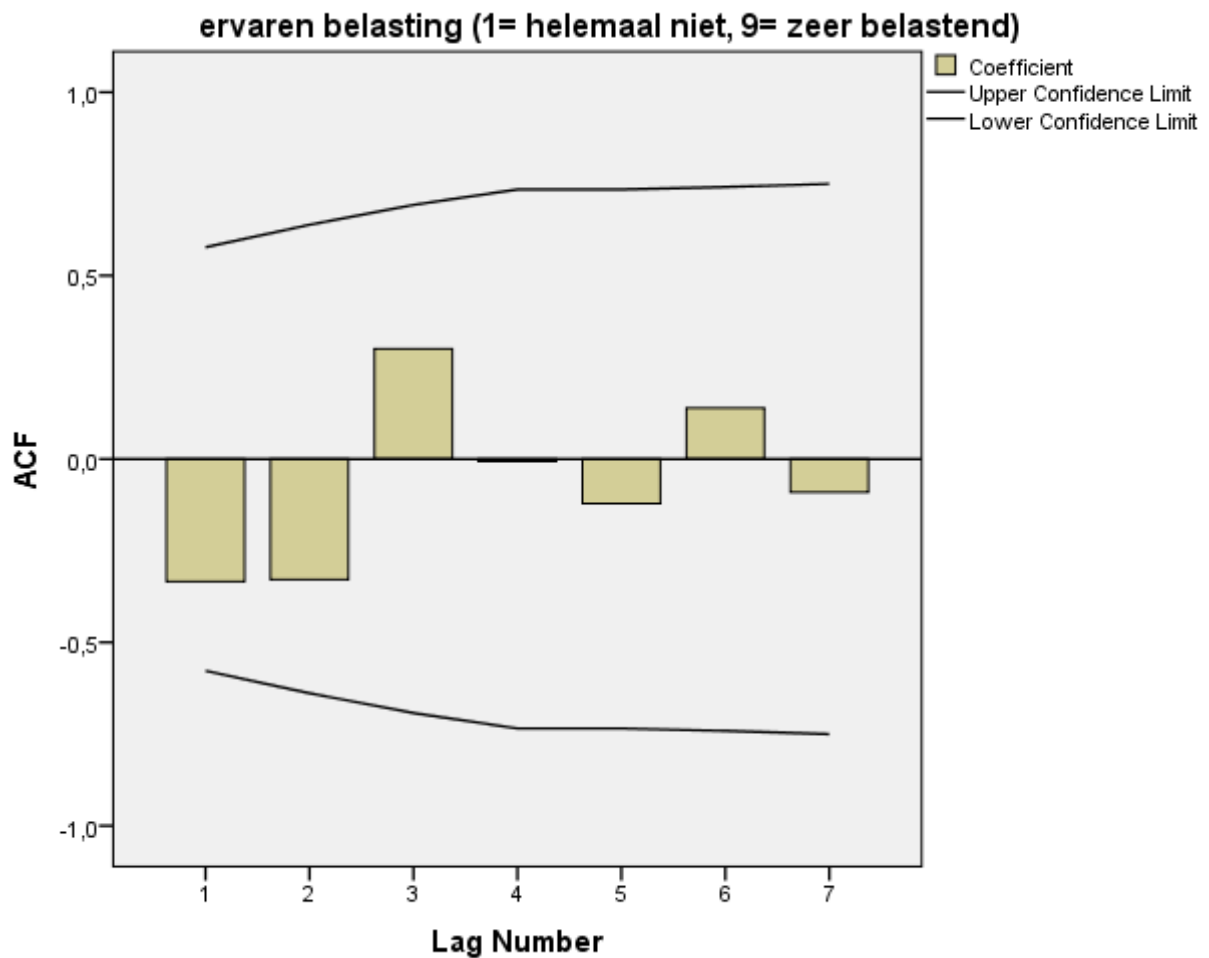
Lag	Autocorrelatio n	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-,014	,333	,002	1	,961
2	-,028	,333	,013	2	,993
3	-,042	,334	,042	3	,998
4	-,056	,334	,103	4	,999
5	-,069	,335	,222	5	,999
6	-,083	,337	,452	6	,998
7	-,097	,339	,919	7	,996

a. The underlying process assumed is MA with the order equal to the lag number minus one. The Bartlett approximation is used.

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

Figuur 14

Gezin 2, autocorrelatie opvoedingsbelasting



Tabel 15

Gezin 2, autocorrelatie opvoedingsbelasting

Autocorrelations

Series: ervaren belasting (1= helemaal niet, 9= zeer belastend)

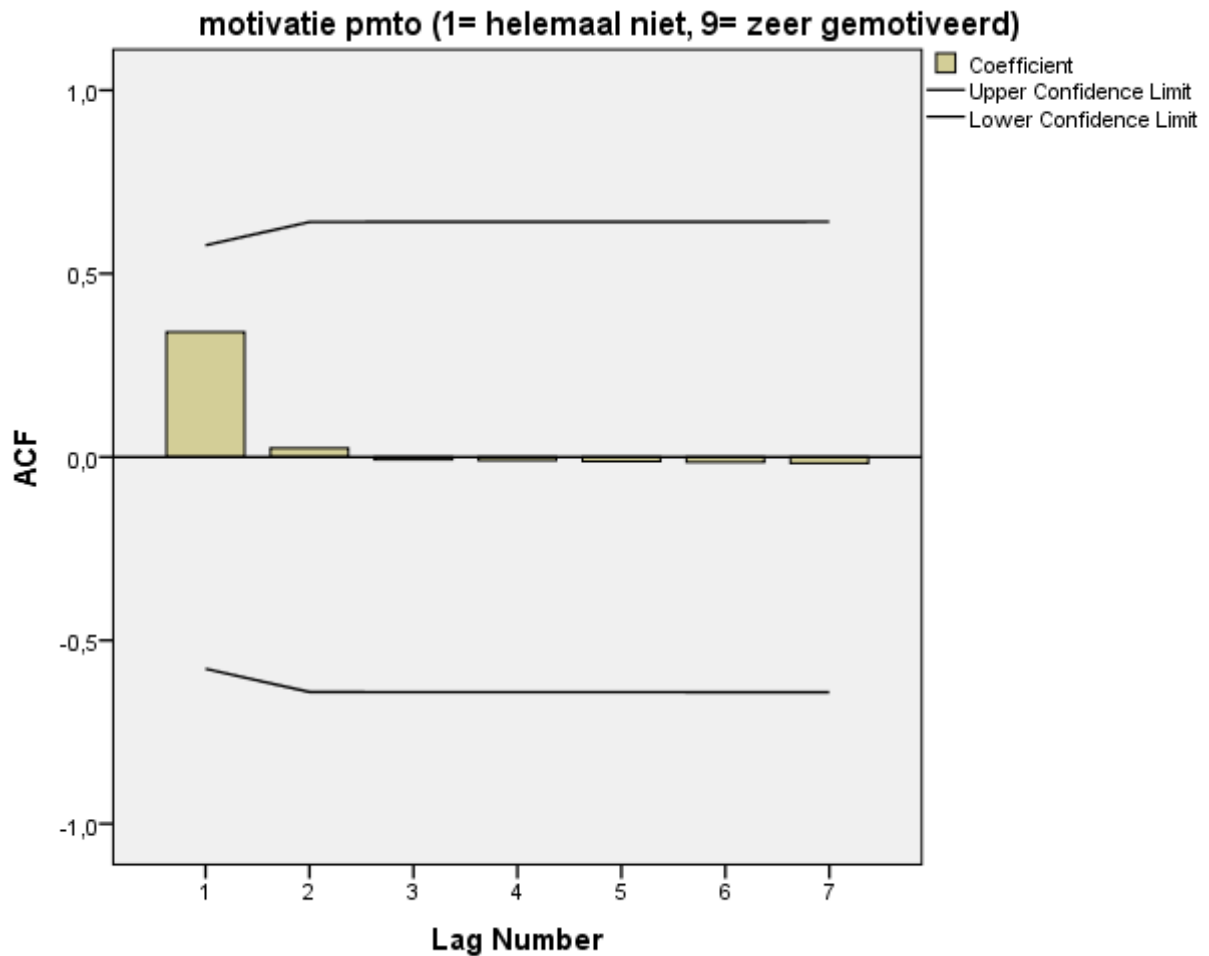
Lag	Autocorrelation	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	-,334	,289	1,705	1	,192
2	-,328	,319	3,518	2	,172
3	,300	,346	5,203	3	,157
4	-,006	,367	5,204	4	,267
5	-,121	,367	5,557	5	,352
6	,139	,371	6,096	6	,412
7	-,090	,375	6,371	7	,497

a. The underlying process assumed is MA with the order equal to the lag number minus one. The Bartlett approximation is used.

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

Figuur 15

Gezin 2, autocorrelatie motivatie door moeder



Tabel 16

Gezin 2, autocorrelatie motivatie door moeder

Autocorrelations

Series: motivatie pmt0 (1= helemaal niet, 9= zeer gemotiveerd)

Lag	Autocorrelatio n	Std. Error ^a	Box-Ljung Statistic		
			Value	df	Sig. ^b
1	,340	,289	1,770	1	,183
2	,024	,320	1,780	2	,411
3	-,007	,321	1,781	3	,619
4	-,010	,321	1,783	4	,776
5	-,012	,321	1,786	5	,878
6	-,014	,321	1,792	6	,938
7	-,017	,321	1,801	7	,970

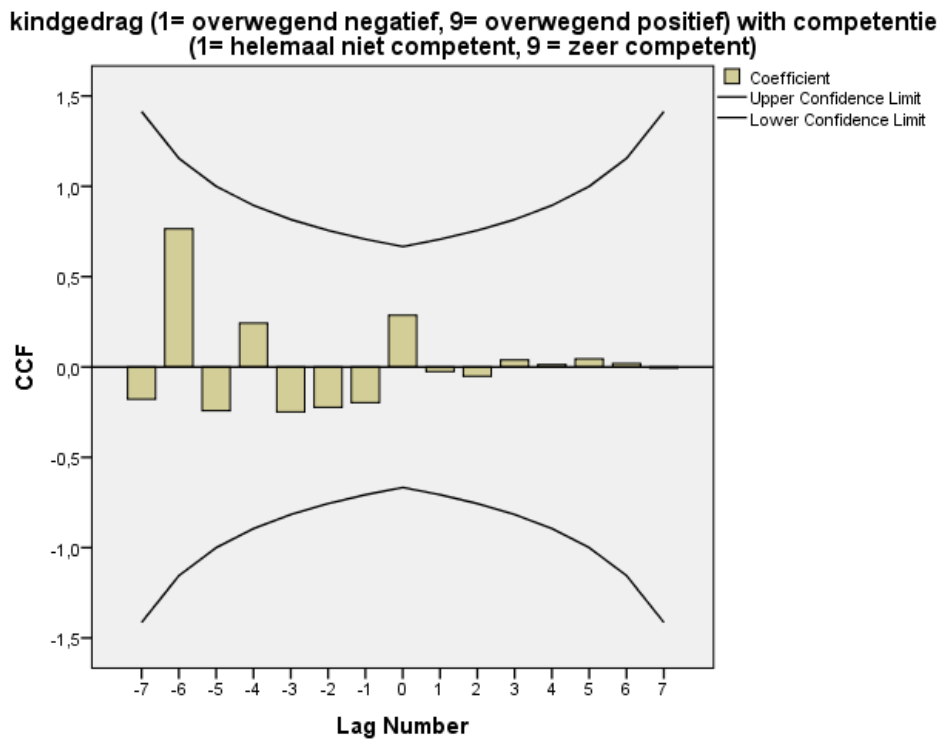
a. The underlying process assumed is MA with the order equal to the lag number minus one. The Bartlett approximation is used.

b. Based on the asymptotic chi-square approximation.

Case 2 crosscorrelatie

Figuur 16

Gezin 2, crosscorrelatie kindgedrag en opvoedingscompetentie



Tabel 17

Gezin 2, crosscorrelatie kindgedrag en opvoedingscompetentie

Cross Correlations

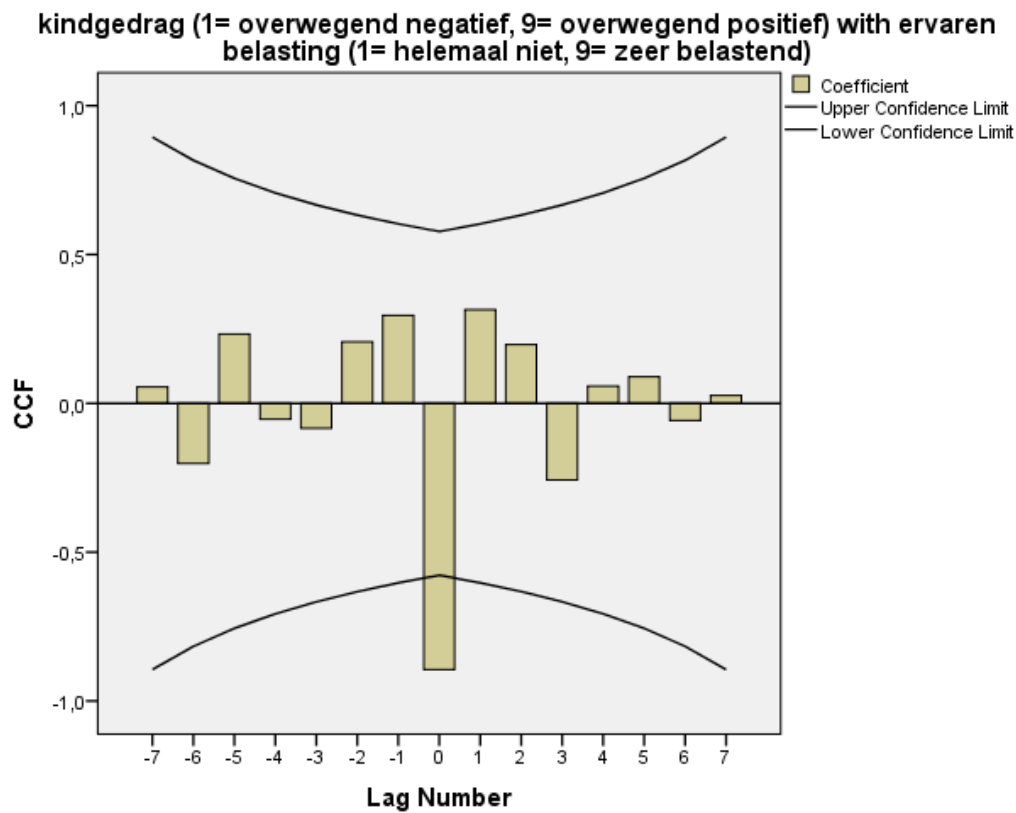
Series Pair: kindgedrag (1= overweger

Lag	Cross Correlation	Std. Error ^a
-7	-,178	,707
-6	,765	,577
-5	-,242	,500
-4	,242	,447
-3	-,249	,408
-2	-,223	,378
-1	-,198	,354
0	,287	,333
1	-,025	,354
2	-,051	,378
3	,038	,408
4	,013	,447
5	,045	,500
6	,019	,577
7	-,006	,707

a. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 17

Gezin 2, crosscorrelatie kindgedrag en opvoedingsbelasting



Tabel 18

Gezin 2, crosscorrelatie kindgedrag en opvoedingsbelasting

Cross Correlations

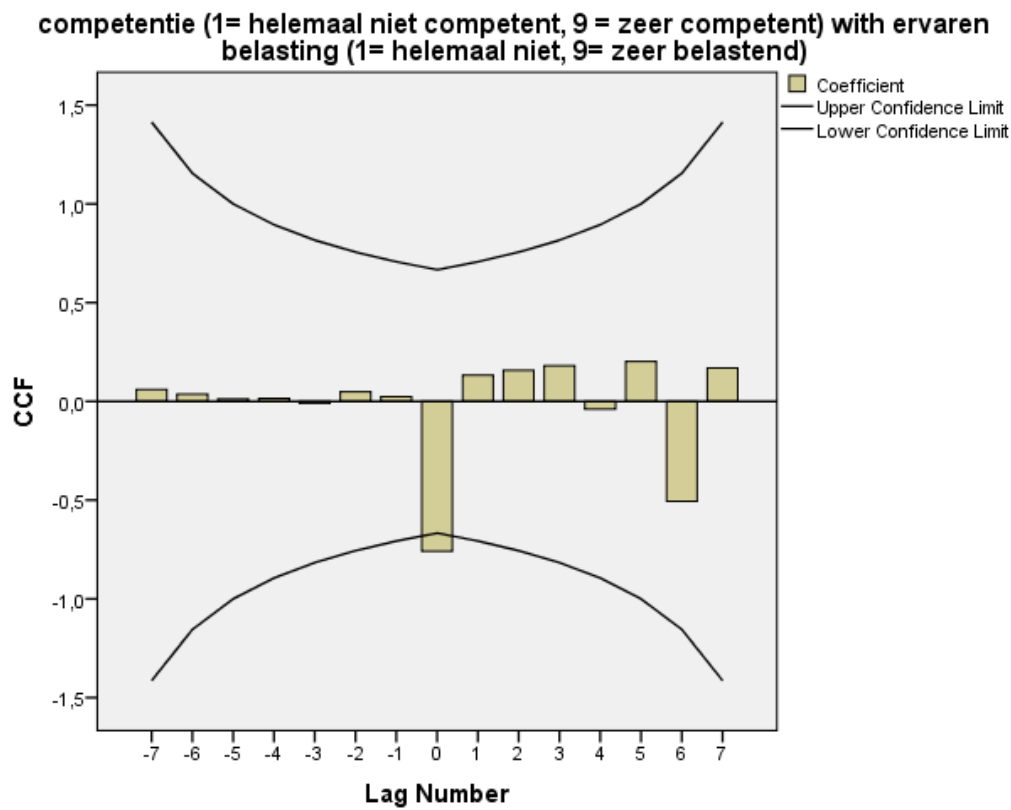
Series Pair: kindgedrag (1= overweger

Lag	Cross Correlation	Std. Error ^a
-7	,055	,447
-6	-,202	,408
-5	,233	,378
-4	-,053	,354
-3	-,084	,333
-2	,207	,316
-1	,296	,302
0	-,894	,289
1	,315	,302
2	,197	,316
3	-,257	,333
4	,058	,354
5	,089	,378
6	-,058	,408
7	,026	,447

a. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 18

Gezin 2, crosscorrelatie opvoedingscompetentie en opvoedingsbelasting



Tabel 19

Gezin 2, crosscorrelatie opvoedingscompetentie en opvoedingsbelasting

Cross Correlations

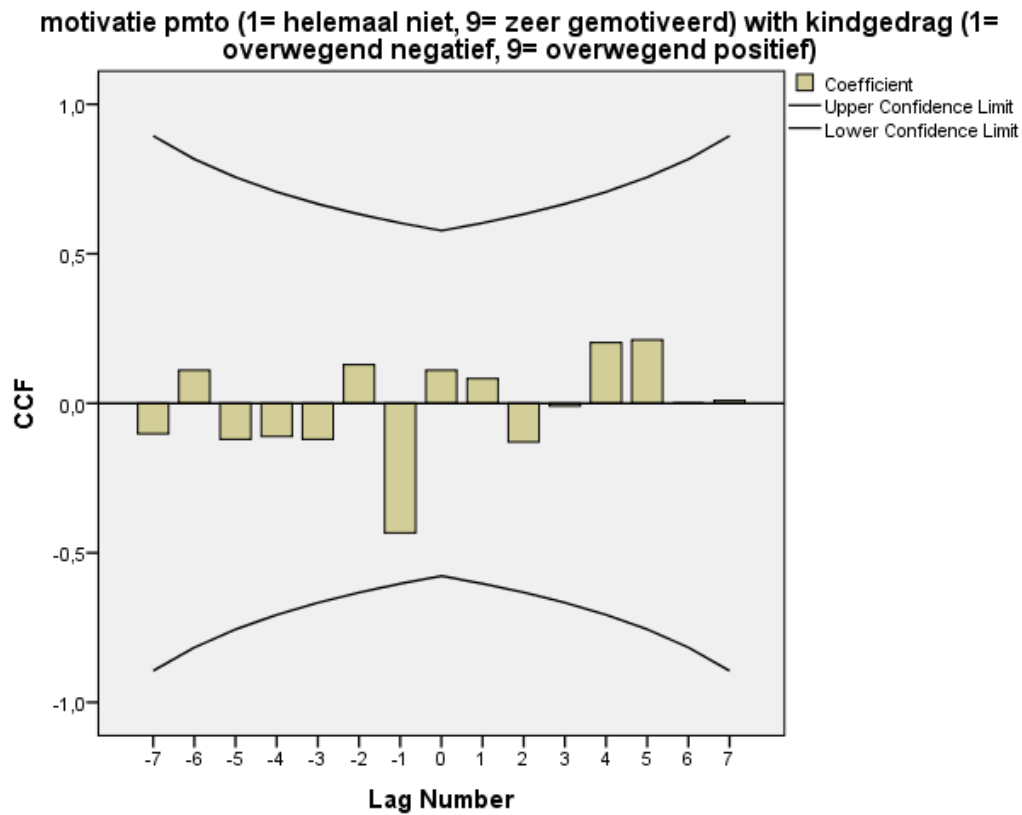
Series Pair: competentie (1= helemaa

Lag	Cross Correlation	Std. Error ^a
-7	,060	,707
-6	,036	,577
-5	,012	,500
-4	,015	,447
-3	-,009	,408
-2	,048	,378
-1	,024	,354
0	-,759	,333
1	,133	,354
2	,157	,378
3	,181	,408
4	-,039	,447
5	,202	,500
6	-,506	,577
7	,169	,707

a. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 19

Gezin 2, crosscorrelatie motivatie en kindgedrag



Tabel 20

Gezin 2, crosscorrelatie motivatie en kindgedrag

Cross Correlations

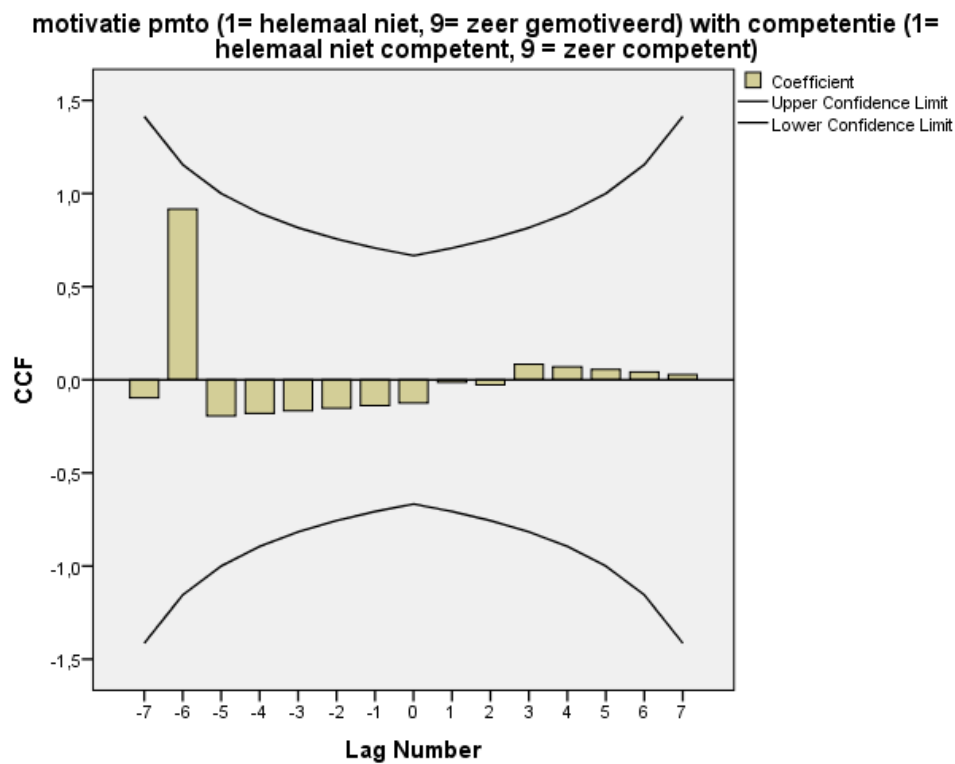
Series Pair: motivatie pmto (1= helem:

Lag	Cross Correlation	Std. Error ^a
-7	-,101	,447
-6	,111	,408
-5	-,120	,378
-4	-,111	,354
-3	-,120	,333
-2	,129	,316
-1	-,433	,302
0	,111	,289
1	,083	,302
2	-,129	,316
3	-,009	,333
4	,203	,354
5	,212	,378
6	,000	,408
7	,009	,447

a. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 20

Gezin 2, crosscorrelatie motivatie en opvoedingscompetentie



Tabel 21

Gezin 2, crosscorrelatie motivatie en opvoedingscompetentie

Cross Correlations

Series Pair: motivatie pmt0 (1= helemaal niet, 9= zeer gemotiveerd) with competentie (1= helemaal niet competent, 9 = zeer competent)

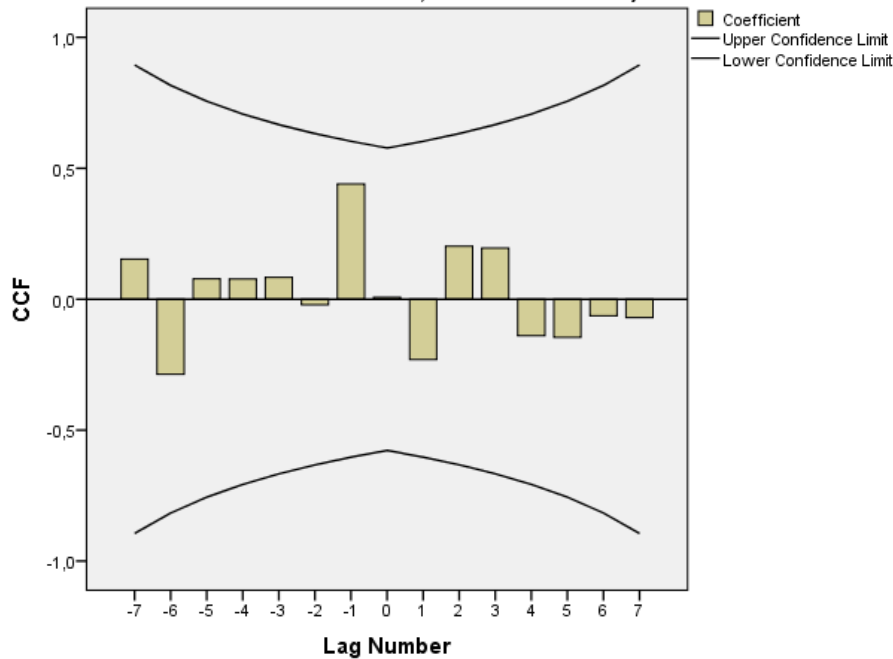
Lag	Cross Correlation	Std. Error ^a
-7	-,097	,707
-6	,917	,577
-5	-,194	,500
-4	-,181	,447
-3	-,167	,408
-2	-,153	,378
-1	-,139	,354
0	-,125	,333
1	-,014	,354
2	-,028	,378
3	,083	,408
4	,069	,447
5	,056	,500
6	,042	,577
7	,028	,707

a. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.

Figuur 21

Gezin 2, crosscorrelatie motivatie en opvoedingsbelasting

motivatie pmt0 (1= helemaal niet, 9= zeer gemotiveerd) with ervaren belasting (1= helemaal niet, 9= zeer belastend)



Tabel 22

Gezin 2, crosscorrelatie motivatie en opvoedingsbelasting

Cross Correlations

Series Pair: motivatie pmt0 (1= helemaal niet, 9= zeer gemotiveerd) with ervaren belasting (1= helemaal niet, 9= zeer belastend)

Lag	Cross Correlation	Std. Error ^a
-7	,153	,447
-6	-,287	,408
-5	,078	,378
-4	,077	,354
-3	,084	,333
-2	-,021	,316
-1	,440	,302
0	,007	,289
1	-,230	,302
2	,202	,316
3	,196	,333
4	-,139	,354
5	-,146	,378
6	-,063	,408
7	-,070	,447

a. Based on the assumption that the series are not cross correlated and that one of the series is white noise.