

Interventie

Parent Management Training Oregon (PMTO)

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 19 juni 2026

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Gonnie Albrecht (Februari 2026).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Parent Management Training Oregon (PMTO)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Disclaimer en informatiegebruik

Dit document bevat een beknopte weergave van de beschreven interventie. Bijbehorende materialen ontbreken, denk aan een handboek, werkboek en opleidingsdocumentatie.

Deze zijn wel nodig om de interventie uit te kunnen voeren. Het is daarom niet toegestaan om de interventie uit te voeren enkel op basis van dit document.

De informatie in dit document, voor zover die betrekking heeft op de hier beschreven interventie, mag niet worden overgenomen zonder toestemming van de eigenaar van de interventie. Ook mag de informatie niet worden gebruikt voor het maken van een eigen variant van de beschreven interventie.

Wil je de beschreven interventie gaan uitvoeren? Of wil je informatie over deze interventie overnemen? Neem dan contact op met de interventie-eigenaar of contactpersoon. Deze staat genoemd op de webpagina van de interventie in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud.....	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel.....	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	4
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak.....	8
2. Uitvoering	15
3. Onderbouwing.....	20
4. Onderzoek	26
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	26
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	29
5. Samenvatting Werkzame elementen	36
6. Aangehaalde literatuur.....	37

Samenvatting

Doelgroep

Parent Management Training Oregon model (PMTO) is bedoeld voor de ouders van kinderen tussen de 4 en 12 jaar met ernstige externaliserende gedragsproblemen.

Doel

De interventie is erop gericht de externaliserende gedragsproblemen van het kind te verminderen. Dit gebeurt door de ouders meer en systematischer effectieve opvoedingsstrategieën te leren toepassen. Ouders worden vaardiger in het sturen en stimuleren van het gedrag van hun kind, escalaties tussen ouders en kind verminderen en ouders voelen zich minder belast.

Aanpak

PMTO is een individuele behandeling, waarin ouders met een therapeut wekelijks een uur oefenen met het inzetten van effectieve opvoedingsstrategieën. Tussen de bijeenkomsten is er telefonisch contact, gericht op het uitvoeren van de opdracht voor thuis en de ervaringen die ouders al hebben opgedaan in de tussenliggende dagen. Er is geen vaste volgorde in hoe de effectieve strategieën worden doorlopen. Wel wordt altijd vastgehouden aan twee vuistregels:

- Het bekrachtigen van gewenst gedrag wordt altijd vooraf gegaan door het uitlokken van gewenst gedrag (doordat ouders leren duidelijke instructies te geven).
- Het ombuigen van ongewenst gedrag (effectief grenzen stellen) wordt altijd voorafgegaan door het systematisch versterken van gewenst gedrag.

Hoe lang de behandeling duurt, hangt af van de mate waarin ouders de effectieve opvoedingsstrategieën al inzetten en hoe snel zij aanvullingen daadwerkelijk thuis implementeren. Het gros van de behandelingen duurt 15-25 bijeenkomsten.

Materiaal

Er is een methodiekhandleiding voor therapeuten en een (digitale) map met oudermaterialen beschikbaar, die therapeuten waar nodig op het gezin kunnen toesnijden. Ter ondersteuning van een effectieve uitvoering door de therapeut is er een web-based reflectiesysteem beschikbaar, waarin de therapeut de opname van iedere sessie uploadt en op zijn eigen handelen reflecteert.

Onderbouwing

PMTO is gestoeld op het model van sociaal interactieleren. In dit model wordt een centrale rol toegekend aan de sociale omgeving van het kind, en dan in het bijzonder aan de ouders, bij het doorbreken en voorkómen van negatieve interacties die de gedragsproblemen van kinderen versterken. Door meer en systematischer effectieve opvoedingsstrategieën toe te passen, creëren ouders stapsgewijs een omgeving waarin gewenst gedrag consequent wordt uitgelokt en versterkt en ongewenst gedrag systematisch wordt omgebogen. Escalaties tussen ouders en kind verminderen, ouders voelen zich minder belast en kinderen laten minder externaliserende gedragsproblemen en meer prosociaal gedrag zien.

Onderzoek

Er is in de Verenigde Staten, Noorwegen en IJsland via Randomized Controlled Trials

onderzoek gedaan naar de effectiviteit van PMTO. Al deze onderzoeken rapporteren significante vermindering van de externaliserende gedragsproblemen. Deze verandering is significant groter dan in de controlegroep en het verschil wordt groter bij iedere follow-up. Ook in Nederlands onderzoek wordt na afronding van het traject en bij follow-up een significante vermindering van externaliserende gedragsproblemen bij de kinderen en een significante vermindering van de ervaren opvoedingsbelasting bij ouders gerapporteerd. De verandering is vergelijkbaar met de effecten behaald met intensieve ambulante begeleiding in de thuissituatie. Tot slot worden de effecten van de uitgevoerde behandelingen in de dagelijkse praktijk structureel in kaart gebracht. De uitkomsten hiervan laten jaarlijks grote tot middelgrote positieve effecten zien in bij kind (gedrag) en ouder (opvoedingsbelasting). Er zijn geen verschillen in uitvoering of effect tussen trajecten die via beeldbellen worden gegeven en face-to-face.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De uiteindelijke doelgroep van PMTO bestaat uit kinderen in de basisschoolleeftijd (4-12 jaar) met ernstige gedragsproblemen. Het probleemgedrag van de kinderen is externaliserend: openlijk en heimelijk antisociaal gedrag, soms gecombineerd met internaliserend probleemgedrag zoals neerslachtigheid en problemen in contacten met leeftijdgenoten. In zijn algemeenheid gaat het om kinderen met oppositioneel-opstandig en agressief gedrag (ODD, normoverschrijdende gedragsstoornis, periodiek explosieve stoornis), al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit (ADHD).

Het probleemgedrag moet blijken uit de score op de Child Behavior Checklist (CBCL), waarbij de score op Externaliserende en/of Totale problemen boven het 90^{ste} percentiel ligt.

Intermediaire doelgroep

PMTO richt zich op ouders en/of vaste verzorgers van kinderen in de basisschoolleeftijd (4 t/m 12 jaar) met ernstige externaliserende gedragsproblemen. Doorgaans zijn deze ouders of verzorgers met het kind in een negatief interactiepatroon geraakt, waarbij de interactie wordt gedomineerd door wederzijds afdwingen (Patterson, 1982). Dit brengt veel conflict en veel (opvoedings)stress met zich mee. PMTO heeft als uitgangspunt dat de sociale omgeving van het kind en in het bijzonder de ouders/verzorgers het gedrag van het kind ten goede kunnen keren.

Er kan in de gezinnen sprake zijn van complexe en meervoudige problemen, die reeds lange tijd spelen.

Selectie van doelgroepen

Indicaties

- Tenminste één van de kinderen in het gezin vertoont ernstige externaliserende gedragsproblemen (CBCL score op Externaliserende problemen en/of Totale Problemen boven het 90^{ste} percentiel). Een kind hoeft niet te voldoen aan de DSM-criteria voor een psychiatrische stoornis, maar het kan wel. Het gaat dan vooral vaak om ODD en ADHD;
- Het aangemelde kind is tussen de 4 en 12 jaar oud;
- Het kind woont thuis of is voldoende vaak thuis, zodat de ouder of verzorger kan oefenen met effectieve opvoedingsstrategieën. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de ouders of vaste verzorgers het kind een voldoende veilige leefomgeving kunnen bieden.

Contra-indicaties

- Er is bij het kind een ernstige stoornis in het autistisch spectrum aanwezig (DSM-V: ernstige vorm van ASS). De aanwezige gedragsproblemen kunnen volledig vanuit deze stoornis worden verklaard;
- Er is sprake van een suïcidedreiging bij het kind;
- De acute veiligheid van het kind is onvoldoende gewaarborgd als gevolg van verwaarlozing, mishandeling of seksueel misbruik door een gezinslid;

- Ouders zijn ernstig depressief, psychotisch of ernstig alcohol- en of drugsverslaafd, waardoor er onvoldoende ruimte is om aandacht te besteden aan de opvoeding van hun kind.

Ook ouders met een licht verstandelijke beperking kunnen profiteren van PMTO. Dit is geen contra-indicatie. In het traject wordt veelvuldig geoefend met concrete handelingen en zo wordt, met veel focus op wat wel lukt, in kleine stappen gebouwd aan het succes van de ouder. Zowel in het tempo als in het materiaalgebruik wordt aangesloten op wat de ouder nodig heeft om te kunnen leren. Vaak zijn bij gezinnen waarvan de ouder een licht verstandelijke beperking heeft verschillende organisaties betrokken die verschillende typen ondersteuning bieden. De PMTO therapeut vraagt hen actief om steun op de inhoud, zodat de ondersteuners dezelfde boodschappen geven.

Gezinnen worden vanuit een wijkteam, de gezinsvoogd of de huisarts bij een instelling voor specialistische jeugdhulp of jeugd-GGZ aangemeld, doorgaans bij een aanmeldteam. In dit aanmeldteam wordt bepaald welk hulpaanbod van de instelling het beste aansluit bij de hulpvraag van het gezin. Instellingen met meerdere gezinsgerichte interventies voor kinderen met externaliserende gedragsproblemen hebben vaak een beslisboom om het meest passende aanbod te bepalen (zie richtlijn Ernstig Gedragsproblemen, materialen). Wanneer PMTO een goed dan wel het best passende aanbod is, wordt bepaald of het gedrag van het kind en de omstandigheden in het gezin voldoen aan de indicatie-criteria zoals hierboven beschreven en of er geen sprake is van één of meer contra-indicaties. Dit wordt doorgaans bepaald op basis van één of meerdere intakegesprekken, in combinatie met afname van de CBCL, de Teacher's Report Form (TRF; gedragsproblemen zoals gezien door de leerkracht) en de Opvoedingsbelastingsschaal (OBVL; Praktikon, 2015).

Betrokkenheid doelgroep

Bij de ontwikkeling van het oorspronkelijke programma was de doelgroep vooral indirect betrokken. Systematische observaties in de thuissituatie van de doelgroep zijn de basis geweest voor de theorievorming onder het programma (Patterson's theorie van het wederzijds afdwingen). Ook de vorm waarin de interventie werd aangeboden is steeds aangepast op de werkzaamheid en daarmee op de ervaringen van ouders. Patterson en collega's hanteerden hierbij een systematiek waarbij zij steeds keken naar de gezinnen waarbij de interventie onvoldoende effect had, en wat daarvan kon worden geleerd over wat ouders nodig hebben om thuis meer gebruik te maken van de effectieve opvoedingsstrategieën (Patterson, Reid & Eddy, 2002). Hierdoor is stapsgewijs de manier van aanbieden van de opvoedingsstrategieën ontwikkeld die in dit werkblad wordt beschreven. Voorbeelden van ontwikkelingen zijn de toepassing en wijze van uitvoering van rollenspel, de volgorde waarin strategieën worden geïntroduceerd en het werken met een tussentijds telefonisch incheck-moment.

In de huidige doorontwikkeling zijn de ouders meer direct betrokken. In 2020-2021 is een stramien ontwikkeld om de werkwijze van PMTO via beeldbellen uit te voeren. Vanaf de eerste ontwikkeling zijn de ouders bevraagd op hun ervaringen. Deze betrokkenheid heeft geresulteerd in de (door)ontwikkeling van specifieke materialen en procedures. Voorbeelden zijn een boekje met visualisaties van veelgebruikte metaforen en de procedure dat ouders in online trajecten wekelijks post krijgen met fysieke materialen. Ook wordt een verder volledig online traject gestart met een face-to-face bijeenkomst.

Deze ontwikkelingen zijn voortgekomen uit de systematisch verzamelde feedback van ouders.

Daarnaast hebben in de afgelopen 20 jaar gezinnen met specifieke behoeften een duidelijke impact gehad op variatie in de uitvoering van het traject. Ieder specifiek traject is als pilot gezien, extra ondersteund door de supervisor, en de werkwijze en materiaalaanpassingen zijn door de supervisor landelijk gedeeld en met het supervisorenteam besproken. Specifieke materialen zijn op een centrale plek beschikbaar. Zo is gezamenlijke kennis ontstaan, die een therapeut kan benutten die het starten van een nieuw traject. De input en feedback van deze ouders was hierbij steeds leidend.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de interventie is vermindering van het externaliserend probleemgedrag bij het kind.

Subdoelen

Om het hoofddoel te bereiken richt PMTO zich op de ouders. Er is een aantal subdoelen voor ouders te onderscheiden. Na afloop van PMTO:

1. hanteren ouders meer en systematischer de effectieve opvoedingsstrategieën:
 - het stimuleren van je kind door aanmoediging;
 - het stellen van effectieve grenzen;
 - het houden van zicht en toezicht;
 - het samen probleemoplossen;
 - het op een positieve manier betrokken zijn bij je kind.
2. Het aantal ouder-kind interacties dat gekenmerkt wordt door escalatie en wederzijds afdwingen vermindert.
3. Ouders voelen zich competentier als opvoeder en voelen minder opvoedingsbelasting.

De vooruitgang op het hoofddoel en de subdoelen wordt gedurende de behandeling gevolgd met schaalvragen (ouders geven mondeling aan op een 10-puntsschaal waar zij staan, wat dat concreet betekent en hoe zij een volgende stap kunnen maken). De ernst van de externaliserende (en comorbide) gedragsproblemen en de opvoedingsbelasting van de ouders (inclusief hun competentiebeleving) worden bij afsluiting van de behandeling nogmaals gemeten met de CBCL en OBVL.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

PMTO is een individuele behandeling, waarin ouders met een therapeut iedere week een uur oefenen met het inzetten van effectieve opvoedingsstrategieën. Tussen de bijeenkomsten door heeft de therapeut met een van de ouders een telefonisch contact van 10-15 minuten, gericht op het uitvoeren van de opdracht voor thuis en de ervaringen die ouders al hebben opgedaan in de tussenliggende dagen.

Wanneer ouders als gevolg van chronische ziekte of een handicap specifieke behoeften hebben om met PMTO aan de slag te kunnen gaan, of wanneer er een taalbarrière is tussen ouder en therapeut, dan worden de benodigde aanpassingen gemaakt om tot goed lopende bijeenkomsten te komen. Er wordt gewerkt met een (gebaren)tolk op locatie. Ook vanuit de culturele achtergrond van het gezin of het beroep van een van de ouders kunnen er specifieke behoeften zijn op het gebied van plaats, tijd en wie er deelnemen aan de bijeenkomsten. Deze behoeften worden voorafgaand aan het traject expliciet geïnventariseerd en hier wordt bij aangesloten.

De interventie start met een startbijeenkomst, waarin kennis wordt gemaakt, de familie en het verdere netwerk in kaart worden gebracht en doelen worden gesteld. Aan deze doelen wordt gewerkt vanaf bijeenkomst 2, door het versterken van de inzet van effectieve opvoedingsstrategieën.

Binnen PMTO worden vijf effectieve opvoedingsstrategieën onderscheiden:

- je kind stimuleren door aanmoediging;
- effectief grenzen stellen;
- samen probleemoplossen;
- zicht en toezicht houden op je kind;
- positief betrokken zijn bij je kind.

Daarnaast worden er vier ondersteunende strategieën onderscheiden:

- duidelijke instructies geven;
- emoties herkennen en reguleren;
- actief communiceren;
- bijhouden van gedrag (observeren en registreren).

In de behandelbijeenkomsten is geen vaste volgorde in hoe de effectieve strategieën worden doorlopen. Wel wordt vastgehouden aan twee vuistregels:

- Het bekrachtigen van gewenst gedrag wordt altijd voorafgegaan door het uitlokken van gewenst gedrag (doordat ouders leren duidelijke instructies te geven).
- Het ombuigen van ongewenst gedrag (effectief grenzen stellen) wordt altijd voorafgegaan door het systematisch versterken van gewenst gedrag.

Na afronding van de behandeling, is er nazorg in de vorm van twee boostersessies: na zes weken en na zes maanden. In deze bijeenkomsten worden een of meer strategieën opgefrist.

Duur van de behandeling

Hoe lang de behandeling duurt, hangt af van de mate waarin ouders de effectieve opvoedingsstrategieën al inzetten en hoe snel zij aanvullingen daadwerkelijk thuis implementeren. Er wordt geoefend totdat ouders de effectieve strategieën systematisch en met succes thuis toepassen. Het gros van de behandelingen duurt 15-25 bijeenkomsten.

Minimaal uit te voeren onderdelen

Uit effectonderzoek naar PMTO (Stoolmiller et al., 1993) komt naar voren dat de meeste verandering op lange termijn wordt geboekt wanneer het lukt om de strategieën 'je kind stimuleren door aanmoediging' en 'effectief grenzen stellen' succesvol te doorlopen. Succesvol doorlopen wil zeggen dat ouders voor beide strategieën concrete procedures hebben uitgewerkt, deze al enkele weken toepassen en daar positieve effecten hebben bereikt. Vooral wanneer het implementeren van een procedure voor effectief grenzen

stellen gepaard ging met enige 'weerstand' bij ouders en het lukte om toch tot succesvolle implementatie te komen, was dit een belangrijke voorspeller voor blijvende verandering in de gezinsdynamiek (zie ook Tjaden & Albrecht, 2020). Om deze reden wordt als vuistregel voor de minimaal uit te voeren onderdelen aangehouden: uitlokken van gewenst gedrag (met het geven van duidelijke instructies), versterken van gewenst gedrag (met je kind stimuleren door aanmoediging) en het ombuigen van ongewenst gedrag (met effectief grenzen stellen).

Opbouw van een bijeenkomst

De bijeenkomsten duren een uur en kennen een vaste opbouw. Na het gezamenlijk opstellen van een agenda (5 minuten), wordt systematisch teruggekeken op het oefenen in de afgelopen week (opdracht voor thuis; 15 minuten). Vervolgens wordt een relevante vervolgstap gemaakt in het toepassen van een effectieve strategie. Deze wordt geoefend en geanalyseerd (30 minuten). Ouders vertrekken met een concreet plan en registratieopdracht (opdracht voor thuis; 10 minuten) gericht op hoe ze de strategie in de komende week gaan toepassen. Tussen de bijeenkomsten is er (halverwege de week) telefonisch overleg met de ouders. In 10-15 minuten gaat de therapeut na welke ervaringen de ouders tot nu toe hebben opgedaan met de opdracht voor thuis en stimuleert hen tot verder oefenen.

Inhoud van de interventie

Werving

PMTO wordt uitgevoerd door organisaties voor specialistische jeugdhulp. De werving vindt daardoor plaats op het niveau van jeugdprofessionals en de organisaties waar zij voor werken. Om ervoor te zorgen dat in een regio bekend is dat dit aanbod beschikbaar is voor gezinnen die het nodig hebben, worden warme contacten onderhouden met verwijzers. Voor geïnteresseerden (professionals en ouders) is er informatiemateriaal in de vorm van korte filmpjes met uitleg of met ouders of therapeuten die hun ervaringen delen (zie www.pmtto.nl). Vaak hebben de uitvoerende organisaties ook filmpjes of geschreven verhalen met ouders uit de eigen regio¹. Deze informatie kunnen ouders bekijken voordat zij besluiten te starten met PMTO.

Startbijeenkomst

Wanneer is vastgesteld dat PMTO een passende behandeling is voor een gezin, en ouders toestemming hebben gegeven voor het opnemen van alle bijeenkomsten ten behoeve van supervisie en voor het benutten van de vragenlijsten en beelden ten behoeve van onderzoek, kan de startbijeenkomst worden gepland. In deze startbijeenkomst maken ouders en therapeut kennis met elkaar. Op een actieve manier en vanuit concrete werkvormen brengt de therapeut de familie en het bredere netwerk van ouders en kind in kaart te brengen en bevraagt de ouders op steunbronnen in dit netwerk. Ook worden ouders uitgenodigd om meer te delen over de aanleiding om nu deze hulp te zoeken en wat zij in de komende periode veranderd willen zien. Ook krijgen de ouders hun eerste opdracht voor thuis mee, gericht op het formuleren van krachten van elkaar en van de kinderen.

Behandelbijeenkomsten (14-25)

In de tweede bijeenkomst wordt gestart met het uitwerken van de eerste strategie. De meeste ouders hebben als een van hun doelen iets genoemd in de lijn van 'sneller en

¹ Zie bijvoorbeeld de verhalen op de website van [Elker](http://Elker.nl) en [Yorneo](http://Yorneo.nl).

zonder discussie doen wat ik zeg' of 'vaker en uit zichzelf dingen doen'. Vanuit deze wens wordt de link gelegd met het gedrag van de ouder: wat kan een ouder doen om het makkelijker te maken voor een kind om dit te doen? Deze vraag wordt gezamenlijk onderzocht, aan de hand van een serie rollenspellen, waarin de therapeut verschillende opties laat zien.

Op deze manier wordt gestart met het vaardiger maken van de ouders in het benoemen en uitlokken van gewenst gedrag. Waar precies de nadruk op ligt bij het oefenen en het met elkaar ontdekken van wat effectief is, hangt af van de leeftijd van de kinderen, het gedrag van het aangemelde kind en van wat voor de ouders lastig is om te doen of om vol te houden.

Effectieve en ondersteunende strategieën

Uiteindelijk worden ouders tijdens de behandeling vaardiger in het systematisch toepassen van effectieve strategieën. Het gaat dan om de vijf opvoedingsstrategieën:

- je kind stimuleren door aanmoediging;
- effectief grenzen stellen;
- samen probleemoplossen;
- zicht en toezicht houden op je kind;
- positief betrokken zijn bij je kind.

En de vier ondersteunende strategieën, die verweven zijn met de effectieve opvoedingsstrategieën:

- duidelijke instructies geven;
- emoties herkennen en reguleren;
- actief communiceren;
- bijhouden van gedrag (observeren en registreren).

Bij ieder van de vijf opvoedingsstrategieën horen verschillende vaardigheden en procedures. Zo horen bij het effectief grenzen stellen vaardigheden zoals bijvoorbeeld je kind een duidelijke instructie geven, de time-out procedure uitvoeren, een taak geven, jezelf rustig houden en een goede herstart maken na een time-out of taak. Wat er precies geoefend wordt en hoeveel tijd daaraan besteed wordt, hangt af van de ouders al doen, de leeftijd van de kinderen in huis en het gedrag van het aangemelde kind. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat met sommige ouders alleen de time-out procedure wordt uitgewerkt en thuis geïmplementeerd, met andere ouders alleen het geven van een taak (als milde consequentie voor ongewenst gedrag) en met weer andere ouders beide procedures.

Procedures uitwerken en oefenen en het voorbereiden van de toepassing thuis

Voordat ouders thuis met een strategie aan de slag gaan, wordt deze in één of meer bijeenkomsten goed voorbereid. Zo wordt bij de strategie 'je kind stimuleren door aanmoediging' bijvoorbeeld vastgesteld welk gedrag de ouders meer willen zien bij hun kind en welke procedure het beste past bij het systematisch versterken van dit gedrag (een tokensysteem of een beloningskaart). Ouders bepalen wat zij belangrijk vinden om van hun kind te vragen en te kunnen verwachten, en wat dus het doelgedrag wordt dat zij gaan versterken. Vervolgens werken de ouders met ondersteuning van de therapeut een systeem uit, aan de hand van een aantal stappen. Voorbeelden van stappen zijn 1) het opstellen van een menu van dagbeloningen die aantrekkelijk zijn voor het kind en haalbaar voor ouders, 2) het bedenken wat de ouders kunnen doen om in het moment zelf het gewenste gedrag uit te lokken of te bekrachtigen en 3) het kiezen van een goed

moment om dagelijks, volgens een vast format, te evalueren of het gelukt is om het gewenste gedrag voldoende te laten zien. Al werkende maken ouders zich de effectieve details eigen die de kans op succesvolle uitvoering en het bereiken van het beoogde doel vergroten. Bijvoorbeeld dat het kind niet alles goed hoeft te doen om de beloning te verdienen ('70% is goed genoeg') en dat zij door vertrouwen uit te spreken en met hun complimenten tussendoor het zelfvertrouwen van hun kind versterken. Op deze manier ontwikkelen de ouders een specifieke manier van kijken naar gedrag en naar wat zij als ouders kunnen doen om dit te beïnvloeden.

Wanneer de ouders klaar zijn met de uitwerking van het systeem, bereiden zij voor hoe en wanneer zij hun kind (en vaker hun kinderen) gaan uitleggen wat er gaat gebeuren. De therapeut staat model in hoe de uitleg eruit kan zien en ouders kunnen in de rol van kind ervaren hoe de uitleg overkomt. De therapeut bevraagt de ouders op enkele effectieve elementen in de uitleg en welke impact deze elementen hadden. Vervolgens worden de rollen omgedraaid en oefenen de ouders een uitleg met deze elementen. Er wordt afgesloten met het kiezen van een goed moment (in de komende week) waarop de ouders de uitleg aan de kinderen gaan geven en het beloningssysteem van start gaat.

Oefenen/rollenspel

Het oefenen/rollenspel heeft een standaardopzet waarbij de therapeut altijd eerst model staat en een of beide ouders de vaardigheid laat ervaren als kind. Vervolgens analyseren ouders en therapeut het gedrag van 'de opvoeder' en het effect daarvan op 'het kind'. Belangrijke inzichten (en stappen) worden op een flap genoteerd. Dan wisselen therapeut en ouders van rol en oefenen de ouders de vaardigheid, een aantal keer. Ook op dit oefenen volgt steeds een korte en krachtige reflectie, waarbij de nadruk ligt op het gedrag van 'de opvoeder' en het effect daarvan op 'het kind'.

Door meerdere keren te oefenen en ook de moeilijkheidsgraad te laten toenemen (bijvoorbeeld door een steeds groter beroep te doen op de emotieregulatie van de ouders), worden de ouders vaardiger in de uitvoering en krijgen zij meer vertrouwen in hun eigen handelen en de impact daarvan. Ook oefenen ouders hoe ze elkaar meer kunnen steunen in het moment zelf en hoe ze op andere momenten samen kunnen voorbereiden en evalueren ('het sterke ouderteam'). Verder wordt in de bijeenkomst met de therapeut tijd ingeruimd om 'problemen te voorspellen': zaken die het moeilijk maken om een procedure uit te voeren zoals bedacht en hier voor langere consequent in te zijn.

Pas wanneer de ouders zich vaardig voelen in het uitvoeren van een procedure, zij alle voorbereidingen hebben getroffen en er gezamenlijk oplossingen zijn bedacht voor de problemen die ze voorspellen, wordt de uitleg voor de kinderen gepland en geoefend. Daarna pas gaan ouders thuis aan de slag. Deze zorgvuldige, gedetailleerde voorbereiding vormt een 'set-up for success': ouders en therapeut hebben samen de kans sterk vergroot dat de ouders succesvol zullen zijn in het uitvoeren van de procedure. Het is reëel om te verwachten dat hun gedrag een positieve impact heeft op het gedrag van het kind.

Ervaringen analyseren en toepassing thuis gericht verbeteren

Wanneer ouders thuis ervaringen opdoen, houden zij hun ervaringen bij door middel van een registratieopdracht (opdracht voor thuis). Deze registratie vormt de basis om in de volgende bijeenkomst successen te analyseren en problemen te tackelen. Dit heet binnen PMTO 'troubleshooten': vaardigheden van ouders worden in kaart gebracht waarbij

successen worden gevierd en aan hiaten wordt gewerkt. Hierdoor wordt de toepassing thuis systematischer en effectiever. Het troubleshooten gaat door tot ouders een aantal weken voldoende succes hebben behaald en zij de uitvoering van de strategie goed in hun dagelijks opvoedingsgedrag hebben geïntegreerd. Voor iedere strategie zijn er vuistregels die richting geven met betrekking tot wanneer deze voldoende geïmplementeerd is. De therapeut kan deze vuistregels aanscherpen, afhankelijk van de situatie en cultuur van het gezin en de vaardigheden van de ouders. Op basis van de registratieopdrachten bepalen therapeut en ouders gezamenlijk of de strategie voldoende geïmplementeerd is en of het doel dat ouders hiermee wilden bereiken (bijvoorbeeld dat het kind beter luistert of dat er minder ruzie is in huis) daadwerkelijk bereikt is. Voorbeelden van voldoende implementatie en behaald succes zijn: 'de kinderen volgen 70% van de duidelijke instructies die ouders geven binnen 10 seconden op' en 'het kind heeft 3 weken achtereen zijn dagbeloning gehaald (wat ook betekent: ouders hebben 3 weken achtereen eenzelfde systeem volgehouden) en de routine waarop de beloningskaart betrekking heeft, is één maal aangescherpt'.

Aansluiten bij ieder gezin

PMTO sluit aan bij de cultuur van het gezin. Binnen PMTO wordt gewerkt met universele strategieën om gedrag van kinderen te stimuleren en sturen (zie ook de onderbouwing). Hoewel de sturingsmechanismen en effectieve principes universeel zijn, wordt de uitwerking steeds toegesneden op wat past bij het gezin waarmee wordt samengewerkt. Focussen op wat je wel wilt zien, daarover duidelijk en kalm communiceren en waardering tonen voor kleine stappen in de goede richting, is wat nodig is om gewenst gedrag bij het kind te stimuleren en sturen. Vervolgens wordt samen met de ouders concreet geoefend en gereflecteerd op deze effectieve elementen: 'is deze instructie voor u zowel vastberaden als vriendelijk?', 'wat is voor u een goed moment om deze te geven, een moment waarop u kalm kunt blijven en uw kind kan opvolgen zonder gezichtsverlies?' 'hoe zorgt u ervoor dat er geen discussie komt en dat anderen zich er op dat moment niet mee gaan bemoeien?'.

Ouders bepalen steeds wat zij belangrijk vinden om van hun kind te vragen en te kunnen verwachten. De toevoeging vanuit PMTO gaat dus niet zozeer om *wat* kinderen geleerd zou moeten worden, maar meer om *hoe* je het aanleren kunt aanpakken. Hoe bijvoorbeeld 'het sterke team' van ouders eruitziet, dus hoe ouders elkaar steunen richting de kinderen en bij het uitvoeren van de strategieën, verschilt per gezin. Maar voor alle gezinnen geldt dat wordt toegewerkt naar een sterk team en een vorm van steun tussen de betrokken volwassenen onderling. Ouders weten zelf het beste wat voor hen haalbaar is. Soms worden op specifieke momenten hier ook andere familieleden bij betrokken, om het belang van iets te benadrukken richting de kinderen of om goedkeuring te krijgen op een bepaalde aanpak.

De routines die worden versterkt, zijn vaak universeel: opstaan en klaar maken voor school, thuiskomen, eten, zelfverzorging, naar bed gaan. Hoe een routine eruitziet, en wat in deze routine van de kinderen en de ouder(s) wordt verwacht, verschilt. Ouders expliciteren wat zij belangrijk vinden en wat zij willen zien van hun kind. PMTO biedt het systeem en enkele principes die toepassing van het systeem succesvol maken (goede uitleg vooraf, dagelijkse evaluatie en beloningen, menu van beloningen, beperkt aantal stappen, looptijd, etc.).

Veiligheid in het gezin

De strategieën die ouders zich eigen maken dragen bij aan vergroting van de veiligheid in het gezin. Op het voorkómen van escalaties en het versterken van een positieve, steunende sfeer in huis, ligt vanaf de start de focus, zeker omdat veel ouders dit ook expliciet als hun doel benoemen. Waar nodig benut de therapeut Signs-of Safety² hulpmiddelen.

Afronding

Wanneer de doelen van de ouders bereikt zijn en zij in ieder geval zowel het aanmoedigen als het effectief grenzen stellen systematisch toepassen thuis, komt er een einde aan de wekelijkse bijeenkomsten. Er vindt een evaluatie plaats, waarin de uitkomsten van de opnieuw ingevulde vragenlijsten worden besproken en er een beschrijving wordt gemaakt van de belangrijkste inzichten en opbrengsten van het traject. Deze kunnen ouders gebruiken als terugvalpreventieplan. Ook wordt deze vaak benut om als relevante informatie te delen met de verwijzer en andere (toekomstige) hulpverleners.

Boostersessies

In het kader van de afronding vinden na zes weken en na zes maanden nog twee bijeenkomsten plaats: de boosters. In deze boostersessies wordt stilgestaan bij successen die de ouders en het gezin in de afgelopen periode hebben opgedaan bij het toepassen van de strategieën en het aanpakken van uitdagingen. De verandering die ouders hebben doorgevoerd in hun gedrag naar de kinderen en de impact daarvan op het gedrag van de kinderen wordt nogmaals benadrukt. Er wordt vooruitgekeken naar mogelijke uitdagingen en hoe ouders deze willen aanpakken. De beschrijving met belangrijkste inzichten en opbrengsten wordt aangevuld, wanneer dat past.

² <https://www.movisie.nl/sites/default/files/2019-12/methodebeschrijving-signs-of-safety.pdf>

2. Uitvoering

Materialen

Specifiek voor de Nederlandse situatie is voor PMTO-therapeuten een methodiekhandleiding gemaakt, waarin alle informatie is gebundeld en waarin de theoretische basis van PMTO is toegelicht en de werkwijze is uitgewerkt aan de hand van concrete voorbeelden. Daarnaast is er een (digitale) map met oudermaterialen beschikbaar, die therapeuten indien nodig kunnen aanpassen en zo nog meer op het gezin kunnen toesnijden. Deze materialen ontvangen therapeuten wanneer zij in opleiding tot PMTO-therapeut gaan. Ter ondersteuning van een effectieve uitvoering door de therapeut is er een web-based reflectiesysteem beschikbaar³, waarin de therapeut de opname van iedere sessie uploadt en op zijn eigen handelen reflecteert. Dit digitale reflectiesysteem is daarmee een onmisbaar onderdeel ('materiaal') voor de uitvoering van PMTO.

Voor de opleiding van PMTO-therapeuten is een opleidingsdraaiboek samengesteld, inclusief opleidingsmaterialen (powerpoints, opnames, opdrachten). Dit draaiboek is bedoeld voor de opleiders van PMTO therapeuten. Het draaiboek wordt up-to-date gehouden en verstrekt via het Kenniscentrum PMTO Nederland, dat is ondergebracht bij PI Research.

Op de website www.pmtto.nl is zowel voor ouders als voor professionals informatie over PMTO in de vorm van folders, artikelen, factsheets e.d. beschikbaar. Nieuw ontwikkelde materialen, onderzoeksartikelen en ervaringsverhalen worden gedeeld binnen het netwerk dat de supervisors binnen de uitvoerende instellingen vormen met de opleiders van het Kenniscentrum PMTO Nederland.

Locatie en type organisatie

0 Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren
0 Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning
X Gespecialiseerde hulp

PMTO wordt uitgevoerd door instellingen voor specialistische jeugdhulp en jeugd-GGZ. Deze instellingen hebben een team van minimaal vier therapeuten en een supervisor.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Opleiding

De PMTO therapeut heeft een relevante HBO-opleiding (zoals sociaal-pedagogische hulpverlening, pedagogiek of maatschappelijk werk) of WO-opleiding (zoals psychologie of pedagogiek) succesvol afgerond en heeft daarnaast de PMTO-opleiding succesvol afgerond.

De opleiding tot PMTO-therapeut omvat zes onderdelen:

1. Deelname aan de 10 opleidingsdagen.

³ Dit systeem voor Professionele Ontwikkeling, Kwaliteitsborging, Opleiding en Nascholing, kortweg POKON, is een online database die in opdracht van PI Research is ontwikkeld. Hierdoor worden op veilige wijze de beelden van therapeuten en gezinnen bewaard en beschikbaar gesteld ten behoeve van 1) dagelijks uitvoering, 2) de opleiding en 3) het kwaliteitssysteem.

2. Het deelnemen aan wekelijkse supervisie (=methodische werkbegeleiding) op basis van beelden, met behulp van het Fidelity of Implementation Rating System (FIMP).
3. De behandeling van minimaal drie gezinnen.
4. Het ontvangen van schriftelijke feedback over (delen van) bijeenkomsten met deze gezinnen.
5. Certificering op vier opnamen van bijeenkomsten met twee 'certificerings'gezinnen.

De opleiding bestaat uit 10 dagen en is verdeeld in vier blokken over driekwart jaar. Tussen Blok 1 en Blok 2 zit een periode van een maand. Tussen de overige blokken zit ongeveer 2½ maand. Tijdens de opleidingsblokken leren de therapeuten de theoretische basis van PMTO en de effectieve (opvoedings)strategieën kennen en leren ze hoe ze deze strategieën bij ouders op maat kunnen versterken. Er wordt veel aandacht besteed aan de didactische en procesvaardigheden van de therapeut. Deze vaardigheden worden door voortdurende oefening en gezamenlijke reflectie op eigen beelden en beelden van anderen systematisch aangeleerd en/of versterkt. Er is dus een duidelijke parallel tussen hoe ouders de effectieve opvoedingsstrategieën leren en hoe therapeuten PMTO leren.

In deze parallel-aanpak past ook het feit dat therapeuten pas starten met hun certificeringsgezinnen wanneer zij PMTO voldoende effectief uitvoeren. Dit moment wordt individueel bepaald (door de opleiders die feedback geven op de uitgevoerde behandelingen), maar is maximaal één jaar na het laatste opleidingsblok. Dan heeft een therapeut vervolgens één jaar de tijd om te certificeren.

Na certificering worden therapeuten opgenomen in het bestand van PMTO-therapeuten met een geldige licentie. Om de behandelintegriteit van therapeuten ook na certificering te waarborgen, vindt jaarlijks licentieverlening plaats (zie kwaliteitsbewaking).

Opleiding, certificering en licentieverlenging vinden plaats onder verantwoordelijkheid van het Kenniscentrum PMTO Nederland en wordt gefinancierd door de uitvoerende instellingen. De selectie van kandidaten die starten met de opleiding tot therapeut vindt plaats bij en onder verantwoordelijkheid van de uitvoerende organisaties. Er is een protocol beschikbaar voor de werving en selectie van kandidaat-therapeuten, waar organisaties vaak gebruik van maken. Op uitnodiging maakt soms ook een opleider van het Kenniscentrum onderdeel uit van dit proces.

Therapeut functioneert in team, in organisatie voor specialistische jeugdhulp

Een PMTO-therapeut maakt onderdeel uit van een team van minimaal vier therapeuten en een supervisor. Deze supervisor is een gedragswetenschapper of GZ-psycholoog of Orthopedagoog-generalist. Kennis van (de diagnostiek en behandeling van) psychopathologie, bij kinderen en volwassenen, is geborgd, zowel binnen het team, als binnen de grotere organisatie (specialistische jeugdhulp, jeugd-GGZ) waarin het team functioneert.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit wordt bewaakt door het gehele pakket van startkwalificaties, opleiding, groepssupervisie (=methodische werkbegeleiding), certificering en licentieverlenging. De licentieverlenging is jaarlijks, op basis van deelname aan bijscholing (1 dag), methodische werkbegeleiding (20x per jaar 2 uur) en beoordeling van de behandelintegriteit in één behandelsessie. De bijscholing en beoordeling worden

uitgevoerd door opleiders van het Kenniscentrum PMTO, de methodische werkbegeleiding door de interne PMTO-supervisor. De uitvoering van de methodische werkbegeleiding wordt jaarlijks beoordeeld door opleiders van het Kenniscentrum PMTO, eveneens op basis van beelden.

Op concreet niveau zijn belangrijke middelen om de kwaliteit van de uitvoering te bewaken:

- 1) de zelfreflectie en teamreflectie (in de supervisie) op beelden van de bijeenkomsten;
- 2) de FIMP als integraal instrument voor opleiding, supervisie en beoordeling.

Zelfreflectie

De therapeut neemt elke sessie die hij uitvoert op en deze beelden worden geüpload naar een systeem waarin de therapeut zijn eigen handelen evalueert. Vragen naar aanleiding van deze zelfevaluatie brengt de therapeut in in de groepssupervisie, opnieuw aan de hand van beelden.

FIMP

Het Fidelity of Implementation Rating System (FIMP) is een beoordelingsinstrument waarmee een oordeel kan worden geveld over de mate waarin de therapeut het PMTO-model uitvoert zoals bedoeld (Knutson, Forgatch, Rains & Sigmarsdóttir, 2009). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen vijf dimensies waarop de therapeut voldoende vaardigheden moet laten zien: PMTO kennis, structuur, didactische vaardigheden, procesvaardigheden en algehele ontwikkeling. Op iedere dimensie wordt een aantal elementen onderscheiden die in een competente uitvoering van PMTO terug te vinden zijn. De FIMP vormt in feite de gemeenschappelijke taal van PMTO, die consequent wordt gebruikt in opleiding, reflectie en beoordeling (zie ook Albrecht, 2009).

Nederland heeft een team van PMTO opleiders die jaarlijks 10 maal gezamenlijk een fragment beoordelen, om hun onderlinge betrouwbaarheid en de betrouwbaarheid met het internationale FIMP-team op peil te houden (zie ook Sigmarsdóttir et al., 2023). Uit onderzoek naar de FIMP blijkt dat het een betrouwbaar en valide instrument is om een effectieve uitvoering van PMTO te meten: hogere scores hangen samen met een grotere effecten bij kind en ouders (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005).

Borging is doorontwikkeling

Een andere, maar even belangrijke waarborg voor de kwaliteit van PMTO is de continue gerichtheid op doorontwikkeling. Deze doorontwikkeling wordt gevoed door enerzijds de behoeften uit de uitvoeringspraktijk (gezinnen en organisaties) en anderzijds door informatie over de effecten. Jaarlijks wordt door de supervisoren en opleiders een jaarplan opgesteld, dat door de stuurgroep wordt goedgekeurd, waarna verdiepend of verbredend materiaal wordt ontwikkeld, dat vervolgens landelijk wordt geïmplementeerd (via de bijscholing en supervisie). Een greep uit ontwikkelingen in de afgelopen 15 jaar zijn het bespreken van veiligheid en maken van een veiligheidsplan, uitvoering via beeldbellen en telefoon, goed aansluiten op de behoeften van laaggeletterde ouders, het gelijktijdig werken in twee gezinnen (complexe scheiding), passende aandacht voor de cultuur van het gezin en het optimaal benutten van het telefoontje tussendoor. Zo werken we structureel samen aan het steeds beter laten aansluiten van de robuuste basisaanpak van PMTO bij zo veel mogelijk gezinnen. Hierdoor ontstaat een effectieve combinatie van de energie van innovatie en de kracht van herhaling.

Internationaal is eenzelfde trend te zien, die PMTO in Nederland ook beïnvloedt. Een voorbeeld hiervan is dat in een recente publicatie door Sigmarsdóttir et al. (2023) de vraag wordt gesteld of het, gezien de voorspellende waarde van de mate waarin aandacht is besteed aan emotieregulatie en actief communiceren voor de mate van probleemreductie, zinvol is deze ondersteunende strategieën een andere plek binnen de interventie te geven (Sigmarsdóttir et al, 2023, p.9). Dit voorbeeld maakt duidelijk dat op basis van onderzoeksuitkomsten ook het theoretisch model kan worden aangescherpt. De interventie is 'research-driven' en wordt de kwaliteit van de uitvoering wordt mede geborgd door voortdurende aanscherping.

Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van PMTO is vervulling van enkele organisatorische randvoorwaarden noodzakelijk:

- PMTO therapeuten maken onderdeel uit van een team van minimaal vijf therapeuten. Een van deze vijf wordt opgeleid tot supervisor.
- De organisatie faciliteert de tijd en gelegenheid die nodig is voor de PMTO-opleiding, methodische werkbegeleiding, zelfreflectie en jaarlijkse kwaliteitseisen.
- De organisatie zorgt voor apparatuur (meestal een laptop of Ipad) waarmee opnames kunnen worden gemaakt en geüpload naar de online database². Voor de groepssupervisie faciliteert de organisatie een plek waar gezamenlijk beelden in de database bekeken kunnen worden.
- De organisatie levert structureel gegevens aan over de effecten van de interventie, zodat hiermee onderzoek gedaan kan worden.
- De organisatie faciliteert en draagt bij aan de doorontwikkeling zoals hierboven beschreven.

Behandelinhoudelijk is het voor een goede uitvoering noodzakelijk dat de behandelingen worden uitgevoerd in organisaties waar behandelverantwoordelijkheid gedragen kan worden voor gezinnen die kampen met (een opeenstapeling van) ernstige problemen. Op deze manier is passende ondersteuning sneller te betrekken, binnen het lopende traject, mocht er zich een bijzondere omstandigheid voordoen.

Implementatie

Wanneer een instelling wil starten met een PMTO team, dan worden zij daarin begeleid vanuit het Kenniscentrum PMTO Nederland. Concreet is er een 'readiness checklist' beschikbaar. Dit is een overzicht van wat er gerealiseerd moet worden voor een goede implementatie. De instelling start met het invullen van de readiness checklist, en maakt op basis daarvan een plan voor de implementatie. Aan de readiness checklist zijn bijlagen gekoppeld, die de organisatie als inspiratiebronnen kan gebruiken (o.a. een functieomschrijving en modulebeschrijving). Bij de uitvoering van het implementatieplan wordt zowel ondersteuning geboden vanuit het Kenniscentrum PMTO Nederland als vanuit andere uitvoeringsorganisaties. Doordat er zoveel structurele samenwerking is op inhoud en organisatie, wordt een startende instelling gedurende de volledige implementatie ondersteund.

Kosten

Bij de berekening van de bekostiging van een PMTO traject wordt uitgegaan van de gemiddelde behandelduur van 22 bijeenkomsten. Dit levert een norm op per traject van 84 uur voor de PMTO-therapeut en 10,5 uur voor de supervisor (tevens

behandelverantwoordelijke). In deze urenberekening zijn de indirecte uren van voorbereiding, dossierregistratie, zelfreflectie, supervisie en MDO's meegenomen.

De opleiding en certificering van een therapeut kost 10.500 euro. De kosten van de jaarlijkse bijscholing en beoordeling van een therapeut (als onderdeel van de licentieverlenging) zijn 570 euro. Instellingen die PMTO uitvoeren dragen jaarlijks 4.000 euro bij aan het Kenniscentrum PMTO Nederland, om gezamenlijk activiteiten uit te voeren op het gebied van doorontwikkeling, borging, onderzoek en verspreiding.

3. Onderbouwing

Probleem

Kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen vertonen een grote verscheidenheid aan sociaal storend gedrag, waaronder dwars en opstandig gedrag, prikkelbaar en driftig gedrag, anderen ergeren, antisociaal gedrag en agressief gedrag (Matthys, 2019; Matthys & Lochman, 2017). De richtlijnen Ernstige gedragsproblemen volgend (www.richtlijnenjeugdhulp.nl; De Lange et al., 2020) kan van ernstige gedragsproblemen worden gesproken wanneer één of meerdere van deze typen storend gedrag gedurende enkele maanden voorkomen met bovendien nadelige gevolgen voor het kind en/of zijn omgeving. In 2021 wordt door 16% van de leerlingen in groep 8 verhoogd gescoord op de gedragsproblemenschaal van de SDQ (Boer et al., 2022). Nederlands onderzoek naar de prevalentie van gedragsstoornissen in de kindertijd is er niet. De Graaf, Ten Have en Van Dorsselaer (2010) vinden bij jongvolwassenen dat zij retrospectief gedragsproblemen rapporteren die maken dat 12% ooit in hun leven lijkt te voldoen aan de criteria voor een antisociale gedragsstoornis en 3% aan de criteria van een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (life-time prevalentie).

De nadelige gevolgen van ernstige externaliserende gedragsproblemen liggen in de verstoring van de relaties met belangrijke anderen, thuis en op school. Ernstige gedragsproblemen bemoeilijken het functioneren op school en het aangaan van contacten met adequaat functionerende leeftijdgenoten. Kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen krijgen vaak negatieve reacties van hun ouders, leraren, broers, zussen en leeftijdgenoten. Zij hebben vaak conflicten, komen op school minder aan leren toe en denken dat anderen tegen hen zijn (Tjaden & Albrecht, 2020; Orobio de Castro & Van Dijk, 2018). De volwassenen om hen heen ervaren vaak handelingsverlegenheid: de interacties roepen boosheid op en het is moeilijker om deze kinderen te sturen en consequent effectieve opvoedingsstrategieën toe te passen (Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018). Ouders en kinderen komen in een negatieve spiraal, het interactiepatroon wordt steeds negatiever en de gedragsproblemen worden steeds erger (Patterson, 1982; Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

Op langere termijn leiden de externaliserende gedragsproblemen tot diverse negatieve uitkomsten: uitstoting uit de groep leeftijdgenoten (McDonald & Gibson, 2018), schorsing en verwijdering van school en verhoogde kans op schooluitval (De Lange et al., 2020; Matthys & Van West, 2014), een lager opleidingsniveau resulterend in werkloosheid (Maughan & Rutter, 2001), aansluiting vinden bij jongeren die strafbare feiten plegen met het risico van "deviancy training" (Utrzan, Piehler, & Dishion, 2018), verhoogde kans op criminaliteit (Maughan & Rutter, 2001; Patterson, Forgatch & DeGarmo, 2010) en psychiatrische problematiek zoals depressies, verslaving en een antisociale persoonlijkheidsstoornis (De Lange et al., 2020; Frick & Wall Meyers, 2018).

Naast negatieve uitkomsten voor de kinderen zelf, zorgen de gedragsproblemen ook voor negatieve maatschappelijke gevolgen (Rivenbark et al., 2018). Op vierjarige leeftijd zijn de kosten voor kinderen met gedragsproblemen al hoger dan voor kinderen zonder gedragsproblemen (Raaijmakers et al., 2011). Uit een studie van Scott en collega's (2001) blijkt dat de kosten voor onderwijs, gezondheidszorg, justitie, en sociale voorzieningen op lange termijn tien keer hoger zijn voor kinderen met

gedragsstoornissen, dan die voor kinderen zonder ernstige externaliserende gedragsproblemen.

Oorzaken

Ernstige externaliserende gedragsproblemen ontstaan vanuit een opeenstapeling van diverse kind- en ouder/gezinsfactoren. Kindfactoren die bijdragen aan de ontwikkeling van gedragsproblemen zijn onder andere pre- en perinatale problemen, een moeilijk temperament, gen-omgeving interacties en neurobiologische afwijkingen (Matthys, 2019; De Lange et al., 2020). Ook de omgeving speelt een belangrijke rol bij het ontstaan en het in stand houden van gedragsproblemen. Het gaat hier om specifieke ouder-kindinteracties of beperkte opvoedingsvaardigheden van ouders, maar ook andere factoren in het gezin spelen een rol, zoals persoonlijkheidskenmerken van de ouders, de mate waarin zij elkaar steunen, de kwaliteit van hun relatie en de materiële omstandigheden (Barry, Lindsey, Fair & DiSabatino, 2018; Reid, Patterson & Snyder, 2002; Maughan, Rowe & Murray, 2018).

Patterson (1982; 2005) observeerde in gezinnen met kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen een negatief interactiepatroon waarbij het wederzijds afdwingen ('coercive interaction') op de voorgrond staat (zie verder het onderdeel verantwoording). Dit interactiepatroon bekrachtigt het externaliserende probleemgedrag van het kind: dat gedrag levert het kind het meest op (met name aandacht & vermijding van eisen; Snyder & Stoolmiller, 2002). Het negatieve interactiepatroon leidt tot opvoedingsstress bij de ouders en deze stress versterkt ook weer het negatieve interactiepatroon (Neece, Green & Baker, 2012).

Ook de omstandigheden waarin het gezin moet functioneren of heeft moeten functioneren, kunnen de kans op bovenstaand patroon vergroten. Denk hierbij aan intergenerationale problematiek, armoede, migratie, post-traumatische stressproblemen na vluchten of door uitzending van een of beide ouders als militair. Doordat beschermende factoren wegvallen en risicofactoren hun tol eisen, wordt de stress in het gezin steeds groter. Dit vergroot het risico op het ontstaan van een negatief interactiepatroon.

Aan te pakken factoren

PMTO richt zich op de ouder-kind interactie (het wederzijds afdwingen) en ineffectieve opvoedingsvaardigheden. Tijdens PMTO leren ouders effectieve opvoedingsstrategieën (subdoel 1) om gewenst gedrag van hun kind te versterken en ongewenst gedrag van hun kind systematisch om te buigen. Hierdoor vermindert het aantal interacties dat gekenmerkt wordt door escalatie en wederzijds afdwingen; het patroon wordt doorbroken en ouders zijn in staat het gedrag van hun kind bij te sturen, te structureren en te reguleren (subdoel 2). Het aantal positieve interacties tussen ouder en kind neemt toe en ouders voelen zich meer positief betrokken bij hun kind. Zij besteden meer positieve tijd aan en met hun kind en doen meer leuke dingen samen (subdoel 3). Ouders ervaren de invloed die zij op hun kind hebben, voelen zich competent als opvoeder en minder belast (subdoel 4). Opvoedingsstress is daarmee ook een risicofactor waar de interventie zich op richt. Door deze verbeteringen in het opvoedingsgedrag, de beleving van de ouder (1 en 4) en de ouder-kind-interactie (2 en 3) verandert het gedrag van het kind en verminderen uiteindelijk de externaliserende gedragsproblemen (hoofddoel).

Verantwoording

De basis van de PMTO aanpak is gelegen in de leertheorieën/gedragstherapie, met name in de operante leertheorie en sociale leertheorie (Orlemans, Eelen & Hermans, 2007). Uit literatuuroverzichten en meta-analyses (Bijv. Carr, 2006; Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Weisz & Kazdin, 2010; Menting, Albrecht & Orobio de Castro, 2015) blijkt keer op keer dat training van opvoedingsvaardigheden bij ouders de meest succesvolle aanpak is in de behandeling van externaliserend probleemgedrag bij kinderen. Voor de effectieve opvoedingsstrategieën wordt, naast het werk van Patterson en collega's, onderbouwing gevonden in de internationale literatuur naar de behandeling van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen (bijvoorbeeld Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008; Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018).

De basis van het theoretisch kader van PMTO is het Social Interaction Learning Model (SIL-model) dat in de loop der jaren steeds verder empirisch is onderbouwd en uitgebreid (Patterson, 1982, 2005; Patterson, Reid & Dishion, 1992; Patterson, Forgatch & DeGarmo, 2010; Granic & Patterson, 2006; Snyder & Stoolmiller, 2002). De kern van het SIL model leert ons dat externaliserende gedragsproblemen bij kinderen ontstaan en in stand worden gehouden door negatieve bekrachtiging van het gedrag door belangrijke anderen in de directe omgeving. In de kindertijd zijn dit met name de ouders. Typerend voor de interacties tussen kinderen met externaliserende gedragsproblemen en hun ouders is dat ongewenst, agressief gedrag van het kind consequent positieve gevolgen heeft, terwijl als het kind prosociaal gedrag laat zien deze positieve gevolgen ontbreken. In leertheoretische termen gaat het om een sterke contingentie met als kern vermijding (= negatieve bekrachtiging), voor zowel het kind als de ouder. Ter illustratie een voorbeeld:

Een moeder geeft haar zoon een uitbrander dat hij nog niet aan zijn huiswerk is begonnen (1), de zoon gaat in discussie en/of geeft zijn moeder een grote mond (2), moeder bindt in en praat rustiger, gaat over op een ander onderwerp of zegt dat het ook later kan (3), en zoon reageert ook rustiger en gaat door waar hij mee bezig is (4). Eind van het verhaal: er wordt geen huiswerk gemaakt (5).

Onbewust leert zoonlief hierdoor keer op keer dat zijn agressieve gedrag (2) tot gevolg heeft dat moeder stopt met haar agressieve gedrag (1) (ontsnapping aan negatief gevolg) en dat hij kan blijven doen wat hij wil doen (4) en niet aan de eisen horend bij huiswerk hoeft te voldoen (5; vermijding van negatief gevolg). Moeder leert onbewust dat zij agressief gedrag van haar kind (2) kan stoppen door in te binden (3; ontsnapping aan negatief gevolg) en zo de situatie ten goede keert en controleert, in ieder geval in het moment. Deze zogenaamde 'dubbele binding' (negatieve bekrachtiging door ontsnapping/vermijding voor beide partijen) maakt het patroon van wederzijds afdwingen (*coercion*) zo dominant en persisterend. De contingentie voor gewenst gedrag van het kind daarentegen is zwak en de bekrachtiging minimaal.

Willen we dat de gedragsproblemen van het kind afnemen, dan is het dus zaak om het dominante patroon te doorbreken en andere contingenties te creëren. Hiermee heeft de ouder de oplossing in handen: de ouder gaat prosociaal gedrag gericht uitlokken en positief bekrachtigen (1) en voorkomt dan wel stopt de negatieve wederkerigheid en escalatie (2) die gerelateerd is aan het vermijden van eisen.

In de PMTO behandeling wordt gelijktijdig aan beide oplossingen gewerkt, waarbij de effectieve opvoedingsstrategieën die Patterson onderscheidt (zie ook de aanpak) helpen om het afdwingen te verminderen en het positief opvoeden te versterken. Om te beginnen gaan ouders bepalen welk gedrag zij wel willen zien van hun kind en gaan zij dit gedrag gericht uitlokken door 'duidelijke instructies' te geven (een vaardigheid die aan de basis staat van zowel je kind stimuleren door aanmoediging als van effectief grenzen stellen). Hiermee vergroten ouders de kans dat hun kind gewenst gedrag laat zien, en daarmee hun kans om dat gewenste gedrag direct positief te bekrachtigen. Zo creëren zij sterke, positieve contingenties en uiteindelijk een klimaat in huis waarin kinderen meer positief bekrachtigd worden dan gecorrigeerd (negatief bekrachtigd).

Bij het tot stand brengen van deze verandering is cruciaal dat de therapeut ouders leidt naar snel succes (1) en naar een focus op het positieve (2). Wanneer dit is gelukt, is het zaak dat er een procedure voor effectief grenzen stellen wordt geïmplementeerd. (3)

1. De therapeut zorgt voor snel succes: ouders gaan duidelijke instructies geven, waardoor hun kind beter gaat luisteren.

Kern van een behandeling volgens het mediatiemodel is dat de mediatoren (in dit geval de ouders) weer grip gaan ervaren op het gedrag van het kind; met hun handelen kunnen zij gedrag bij het kind uitlokken dan wel ombuigen (Prins, Bosch & Braet, 2011). Juist bij kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen zijn ouders dit gevoel van grip vaak verloren (als gevolg van de zogenaamde '10.000 nederlagen' die zij hebben geleden; Patterson & Chamberlain, 1994). De therapeut brengt hierin direct een ommekeer door ouders de basale vaardigheid 'duidelijke instructies' te leren toepassen. Binnen een week ervaren ouders hierdoor verbetering in het gedrag van hun kind: hun kind luistert beter (d.w.z. volgt binnen 10 seconden een instructie van de ouder op) en dit is direct gerelateerd aan de manier waarop de ouder de instructie geeft. Dit snelle succes creëert hoop bij ouders, meer vertrouwen in zichzelf en de behandeling en motivatie om met andere opvoedingsstrategieën aan de slag te gaan.

2. De therapeut leidt ouders richting het creëren van een positief, aanmoedigend klimaat thuis waarin kinderen veel vaker positief bekrachtigd worden dan gecorrigeerd

Vervolgens gaat de therapeut met ouders aan de slag met het klimaat in huis: door meer uitingen van positieve betrokkenheid (aandacht besteden aan je kind, samen leuke dingen doen) en door het gericht stimuleren van je kind door het aanmoedigen van gewenst gedrag, krijgen kinderen thuis vaker signalen dat ze iets goed doen en gewaardeerd worden. Dit 'bedje van aanmoedigen' is nodig om enerzijds gewenst gedrag te versterken (de sterke, positieve contingentie op prosociaal gedrag) en anderzijds om als volgende stap effectief grenzen te kunnen stellen aan ongewenst gedrag. Binnen PMTO wordt hiervoor een verhouding van 5:1 gehanteerd: om goed te kunnen leren en functioneren is het nodig dat kinderen 5 keer zo vaak positief bekrachtigd worden als gecorrigeerd (vgl. Gottman & Levenson, 1999). De therapeut ondersteunt ouders hierin door hen stapsgewijs te leren beloningssystemen (beloningskaart en/of tokensysteem) te ontwerpen, te implementeren, vol te houden en af te bouwen. Met oefening in de bijeenkomsten en gerichte opdrachten voor thuis wordt daadwerkelijke toepassing thuis gestimuleerd en gevolgd. Ook staat de therapeut in de bijeenkomst voortdurend model in de balans tussen aanmoediging en correctie: ook ouders leren in een dergelijk klimaat het snelste. Wanneer de ouders goed in staat zijn prosociaal gedrag gericht uit te lokken en positief bekrachtigen, en negatieve wederkerigheid en escalatie te voorkomen door vroegtijdig duidelijke instructies te geven, richten therapeut en ouders zich op het

ongewenste en agressieve gedrag dat nog is overgebleven. Dit is doorgaans al fors afgenomen door de betere balans tussen positieve en negatieve contingenties en het (enigszins) doorbreken van de dubbele binding van het wederzijds afdwingen.

Analyse van meer en minder succesvolle PMTO behandelingen (Patterson & Chamberlain, 1994) laat zien dat er meer nodig is om tot blijvende vermindering van de externaliserende gedragsproblemen bij het kind op de langere termijn te komen: op een deel van het ongewenste gedrag wordt nog steeds gereageerd met vermijding (ouders stellen bijvoorbeeld bepaalde eisen niet, omdat het stellen van deze eisen ongewenst gedrag zou kunnen uitlokken). Daarmee is het leren van effectief grenzen stellen aan ongewenst gedrag het derde cruciale element in de PMTO behandeling.

3. De therapeut leert ouders effectief grenzen stellen: vroeg ingrijpen, met milde consequenties die zij consequent toepassen

Kernwoorden van het effectief grenzen stellen zijn 'vroeg ingrijpen', 'mild ingrijpen' (kortdurend, privilegeverlies als 'stap achter de hand',) 'voorspelbaar zijn' (vaste procedures) en 'over=over'. De procedures waarin deze kernelementen verankerd zijn (de time out en taken), worden ouders stapsgewijs aangeleerd via rollenspel. In een rollenspel zitten verschillende manieren waarop mensen nieuw gedrag leren: door het gedrag te zien van een model, door de effecten van het gedrag te ervaren (eerst in de rol van kind, daarna in de rol van ouder), door het gedrag te analyseren (cognitieve verwerking, zelf ontdekken wat precies effectief is), door het gedrag uit te proberen (oefenen) en door zich te verbeteren aan de hand van feedback (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004). Zo maken ouders zich de procedures voldoende eigen om deze direct met succes thuis in te zetten. Dit geldt voor alle vaardigheden die ouders leren toepassen: de kans op succes wordt geoptimaliseerd.

Het thuis effectief grenzen stellen is vaak het moment binnen PMTO dat ouders tekenen van 'weerstand' gaan laten zien (Patterson & Chamberlain, 1994). Door het aanmoedigen en instructies geven hebben zij al zoveel bereikt dat het niet nodig voelt om zo gericht grenzen te leren stellen. Ouders hebben twijfels, werpen bezwaren op of komen er niet toe om thuis met de vaardigheden aan de slag te gaan (I can't, I won't, I didn't). Omdat juist het effectief grenzen gerelateerd blijkt te zijn aan blijvende vermindering van de externaliserende gedragsproblemen bij het kind op de langere termijn (Patterson & Chamberlain, 1994), helpt de therapeut ouders dit moeilijke moment in de behandeling (deze barrière) te overwinnen en toch door te zetten. De behandelingen waarin het effectief grenzen stellen als een barrière wordt ervaren (en ouders hier tekenen van weerstand laten zien), leveren de beste uitkomsten op op langere termijn (Patterson & Chamberlain, 1994). In leertheoretische termen: de dubbele binding van het wederzijds afdwingen wordt definitief doorbroken en dat kost moeite.

Na deze mijlpaal richten therapeut en ouders hun pijlen nog op Samen probleemoplossen (training probleemoplossingsvaardigheden) en Zicht en Toezicht houden (monitoring van het kind). Het versterken van het geheel aan effectieve opvoedingsstrategieën is gerelateerd aan grotere veranderingen bij afsluiting (Lubberts, 2013).

Meer en meer systematische toepassing van de vijf effectieve opvoedingsstrategieën hangt samen met een afname in negatieve interacties (DeGarmo & Forgatch, 2005; Bullard, Wachlarowicz, DeLeeuw, Snyder, Low, Forgatch & DeGarmo, 2010): het lukt de ouders uit het negatieve interactiepatroon te blijven, doordat zij sterker worden in en

meer bekrachtigd worden door het toepassen van de effectieve strategieën. Deze verschuiving in interacties is wat ouders een groter gevoel van competentie geeft en opvoedingsstress vermindert (het is gezelliger, er zijn minder conflicten en ouders ervaren dat zij daar een grote mate van regie in huis hebben).

Om ouders door bovenstaand proces te leiden en dit succesvol af te ronden, zet een therapeut een breed scala aan vaardigheden in. Dit is cruciaal gebleken om tot blijvende verandering te komen (Patterson & Forgatch, 1985), in het bijzonder bij zeer ernstige problemen bij aanvang (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005): hoe vaardiger de therapeut, des te groter de gedragsverandering bij ouders en kinderen.

De therapeut is zowel didactisch als procesmatig zeer vaardig en sluit daardoor optimaal bij het gezin aan zonder de effectieve kern te verliezen

In PMTO combineert de therapeut didactische vaardigheden uit de wereld van de gedragstraining met de procesvaardigheden van psychotherapievormen. Hiertoe worden PMTO therapeuten uitgebreid opgeleid en blijvend ondersteund door supervisie en kwaliteitsbewaking. De therapeut is een model voor ouders in woord en daad, en bejegt ouders op dezelfde aanmoedigende manier als zij gaan doen bij hun kind. De therapeut houdt vast aan de doelen van de behandeling en de effectieve strategieën die ouders gaan helpen, en sluit tegelijkertijd voldoende aan bij ouders om te zorgen dat zij daadwerkelijk met de opvoedingsstrategieën aan de slag willen. De therapeut is vasthoudend; pas als een strategie daadwerkelijk geïmplementeerd is, wordt de volgende stap gezet.

Aansluiten bij een grote diversiteit aan gezinnen

Gezinnen verschillen in samenstelling, gezinscultuur, culturele achtergrond, (migratie)geschiedenis en mate waarin er meer problemen spelen en hoe ernstig deze zijn. De toepassing van PMTO is op diverse continenten onderzocht (bijvoorbeeld Wieling et al., 2015 in Oeganda, Baumann et al., 2014 in Mexico en Parra-Cardona et al. 2023 in Chili). Ook zijn cultuurspecifieke aanpassingen in de materialen en werkwijze getest en systematisch vastgelegd (o.a. Parra-Cardona et al., 2012; 2022 en Sigmarðóttir et al., 2025). De uitkomsten ondersteunen de visie dat er sprake is van cultuuroverstijgende sturingsmechanismen die ouders kunnen benutten om het gedrag van hun kinderen te stimuleren en sturen. Ook geven zij concrete aanwijzingen over wat helpend is in het aansluiten bij de specifieke achtergrond van gezinnen. Deze behoren tot de internationale standaard voor de uitvoering van PMTO, die structureel wordt geborgd door de FIMP-beoordelingen (zie onderdeel 'kwaliteitsbewaking' onder 2).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Als gevolg van het kwaliteitssysteem en de structurele dataverzameling over doelgroep en uitkomsten is er veel zicht op de uitvoering van PMTO. Het werk van alle actieve therapeuten staat in de online database. De beelden van de sessies worden vernietigd (na verloop van tijd of op verzoek van de ouders direct na afloop), maar van de actieve groep therapeuten is zichtbaar hoeveel trajecten zij hebben uitgevoerd en hoeveel bijeenkomsten een traject omvatte. Sinds de start van PMTO in Nederland (2006) gaat het om bijna 5.000 gezinnen. Van ruim 3.000 informanten zijn geanonimiseerde gegevens beschikbaar over de omvang van de gedragsproblemen bij het kind bij aanvang en de ervaren opvoedingsbelasting bij aanvang.

Op de verzamelde gegevens worden, op basis van vragen uit de praktijk, analyses uitgevoerd. Dit heeft in de afgelopen jaren een serie scripties opgeleverd over de verschillen tussen vaders en moeders (Bertling, 2012), huishoudens met één ouder of twee opvoeders (Ellens, 2014) en face-to-face, online en blended uitvoering (Van Hout, 2022; Kaya, 2024). Ook is er onderzoek gedaan naar de impact van onderbrekingen in het traject (Dudink, 2015), buiten de methodiek gelegen factoren zoals de locatie (thuis versus bij de instelling) (Lubberts, 2013) en een moeizame start van de behandeling (Van Hoek, 2020).

Tot slot wordt sinds enkele jaren contact gezocht met gezinnen die 5 of 10 jaar geleden een PMTO traject hebben afgerond, om zicht te krijgen op hoe het ouders en kinderen is vergaan en hoe zij na lange tijd terugkijken op het traject en de opbrengsten daarvan (PMTO Langetermijn onderzoek).

Jaarlijks wordt een landelijke factsheet gemaakt over de bereikte gezinnen, de omvang van de gerapporteerde problemen bij aanvang (gedragsproblemen kind en ervaren opvoedingsbelasting ouders) en de gemeten verandering in problemen na afronding van het traject. Ook wordt er per organisatie een factsheet gemaakt.

Hieronder worden van enkele onderzoeken de belangrijkste conclusies weergegeven en welke impact deze hebben gehad op de ontwikkeling van de interventie.

1. Onderzoek naar verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van hun kind, voor en na de PMTO behandeling

A. Bertling, L. (2012). Parent Management Training Oregon. Verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind, voor en na de PMTO-behandeling Masterscriptie Opvoedingsondersteuning (Pedagogiek) aan de Universiteit van Amsterdam.

B. Pre- en postmeting van gedragsproblemen kind (CBCL; N=140) gerapporteerd door beide ouders. Onderzoek naar de vraag in hoeverre ouders van elkaar verschillen in hoe ernstig zij het probleemgedrag van hun kind inschatten en of hier gedurende de behandeling verandering in komt. Exploratieve vraag: zijn er één of meerdere subgroepen te onderscheiden die speciale aandacht vragen van therapeut (m.a.w. zijn er

verschillen tussen ouders bij aanvang die aandacht vragen omdat zij indicatief zijn voor minder grote behandel-effecten?)

C. Bij aanvang van de PMTO behandeling rapporteren moeders gemiddeld meer (externaliserend) probleemgedrag dan vaders. Bij afsluiting van PMTO is dit verschil tussen ouders kleiner geworden. Moeders zien gemiddeld meer verandering dan vaders. Er zijn geen subgroepen gevonden, waarbij de verschillen tussen ouders bij aanvang samenhangen met kleinere behandel-effecten.

Impact op uitvoering: Dit verschil tussen ouders wordt door therapeuten benut bij het bespreken van de uitkomsten van de vragenlijsten met de ouders (psycho-educatie). Dit helpt bij het normaliseren van dit 'visieverschil' en het versterken van het sterke oudersteam.

Onderzoek naar de trajecten van gezinnen met één opvoeder (moeder)

A. Ellens, R. (2014). 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 Opvoedingsondersteuning (Pedagogiek) aan de Universiteit van Amsterdam.

B. Het betrof een gecombineerd onderzoek: 1) Casestudie naar N=2 gezinnen en 2) Pre- en postmeting (N=223) van gedragsproblemen bij kind (CBCL) en opvoedingsbelasting bij ouders (OBVL), waarbij in het bijzonder is gekeken naar de verschillen tussen één-oudergezinnen en twee-oudergezinnen.

C. Er zijn geen verschillen in de gerapporteerde vermindering van de gedragsproblemen van het kind bij afsluiting van PMTO tussen moeders zonder partner (één-oudergezin) en moeders met partner (twee-oudergezin). Wel wordt er een klein verschil gevonden in de vermindering van de totale opvoedingsbelasting: deze neemt in beide groepen fors af, maar in één-oudergezinnen iets minder dan in twee-oudergezinnen. Het verschil lijkt vooral te maken te hebben met een grotere afname van de belasting als gevolg van rolbeperking en gezondheidsklachten bij moeders met een partner.

Impact op uitvoering: Dit wordt door therapeuten benut bij het bespreken van de uitkomsten van de vragenlijsten met moeders zonder partner (psycho-educatie). Daarnaast is in bijscholing en supervisie gericht ingezet op manieren om structureel belangrijke anderen (familieleden, vrienden) een rol te geven in het traject. Denk hierbij aan deelname aan de bijeenkomsten, maar ook met ouders voorbereiden welke ze uitleg aan derden kunnen geven over wat ze thuis doen en (pro-actief) hun eigen ondersteuning kunnen organiseren.

Onderzoek naar de invloed van buiten de methodiek gelegen factoren op de behandeluitkomsten van PMTO

A. Lubberts, E. (2013). Voor wie werkt PMTO (niet)? Welke buiten de methodiek gelegen factoren hebben invloed op het effect van de interventie PMTO? Masterscriptie Orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen.

B. Pre- en postmeting van gedragsproblemen bij het kind (CBCL) (N=345), met als bijzondere focus de groep kinderen die ook bij afsluiting van de behandeling nog in de

klinische range scoort. De verandering op externaliserende gedragsproblemen wordt gerelateerd aan diverse factoren.

C. De grootste vermindering van externaliserende gedragsproblemen bij afsluiting van PMTO wordt gevonden voor kinderen tot en met 8 jaar. Daarnaast blijkt dat de vermindering groter is naarmate het aantal sessies toeneemt, met name wanneer de opvoedingsstrategie Zicht en Toezicht wordt behandeld. Daarnaast blijkt dat behandelingen die op een zorglocatie plaatsvinden betere uitkomsten hebben dan behandelingen in de thuissituatie.

Impact op uitvoering: Aanvullende werkvormen voor en bijscholing in het versterken van Zicht en Toezicht, meer sturing door supervisoren op invulling van het traject, zodat Zicht en Toezicht aan bod komt. Beoordeling van de uitvoering specifiek op deze bijeenkomsten.

Onderzoek naar de invloed van discontinuïteit in de behandeling

A. Dudink, F. (2015). Invloed van Discontinuïteit op de Behandelduur en Effectiviteit van PMTO. Masterscriptie Klinische Ontwikkelingspsychologie aan Vrije Universiteit.

B. PMTO wordt ervaren als een intensief programma, omdat er wekelijks een bijeenkomst is, ouders thuis aan de slag gaan met gerichte opdrachten en er tussendoor contact is over de voortgang van de opdracht. In dit onderzoek werd gekeken naar de impact van discontinuïteit, dat werd gedefinieerd als het voorkomen van een langere tijd dan 10 dagen tussen twee bijeenkomsten. Hierbij zijn de gegevens van N=481 gezinnen benut, uit de periode 2012-2014.

C. Discontinuïteit bleek geen voorspellende waarde te hebben voor de mate van verandering in de gedragsproblemen bij kinderen noch in de opvoedingsbelasting van ouders. Wel had discontinuïteit een voorspellende waarde voor het aantal bijeenkomsten en daarmee op de behandelduur in weken. Dit is een aanwijzing dat wanneer het niet lukt om wekelijks aan het versterken van effectieve strategieën te werken, het moeilijker is om tot verandering van aanpak te komen.

Impact op uitvoering: Deze informatie wordt voorafgaand aan het traject expliciet besproken, waarbij alleen wordt gestart wanneer de ouders inschatten dat deze intensiteit voor hen haalbaar is. Ook zijn therapeuten gericht versterkt in de uitvoering van het telefoontje tussendoor, en wordt veel prioriteit gegeven aan het daadwerkelijk vinden van een manier om tussendoor contact te houden over de thuisopdrachten.

Onderzoek naar de behandeling in de corona-periode

A. Van Hout, T. (2022). PMTO-behandeluitkomsten & Covid-19 pandemie. Wat is het verschil tussen behandeluitkomsten van een PMTO-traject voor en tijdens de Covid-19 pandemie? Masterscriptie Forensische Orthopedagogiek Universiteit van Amsterdam.

B. Pre- en postmeting van gedragsproblemen bij het kind (CBCL) en opvoedingsbelasting bij de ouders (OBVL) van gezinnen die in de periode januari 2019 en mei 2021 een volledig PMTO traject doorliepen (N=344). Van 62 trajecten is tevens gekeken naar het aantal bijeenkomsten, de duur van het traject in weken en het gemiddeld aantal minuten dat de bijeenkomsten duurden. Trajecten in de periode voor de pandemie zijn vergeleken met trajecten tijdens de pandemie.

C. Anders dan verwacht werden geen verschillen gevonden tussen de trajecten vóór en de trajecten tijdens de pandemie. De gerapporteerde gedragsproblemen bij het kind en de opvoedingsbelasting van de ouders was vergelijkbaar; in beide groepen hoog. De trajecten duurden even lang in tijd, in aantal sessies en in aantal minuten per sessie. Ook de significante afname van probleemgedrag het kind en opvoedingsbelasting bij de ouder was vergelijkbaar in beide groepen. Dit zijn aanwijzingen dat PMTO via beeldbellen op een vergelijkbare wijze, en met een vergelijkbare opbrengst, kan worden gegeven als face-to-face.

Impact op uitvoering: Deze uitkomsten zijn benut om de *self-efficacy* van therapeuten in de uitvoering via beeldbellen te vergroten. Ook wordt sindsdien PMTO in drie varianten aangeboden: face-to-face, online en blended. Bij de keuze hiervoor wordt uitgegaan van de wensen en mogelijkheden van het gezin.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is in de afgelopen 50 jaar veel onderzoek gedaan naar PMTO, in verschillende varianten en bij verschillende specifieke doelgroepen. Het betrof zowel gecontroleerde universitaire studies, als effectstudies naar uitvoering in de dagelijkse praktijk (in Noord- en Zuid-Amerika en Europa). Onderstaand overzicht is een selectie van deze studies, waarbij de meest relevante voor PMTO in Nederland zijn meegenomen. Hierin wordt de interventie vergelijkbaar uitgevoerd met PMTO in Nederland, wordt de interventie geleverd aan ouders in een individuele setting, en wordt er gerapporteerd op de primaire uitkomstmaat ernstige gedragsproblemen bij het kind. Daar waar de interventie meer afwijkt dat dit, is dit expliciet aangegeven.

Onderzoek 1 JAARLIJKSE ANALYSE BEHANDELUITKOMSTEN UITVOERING IN PRAKTIJK

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie: ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: nee

Publicaties

Kenniscentrum PMTO Nederland (2024). Effectiviteit van PMTO in de praktijk. Factsheets per jaar en factsheets over jaren heen per organisatie.

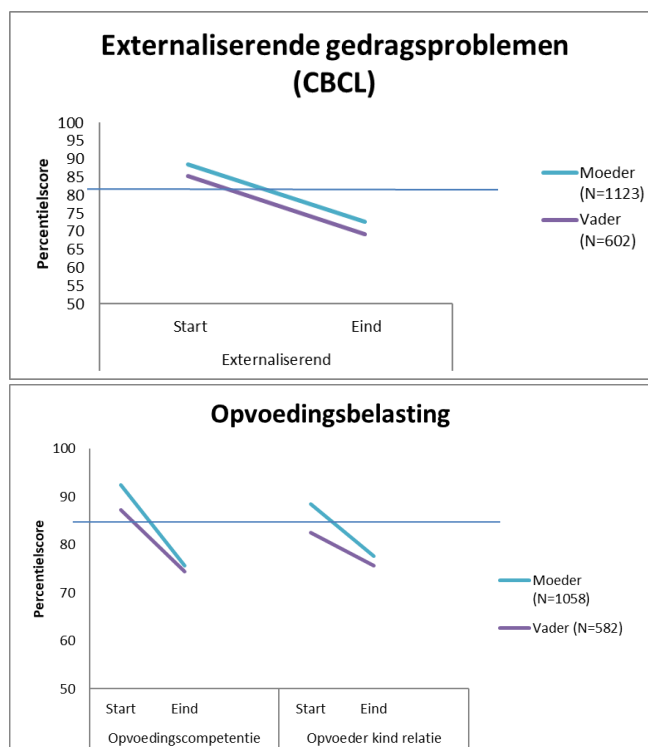
Opzet van de metingen

Pre- en postmeting van (externaliserende) gedragsproblemen van het kind (CBCL) en opvoedingsstress van ouders (OBVL). Het gaat om structurele dataverzameling over de reguliere behandelingen in de instellingen waar PMTO wordt aangeboden. Jaarlijks worden deze gegevens gebundeld gepresenteerd door het Kenniscentrum PMTO Nederland. Ook wordt er per organisatie een factsheet gemaakt met de gegevens over jaren heen.

De totale steekproef tussen juni 2012 en juni 2024 bevat gegevens van N=1925 moeders en N=1127 vaders. Complete sets van voor- en nameting zijn beschikbaar van N=1123 moeders en N=602 vaders voor externaliserende gedragsproblemen en N=1058 moeders en N=582 vaders voor opvoedingsbelasting.

Uitkomsten

Alle beschikbare gegevens (complete voor- en nametingen 2012-2024) samen nemend wordt het volgende beeld gevonden op de primaire uitkomstmaten:



Het beeld van de effecten van de trajecten is consistent over jaren heen. Bij aanvang worden ernstige externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en ernstige opvoedingsbelasting bij ouders gerapporteerd. Bij afsluiting zijn zowel de externaliserende gedragsproblemen als de opvoedingsbelasting significant verminderd (respectievelijk $ES=.75/.71$ en $ES=.83/.55$).

Onderzoek 2 NEDERLANDS EFFECTONDERZOEK MET CONTROLEGROEP

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie: ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

Publicaties

Thijssen, J. (2016). *Children with externalizing behavior problems : risk factors and preventive efforts*. Proefschrift. Maastricht University.

Thijssen, J., Vink, G., Muris, P. & de Ruiter, C. (2016). The Effectiveness of Parent Management Training-Oregon Model in Clinically Referred Children with Externalizing Behavior Problems in The Netherlands. *Child Psychiatry and Human Development*, 48, 136-150.

Thijssen, J., Albrecht, G., Muris, P. & Ruiter, C. de (2017). Treatment Fidelity during Therapist Initial Training is related to Subsequent Effectiveness of Parent Management Training - Oregon Model. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1991-1999.

Opzet van de studie

Onderzoek naar de effectiviteit van PMTO afgezet tegen verschillende vormen van Intensief Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG), al dan niet gecombineerd met ADHD-medicatie. Dit promotieonderzoek was opgezet als een randomised controlled trial (RCT), maar werd in de praktijk een quasi-experimenteel design. PMTO werd uitgevoerd door therapeuten vanuit alle Nederlandse instellingen voor specialistische jeugdhulp of kind- en jeugdpsychiatrie die deze interventie aanboden. In totaal namen er N=146 gezinnen met kinderen tussen de 4 en 11 jaar oud, met ernstige externaliserende gedragsproblemen. De ouders van N=91 doorliepen een PMTO traject. Primaire effectmaten: externaliserende gedragsproblemen bij het kind (CBCL), ouderlijke stress (NOSI⁴). Meetmomenten: bij de start en na 6 maanden, 12 maanden en 18 maanden.

Uitkomsten

PMTO bleek effectief in het significant reduceren van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen ($F=14.75$, $p < .001$) en ouderlijke stress ($F=21.37$, $p < .001$), net als de varianten van IAG(+medicatie) in de controlegroep ($F=13.17$, $p < .001$). In beide groepen ging het om een verandering tussen meetmoment 1 en 2, die stabiel bleef op de follow-up momenten. PMTO bleek niet effectiever dan een vorm van IAG. Wel was de gerealiseerde vermindering van externaliserende gedragsproblemen in de PMTO groep iets omvangrijker ($ES=.73$ tegenover $ES=.55$). Uit nadere analyses bleek dat een betere uitvoering van PMTO door de therapeut (hogere methodiektrouw) samenhang met een grotere vermindering van externaliserende gedragsproblemen bij het kind. Ook bleek dat de effectiviteit van trajecten waarin het de therapeut en ouders lukte om een procedure voor grenzen stellen te implementeren, aanzienlijk hoger was dan van trajecten waarin dit niet lukte ($ES=.99$ tegenover $ES=.31$). Er zijn geen negatieve effecten vermeld.

Onderzoek 3 EFFECTONDERZOEK RCT-OPZET NAAR PMTO IN NOORWEGEN

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: nee (Noorwegen)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie: ja (identieke opzet, zelfde uitvoeringshandleiding en kwaliteitssysteem)
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

Publicaties

⁴ Nijmeegse Ouderlijke Stress Index.

Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 607–621.

Amlund-Hagen, K., Ogden, T. & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: a one year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 165–178.

Opzet van de studie

Randomised Controlled Trial in de dagelijkse uitvoeringspraktijk. N=112 gezinnen met kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen in de leeftijd van 4-12 jaar namen deel. Zij werden random toegewezen aan een experimentele groep die PMTO kreeg of aan een controlegroep die 'care as usual' ontving. Dit is net als in de Nederlandse studies een reguliere (effectieve of effectief veronderstelde) behandeling.

Uitkomsten

De externaliserende gedragsproblemen van kinderen uit de experimentele conditie namen significant af ($ES=.73$), en deze afname was significant groter dan de afname in de controlegroep ($ES=.43$). Daarnaast nam de sociale competentie van kinderen uit de experimentele groep significant toe en stelden ouders die aan PMTO deelnamen effectiever grenzen dan ouders uit de controlegroep. Bij de follow-up na een jaar was het significante verschil tussen PMTO en Care as Usual verdwenen; in beide groepen had de positieve verandering zich doorgezet: $ES=.85$ en $ES=.63$. Er zijn geen negatieve effecten vermeld.

Onderzoek 4 META-ANALYSE NAAR EFFECTONDERZOEK PMTO IN 6 LANDEN

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: nee
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie: ja (maar ook groepsvarianten)
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: verschilt per studie
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: soms

Publicatie

Cai, Q. Chan, A., Lee S-K., Marsalis, S. & Gewirtz, A. (2022). Effectiveness of GenerationPMTO to Promote Parenting and Child Adjustment: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 25*, 702–719.

Opzet van de studie

Meta-analyse van 20 studies specifiek naar de effectiviteit van PMTO⁵ in 6 landen, waaronder Nederland (zie onderzoek 2). De meta-analyse omvatte gegevens van N=3893 gezinnen. De leeftijdspanne van de kinderen in de selectie was 4-18 jaar.

Uitkomsten

⁵ Vanaf omstreeks 2019 wordt in wetenschappelijke publicaties gesproken van GenerationPMTO. In Nederland gebruiken we nog steeds de naam PMTO.

In PMTO trajecten lukt het om zowel positieve veranderingen in het functioneren van kinderen als van ouders te bewerkstelligen. Tot deze veranderingen behoort ook de vermindering van externaliserende gedragsproblemen. De effectsizes zijn middelgroot tot groot, afhankelijk van de vergelijkingsgroep en welke ondersteuning die heeft gekregen. De onderzoekers stellen op basis hiervan dat de effecten van de interventie behoorlijk robuust zijn over landen, settings en groepen gezinnen heen. Er zijn geen negatieve effecten vermeld.

Onderzoek 5 EFFECTONDERZOEK RCT-OPZET NAAR PMTO IN VERENIGDE STATEN

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: nee
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie: ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: nee
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

DeGarmo, D.S. (2010). Coercive and prosocial fathering, antisocial personality, and growth in children's post-divorce noncompliance. *Child Development*, 81, 496–509.

DeGarmo, D.S. & Forgatch, M.S. (2007). Efficacy of parent training for stepfathers: From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parenting: Science and Practice*, 7, 1–25.

Opzet van de studie

Studie uitgevoerd door de oorspronkelijke ontwikkelaars. Randomised Controlled Trial met N=110 samengestelde gezinnen. Deze recent getrouwde gezinnen met een biologische moeder, één of meer kinderen en een stiefvader werden gevolgd over een periode van 2 jaar. In deze studie werd gericht gekeken naar de zichtbare veranderingen in de uitvoering van effectieve opvoedingsstrategieën bij zowel de moeder als de stiefvader. Deze veranderingen werden gerelateerd aan de veranderingen in het gedrag van het kind.

Uitkomsten

De vermindering van externaliserende gedragsproblemen bij het kind bleken te relateren aan de toename in effectieve opvoedingsstrategieën en afname in niet-effectieve strategieën bij zowel de moeder als de stiefvader. De verandering in het gedrag van de moeder had de meeste impact op verminderen van het probleemgedrag bij het kind. Los daarvan had de stiefvader een eigen, unieke bijdrage aan de verbeteringen in het functioneren van het kind, en deze bijdrage bleef over tijd bestaan. Deze uitkomst is van groot belang geweest voor het investeren in het betrekken van beide opvoeders bij de behandeling. Er zijn geen negatieve effecten vermeld.

Onderzoek 6 EFFECTONDERZOEK RCT-OPZET PMTO IN VORM VAN GROEPSINTERVENTIE

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie: ja maar wel in een groepsvariant

- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: nee
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

Publicaties

Martinez, C.R. & Forgatch, M.S. (2001). Preventing Problems With Boys' Noncompliance: Effects of a Parent Training Intervention for Divorcing Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416-428.

DeGarmo, D.S. & Forgatch, M.S. (2005). Early development of delinquency within divorced families: evaluating a randomized preventive intervention trial. *Developmental Science*, 8, 229-239.

DeGarmo, D.S., Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (2004). How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane Over Time? *Prevention Science*, 5, 73-89.

Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21, 637-660.

Patterson, G.R., DeGarmo, D. & Forgatch, M.S. (2004). Systematic Changes in Families Following Prevention Trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 621-633.

Patterson, G.R., Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (2010). Cascading effects following intervention. *Development and Psychopathology*, 22, 949-970.

Opzet van de studie

Preventieve studie naar het voorkomen van de ontwikkeling van anti-sociaal gedrag bij gezinnen die daar door de omstandigheden een verhoogd risico op lopen. Randomised Controlled Trial, uitgevoerd door de oorspronkelijke ontwikkelaars. De onderzoeksgroep bestond uit N=238 onlangs gescheiden moeders met zonen in de middenbouw van het basisonderwijs (gemiddelde leeftijd 8 jaar), waarvan een deel preventief de PMTO-behandeling volgde. De controlegroep kreeg geen interventie. Er werd naar gedrag van zowel het kind als de moeder gekeken, onder meer naar externaliserende gedragsproblemen. Follow-up metingen vonden plaats met intervallen van 6 maanden, tot 36 maanden na de nameting. Ook is er een follow-up gedaan na 9 jaar.

Uitkomsten

De onderzoekers vonden significant positieve effecten van PMTO op onder meer het gebruik van positieve opvoedingsstrategieën, op de probleemoplossende interacties in gezinnen en op probleemgedrag van de kinderen (waaronder externaliserende gedragsproblemen). Bovendien vonden zij significante vermindering van ernstige depressieve gevoelens van de moeders, hetgeen weer een positief effect had op de opvoedingsvaardigheden en op probleemgedrag van de kinderen. Ook vonden ze afname van delinquent gedrag van de kinderen, wat mede veroorzaakt werd door afname van de omgang met 'verkeerde' leeftijdgenoten. De onderzoeksgroep is, met tussenpozen uiteindelijk gevolgd tot 9 jaar na start. De eerder gevonden, positieve verschillen tussen

de twee groepen werden steeds sterker en breidden zich uit naar andere gebieden, tot het inkomen van de moeders aan toe.

5. Samenvatting Werkzame elementen

De belangrijkste werkzame elementen van PMTO zijn:

1. De gedragstherapeutische aanpak;
2. Het veelvuldig gebruik van rollenspel (model staan, bevragen, oefenen, uitproberen en bijstellen) als didactisch middel om gedragsverandering bij ouders te bewerkstelligen;
3. Intensieve opzet: wekelijks een bijeenkomst en tussen bijeenkomsten door een telefoontje gericht op het uitvoeren van een concrete, haalbare opdracht voor thuis;
4. Hoop en motivatie creëren door (snelle) succeservaringen;
5. Doelgericht, in stappen die passen bij het gezin, implementatie van effectieve opvoedingsstrategieën in het dagelijks leven bewerkstellingen, en doorgaan tot dit gelukt is.
6. Optimale combinatie van didactiek en aansluiten bij gezin, zodat ouders zoveel mogelijk aangeleerd krijgen en wel op zo'n manier dat ze er ook mee aan de slag willen en kunnen.

6. Aangehaalde literatuur

Albrecht, G., Leeuwen, E. van, & Tjaden, J. (2020). *PMTO handleiding voor therapeuten (versie 4)*. Duivendrecht: PI Research.

Albrecht, G., Leeuwen, E. van & Tjaden, J. (2020). *PMTO oudermaterialen (versie 4)*. Duivendrecht: PI Research.

Amlund-Hagen, K., Ogden, T. & Bjørnebekk G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: a one year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 165–178.

Barry, T.D., Lindsey, R.A., Fair, E.C., & DiSabatino, K. (2018). Parent psychopathology. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 275-290). Chichester: Wiley-Blackwell.

Baumann, A., Domenech Rodriguez, M., Amador, N., Forgatch, M., & Parra-Cardona, J. R. (2014). Parent Management Training-Oregon Model (PMTO) in Mexico City: Integrating cultural adaptation activities in an implementation model. *Clinical Psychology Science and Practice*, 21, 32–47.

Bertling, L. (2012). *Verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind, voor en na de PMTO behandeling*. Scriptie Master Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam.

Boer, M., van Dorsselaer, S., de Looze, M., & de Roos, S. (2022). *HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Trimbos instituut, Sociaal en Cultureel Planbureau.

Bullard, L., Wachlarowicz, M., DeLeeuw, J., Snyder, J., Low, S., Forgatch, M., & DeGarmo, D. (2010). Effects of the oregon model of parent management training (PMTO) on marital adjustment in new stepfamilies: A randomized trial. *Journal of Family Psychology*, 24, 485-496.

Cai, Q. Chan, A., Lee S-K., Marsalis, S. & Gewirtz, A. (2022). Effectiveness of GenerationPMTO to Promote Parenting and Child Adjustment: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25, 702–719.

Carr, A (Ed.). (2006). *What Works with Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and Their Families*. New York: Routledge.

DeGarmo, D. S. (2010). Coercive and prosocial fathering, antisocial personality, and growth in children's post-divorce noncompliance. *Child Development*, 81, 496–509.

DeGarmo, D.S. & Forgatch, M.S. (2004). Putting Problem Solving to the Test: Replicating Experimental Interventions for Preventing Youngsters' Problem Behaviors. In: R.D. Conger, F.O. Lorenz and K.A.S. Wickrama (Eds.), *Continuity and change in family relations*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- DeGarmo, D.S. & Forgatch, M.S. (2005). Early development of delinquency within divorced families: evaluating a randomized preventive intervention trial. *Developmental Science*, 8, 229-239.
- DeGarmo, D. S., & Forgatch, M. S. (2007). Efficacy of parent training for stepfathers: From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parenting: Science and Practice*, 7, 1-25.
- DeGarmo, D.S., Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (2004). How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane Over Time? *Prevention Science*, 5, 73-89.
- Dudink, F. (2015). Invloed van Discontinuïteit op de Behandelduur en Effectiviteit van PMTO. Masterscriptie Klinische Ontwikkelingspsychologie aan Vrije Universiteit.
- Ellens, R. (2014). De effecten van PMTO, een veranderingsstudie en een casestudie. Scriptie Master Opvoedingsondersteuning (Pedagogiek), Universiteit van Amsterdam.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215-237.
- Forgatch, M.S., Bullock, B.M. & Patterson, G.R. (2004). From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play. The Oregon Model of Parent Management Training (PMTO). In: H. Steiner (Ed.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents. An Integrated Developmental Approach*. New York: Jossey-Bass.
- Forgatch, M.S., Patterson, G.R. & DeGarmo, D.S. (2005). Evaluating Fidelity: Predictive Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behavior Therapy*, 36, 3-13.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21, 637-660.
- Frick, P.J. & Wall Meyers, T.D. (2018). Conduct disorder and callous-unemotional traits. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 37-54). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Gottman, J.M. & Levenson, R.W. (1999). What predicts change in marital interaction over time? A study of alternative models. *Family Process*, 38, 143-158.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kaminsky, 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, 567-589.

- Kaya, E. (2024). Cross-Platform Effectiveness of Parent Management Training – Oregon Model and Therapists’ Experiences: A Quasi-Experimental and Mixed-Methods Studies. Scriptie Klinische Research Master, Vrije Universiteit.
- Knutson, N.M., Forgatch, M.S., Rains, A. L., & Sigmarsdóttir, M. (2009). *Fidelity of Implementation Rating System (FIMP): The Manual for PMTO*. Eugene, Oregon: ISII.
- Lange, M. de, Matthys, W., Veld, D. de, Foolen, N., Addink, A., Menting, A. & Bastiaanssen, I. (2020). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: NJi.
- Leeuwen, E. van, Tjaden, J. & Albrecht, G. (2012). *Parent Management Training Oregon. Opleiding van therapeuten (versie 2.0)*. Duivendrecht: PI Research.
- Lubberts, E. (2013). *Voor wie werkt PMTO (niet)? Welke buiten de methodiek gelegen factoren hebben invloed op het effect van de interventie PMTO?* Scriptie Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen.
- Martinez, C.R. & Forgatch, M.S. (2001). Preventing Problems With Boys’ Noncompliance: Effects of a Parent Training Intervention for Divorcing Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416-428.
- Matthys, W. (2019). *Diagnostiek en behandeling van gedragsproblemen bij kinderen*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Matthys, W. & van West, D. (2014). Gedragsstoornissen. In F.C. Verhulst, F. Verheij and M. Danckaerts (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp. 255-280). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Matthys, W. & Lochman, J.E. (2017). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. (Second Edition). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Maughan, B., Rowe, R. & Murray, J. (2018). Family poverty and structure. In J. E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 258-274). Chichester: John Wiley.
- Maughan, B., & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In: J. Hill and B. Maughan (eds), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp 507-552). Cambridge: Cambridge University Press.
- McDonald, K.L. & Gibson, C.E. (2018). Peer rejection and disruptive behavior disorders. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 325-338). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Menting, A., Albrecht, G. & Orobio de Castro, B. (2015). *Effectieve Elementen van Interventies tegen Externaliserende Gedragsproblemen bij Jeugd. Rapportage in het kader van ZonMW Effectief werken in de jeugdsector*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Mikolajczak, J., Dommelen, P. van, & Paulussen, T. (2009). *Onderzoek naar de implementatie van PMTO in Nederland: fase 1 (2006-2009)*. Leiden: TNO.

Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48-66.

Ogden, T. & Hagen, K.A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.

Orlemans, J.W.G., Eelen, P. & Hemans, D. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie* (5^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Orobio De Castro, B. & Dijk, A. van (2018). 'It's gonna end up with a fight anyway'. Social cognitive processes in children with disruptive behavior disorders. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 237-253). Chichester: John Wiley.

Parra-Cardona, J. R., Domenech Rodríguez, M., Forgatch, M. S., Sullivan, C., Bybee, D., Tams, L. et al. (2012). Culturally adapting an evidence-based parenting intervention for Latino immigrants: The need to integrate fidelity and cultural relevance. *Family Process*, 51, 56-72.

Parra-Cardona, R., Fuentes-Balderrama, J., Vanderziel, A., López-Zerón, G., Domenech Rodríguez, M. M., DeGarmo, D. S., & Anthony, J. C. (2022). A culturally adapted parenting intervention for Mexican-origin immigrant families with adolescents: Integrating science, culture, and a focus on immigration-related adversity. *Prevention Science*, 23, 271-282.

Parra-Cardona, R., Fuentes-Balderrama, J., Cantizano Rioseco, L., Monreal Arcil, F.J., Correa Molina, M.L., Martic Guazzini, D, Ford Narváez, A., Neira González, A., Sánchez Ahumada, M., Chacón Sandoval, A., Marín Montecinos, J., & Gaete, J. (2023). Building bridges through cultural adaptation: Examining the initial impact of a culturally adapted parent training intervention for the Chilean context. *Family Process*, 62, 515-533.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist*, 28, 25-32.

Patterson, G.R. & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of parent resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 53-70.

Patterson, G.R., DeGarmo, D. & Forgatch, M.S. (2004). Systematic Changes in Families Following Prevention Trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 621-633.

Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (1985). Therapist Behavior as a Determinant for Client Noncompliance: A Paradox for the Behavior Modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.

Patterson, G.R., Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (2010). Cascading effects following intervention. *Development and Psychopathology*, 22, 949-970.

- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. & Eddy, J.M. (2002). A Brief History of the Oregon Model. In J.B. Reid, G.R. Patterson and J. Snyder (Eds), *Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model for intervention* (pp. 3-21). Washington: American Psychological Association.
- Prins, P.J.M., Bosch, J.D., & Braet, C. (Red.) (2011). *Methoden en Technieken van Gedragstherapie bij Kinderen en Jeugdigen* (2e geheel herziene editie). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Raaijmakers, M. A., Posthumus, J. A., Van Hout, B. A., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Cross-sectional study into the costs and impact on family functioning of 4-year-old children with aggressive behavior. *Prevention Science*, 12(2), 192-200.
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. E. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*: American Psychological Association.
- Rivenbark, J. G., Odgers, C. L., Caspi, A., Harrington, H., Hogan, S., Houts, R. M., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2018). The high societal costs of childhood conduct problems: evidence from administrative records up to age 38 in a longitudinal birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 703710.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*, 323, 191-194.
- Sigmarsdóttir, M., DeGarmo, D.S., Forgatch, M.S., Vikar Guðmundsdóttir, 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.
- Sigmarsdóttir, M., Rodríguez, M.M.D., Gewirtz, A., Rains, L., Tjaden, J. & Forgatch, M.S. (2023). Five-year fidelity assessment of an evidence-based parenting program (GenerationPMTO): inter-rater reliability following international implementation. *BMC Health Services Research*, 23, 576.
- Sigmarsdóttir, M., Arnesen, A., Apeland, A. K., Guðmundsdóttir, B. G., Tacq, E., Hallmann, H., & Forgatch, M. S. (2025). Strengthening Parenting Among Refugees in Europe (SPARE): A Collaborative Feasibility and Acceptability Study Among Four European Nations. *International Journal of Psychology*, 60, e70094.
- Snyder, J., & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: The family. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 65-100). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stormshak, E.A., DeVargas, E.& Cardenas, L.E. (2018). Parenting practices and the development of problem behavior across the life span. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 307-322). Chichester: Wiley-Blackwell.

Tjaden, J. & Albrecht, G. (2020). Verandering bij kinderen met ernstige gedragsproblemen: een fascinerend proces dat blijvend aandacht vraagt. *Kinder- en jeugdpsychotherapie*, 47, 123-138.

Thijssen, J. (2016). *Children with externalizing behavior problems : risk factors and preventive efforts*. Proefschrift. Maastricht University.

Thijssen, J., Vink, G., Muris, P. & de Ruiter, C. (2016). The Effectiveness of Parent Management Training-Oregon Model in Clinically Referred Children with Externalizing Behavior Problems in The Netherlands. *Child Psychiatry and Human Development*, 48, 136-150.

Thijssen, J., Albrecht, G., Muris, P. & Ruiter, C. de (2017). Treatment Fidelity during Therapist Initial Training is related to Subsequent Effectiveness of Parent Management Training - Oregon Model. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1991-1999.

Utrzan, D. S., Piehler, T. F. & Dishion, T. J. (2018). The role of deviant peers in oppositional defiant disorder and conduct disorder. In J. E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 339- 351). Chichester: WileyBlackwell.

Van Hout, T. (2022). PMTO-behandeluitkomsten & Covid-19 pandemie. Wat is het verschil tussen behandeluitkomsten van een PMTO-traject voor en tijdens de Covid-19 pandemie? Masterscriptie Forensische Orthopedagogiek Universiteit van Amsterdam.

Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*: Guilford Press.

Wieling, E., Mehus, C., Möllerherm, J., Neuner, F., Achan, L., & Catani, C. (2015). Assessing the feasibility of providing a parenting intervention for war-affected families in northern Uganda. *Family Community Health*, 38, 252-67.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

