



**Interventie**

**Parent Management Training Oregon Model  
(PMTO)**

---

# INHOUDSOPGAVE

<u>Samenvatting</u> .....	3
<u>Uitgebreide beschrijving</u> .....	5
<u>Probleemomschrijving</u> .....	5
<u>Beschrijving interventie</u> .....	7
<u>Onderbouwing</u> .....	14
<u>Uitvoering</u> .....	19
<u>Onderzoek naar praktijkervaringen</u> .....	23
<u>Onderzoek naar de effectiviteit</u> .....	25
<u>Aangehaalde literatuur</u> .....	28

# 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 opvoeden 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. 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 (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 gedragsproblemen. Deze verandering is significant groter dan reguliere behandeling. In Nederland is RCT-onderzoek lopende, zowel bij biologische gezinnen als pleeggezinnen. Daarnaast worden de effecten van alle uitgevoerde

behandelingen structureel in kaart gebracht. De uitkomsten hiervan laten jaarlijks grote tot middelgrote positieve effecten zien in bij kind (gedrag) en ouder (stress).

**Erkenning**

Erkend door Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie  
d.d 24-06-2016

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen

De referentie naar dit document is: Gonnie Albrecht (januari 2016).

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

# Uitgebreide beschrijving

---

## 1. Probleemomschrijving

---

### 1.1 Probleem

PMTO richt zich op kinderen met oppositioneel-opstandige (ODD), normoverschrijdende gedragsstoornis, impulsbeheersingsgedragsstoornis en periodiek explosieve stoornis – al dan niet met ADHD. Deze stoornissen maken deel uit van de in de DSM-V gecategoriseerde disruptieve stoornissen. Ze worden gekenmerkt door negativistisch, vijandig, openlijk ongehoorzaam en agressief gedrag. PMTO richt zich ook op ernstige gedragsproblemen die niet binnen bovengenoemde DSM-categorieën vallen. Het moet dan wel gaan om een zich herhalend gedragspatroon waarbij sociale normen en regels worden overtreden, zoals met ernstige driftbuien, stelselmatig niet opvolgen van instructies van volwassenen, tegendraadsheid, agressief gedrag naar leeftijdsgenoten, liegen en stelen.

De ernstige gedragsproblemen die hierboven worden beschreven zijn gerelateerd aan een verstoord interactiepatroon tussen ouder en kind. Het dominante interactiepatroon wordt gekenmerkt door negatieve wisselwerking, escalatie en negatieve bekrachtiging (*coercive interaction*). Dit patroon houdt de gedragsproblemen in stand en verergert deze.

---

### 1.2 Spreiding

Er bestaan weinig (recente) cijfers over het vóórkomen van gedragsproblemen onder (jonge) kinderen in Nederland. In een studie uit 2005 rapporteerden 8,6% van de ouders (n=4480) psychosociale problemen (gedrags- en emotionele problemen) bij hun kind(eren). Professionals zagen bij maar liefst 10,1% van deze kinderen dergelijke problemen (Reijneveld, Brugman, Verhulst & Verloove-Vanhorick, 2005). Wanneer meer specifiek naar alleen gedragsstoornissen gekeken wordt, laat een andere studie uit 2005 (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp & Reijneveld, 2005) zien dat 24% van de ouders (n=4461) van kinderen tussen de 0 en 12 jaar zich wel eens zorgen maakt over het gedrag van hun kind(eren), waarvan 4% zich ook grote zorgen maakt. 10% van ouders van kinderen tussen 5-12 jaar (n=2410) geeft aan dat hun kind(eren) externaliserend probleemgedrag laat zien. Ook hier zien we dat JGZ-medewerkers een hoger aantal rapporteren. Het aandeel kinderen tussen de 5-12 jaar met matige en zware psychosociale problemen is volgens hen 22,5%. In ongeveer een derde van de gevallen gaat het volgens de JGZ-medewerkers om externaliserend probleemgedrag. De studie van Zeijl en collega's (2005) laat tevens zien dat 6% van ouders van kinderen tussen 5-12 jaar (n=2781) aangeeft de opvoeding van hun kind negatief te beleven. In bijna de helft van de gevallen (41%) worden gedragsproblemen als oorzaak genoemd. Alhoewel bovengenoemde studies niet van geheel recente datum zijn, toont een iets recentere studie uit 2009 aan dat – in ieder geval onder scholieren – het aantal kinderen met gedragsproblemen stabiel is gebleven (Van der Wolf & Van Beukering, 2009). Rescorla en collega's (2007) hebben CBCL-scores van kinderen tussen de 6-16 jaar uit 31 bevolkingsgroepen uit verschillende landen met elkaar vergeleken. Hieruit bleek dat kinderen

en jongeren uit Nederland gemiddeld iets minder problemen laten zien ten opzichte van veel andere landen als de Verenigde Staten, Frankrijk, Italië en Portugal. In landen als Duitsland, de Scandinavische landen en Australië worden minder problemen gerapporteerd dan in Nederland.

De prevalentie van externaliserende gedragsproblemen is over het algemeen hoger bij jongens dan bij meisjes (Rescorla e.a., 2007). Dit laatste is ook uit Nederlands onderzoek gebleken. Jongens scoren met name hoger op problemen met aandacht en concentratie en op hyperactiviteit. In het algemeen vertonen meer jongens externaliserend probleemgedrag (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996; Zeijl e.a., 2005).

---

### 1.3 Gevolgen

Wanneer gedragsproblemen bij jonge kinderen niet behandeld worden kunnen ze aanleiding geven tot diverse negatieve uitkomsten in de volwassenheid (Broidy e.a., 2003). Deze kinderen hebben een grotere kans werkloos te zijn, arbeidsinstabiliteit te ervaren, in aanraking te komen met het justitiële systeem, ongehuwd te blijven en te scheiden. Daarnaast hebben zij vaker psychiatrische problemen (Maughan & Rutter, 2001).

Naast negatieve uitkomsten voor de kinderen zelf, zorgen de gedragsproblemen ook voor negatieve maatschappelijke gevolgen. Op vierjarige leeftijd zijn de kosten voor kinderen met gedragsproblemen al hoger dan voor kinderen zonder gedragsproblemen (Raaijmakers, Posthumus, Van Hout, Van Engeland & Matthys, 2011). Uit de 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 die zich normaal ontwikkelen.

---

## 2. Beschrijving interventie

---

### 2.1 Doelgroep

#### 2.1.1 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) en/of de Teacher Report Form (TRF), waarbij de score op externaliserende en/of totale problemen boven het 90<sup>ste</sup> percentiel ligt.

---

#### 2.1.2 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 verstoord 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/vaste verzorgers het gedrag van het kind ten goede kunnen keren.

---

#### 2.1.3 Selectie van doelgroepen

##### Indicaties

- Tenminste één van de kinderen in het gezin vertoont ernstige externaliserende gedragsproblemen (CBCL score op Externaliserende problemen boven 90<sup>ste</sup> percentiel). Een kind hoeft niet te voldoen aan de DSM-criteria voor een psychiatrische stoornis (ODD-ADHD), maar het kan wel;
- 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 er van 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-IV-diagnose klassiek autisme; 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 ouder/verzorger of het kind heeft een verstandelijke beperking. Als ondergrens voor PMTO geldt een IQ van 55;
- De 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 geen of onvoldoende ruimte is om aandacht te besteden aan de opvoeding van hun kind.

Gezinnen worden vanuit een wijkteam, de gezinsvoogd of de huisarts bij een instelling voor jeugdzorg 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. 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 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 TRF (gedragsproblemen zoals gezien door de leerkracht) en de Opvoedingsbelastingschaal (OBVL; Praktikon, 2012). Instellingen met meerdere gezinsgerichte interventies voor kinderen met externaliserende gedragsproblemen hebben vaak een beslisboom om het meest passende aanbod te bepalen.

---

## 2.2 Doel

### 2.2.1 Hoofddoel

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

---

### 2.2.2 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 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.

---

## 2.3 Aanpak

### 2.3.1 Opzet van de interventie

PMTO is een individuele behandeling, waarin ouders met een therapeut wekelijks een uur oefenen met het inzetten van effectieve opvoedingsstrategieën. De interventie start met een startbijeenkomst, waarin kennis wordt gemaakt (aan de hand van een genogram) en doelen worden gesteld. Met het werken aan deze doelen, door het versterken van de inzet van de effectieve opvoedingsstrategieën, wordt gestart vanaf de tweede bijeenkomst. In deze en de daaropvolgende behandelbijeenkomsten is er geen vaste volgorde in hoe de effectieve strategieën worden doorlopen. Wel wordt 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.

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 strategieën opgefrist. Het gaat om effectieve opvoedingsstrategieën die centraal stonden in de behandeling en/of waar ouders nu veel behoefte aan hebben.

#### **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 (zie ook 2.3.3). Het gros van de behandelingen duurt 15-25 bijeenkomsten.

#### **Opbouw van een bijeenkomst**

De bijeenkomsten van een uur 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), waarna een relevante vervolgstap wordt gemaakt in het toepassen van een effectieve strategie en deze geoefend en geanalyseerd wordt (30 minuten). Ouders vertrekken met een concreet plan en registratieopdracht (opdracht voor thuis; 10 minuten) hoe ze deze strategie gaan toepassen in de komende week. Tussen twee bijeenkomsten in is er telefonisch overleg met de ouders (van 10-15 minuten) waarin de therapeut nagaat welke ervaringen de ouders tot nu toe hebben opgedaan met de opdracht voor thuis en hen stimuleert tot verder oefenen.

### **2.3.2 Locatie en uitvoerders**

De interventie wordt uitgevoerd door een opgeleide PMTO-therapeut. In principe vinden de PMTO bijeenkomsten plaats bij de instelling waar de PMTO therapeut werkzaam is. Soms wordt PMTO, bijvoorbeeld wanneer de ouders niet in de gelegenheid zijn om naar de instelling te komen op een andere plek gegeven (bijv. op school). Bij uitzondering komt de therapeut ook bij het gezin thuis.

### **2.3.3 Inhoud van de interventie**

#### Wat er wordt versterkt

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.

Bij ieder van deze vijf opvoedingsstrategieën horen verschillende vaardigheden. 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. Tijdens de behandeling worden ouders sterker gemaakt in het systematisch toepassen van de strategieën en bijbehorende vaardigheden. Welke vaardigheden precies geoefend worden, hangt af van de reeds aanwezige vaardigheden bij ouders, de leeftijd van de kinderen in huis en het gedrag van het aangemelde kind. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat sommige ouders alleen de time-out procedure leren uitvoeren, andere ouders het geven van een taak en weer andere ouders beide procedures.

#### Hoe dit wordt versterkt

De behandeling is volledig gericht op het versterken van ouders in de systematische toepassing van de effectieve opvoedingsstrategieën. Dit versterken gebeurt door het veelvuldig oefenen van vaardigheden die bij een strategie horen en het reflecteren hierop, het gericht voorbereiden van de toepassing thuis alvorens echt aan de slag te gaan en het gedetailleerd analyseren van de ervaringen thuis om tot nog betere inzet te komen.

#### *Vaardigheden oefenen en toepassing thuis gericht voorbereiden*

Voordat ouders thuis met een strategie aan de slag gaan, wordt deze in één of meer bijeenkomsten goed voorbereid. De voorbereiding betreft zowel de uitvoering van bijvoorbeeld een beloningssysteem of time-out, als de uitleg aan het kind over wat er gaat gebeuren. Alles wordt geoefend in rollenspel, meerdere keren, met oplopende moeilijkheidsgraad (er wordt bijvoorbeeld in toenemende mate een beroep gedaan op de emotieregulatie van de ouders). Tussen de bijeenkomsten door observeren ouders de huidige interactie (registratieopdracht) en treffen ze concrete voorbereidingen voor wat ze gaan introduceren (bijvoorbeeld een time out plek of materialen voor een 1<sup>e</sup> gezinsbijeenkomst (samen probleemoplossen)).

Het oefenen/rollenspel heeft een standaardopzet waarbij de therapeut altijd eerst (nog even) 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 kort en krachtige reflectie waarbij de nadruk ligt op het gedrag van 'de opvoeder' en het effect daarvan op het kind.

Pas wanneer de ouders goed zijn in het uitvoeren van een vaardigheid, zij alle voorbereidingen hebben getroffen en gezamenlijk voorspelde problemen bij de implementatie zijn opgelost, wordt de uitleg voor de kinderen gepland en geoefend. En dan gaan ouders thuis aan de slag.

#### *Ervaringen analyseren en toepassing thuis gericht verbeteren*

Wanneer ouders thuis ervaringen opdoen, houden zij deze bij op een registratieopdracht (opdracht voor thuis). Deze informatie 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 en aan hiaten wordt gewerkt. Hierdoor wordt de toepassing thuis systematischer en effectiever. Het troubleshooten (successen vieren en werken aan vaardigheidstekorten) 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. 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 drie weken achtereen zijn dagbeloning gehaald (wat ook betekent: ouders hebben drie weken achtereen eenzelfde systeem volgehouden) en de routine waarop de beloningskaart betrekking heeft, is één maal aangescherpt'. Voor iedere strategie zijn vuistregels die de therapeut aanscherpt, afhankelijk van de situatie van het gezin en de vaardigheden van de ouders. Om vast te stellen welke vorderingen ouders en kinderen maken, doen ouders registratieopdrachten. Op basis hiervan 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.

---

## **2.4 Ontwikkelgeschiedenis**

### **2.4.1. Betrokkenheid doelgroep**

De doelgroep van PMTO is indirect betrokken geweest bij de ontwikkeling van de interventie. Het fundament van PMTO is in de jaren '60 gelegd. Gerald Patterson, oprichter van het Oregon Social Learning Centre (OSLC), startte in die periode met het systematisch observeren van negatieve gedragspatronen tussen ouders en kinderen. Uit dit onderzoek bleek dat ouders vaak terecht komen in drie vormen van negatieve interactie met hun kind: (1) een negatieve wisselwerking, waarbij de ouder reageert op hetzelfde niveau als het kind, bijvoorbeeld door het voeren van een 'welles/nietes' discussie; (2) escalatie als gevolg van die negatieve wisselwerking, waarbij de discussie tussen ouder en kind uitmondt in ruzie die uit de hand loopt; (3) bekrachtiging van negatief gedrag, waarbij het kind met ongewenst gedrag iets afdwingt. Met het 'ontleden' van deze negatieve interactiepatronen hebben Patterson en zijn collega's de eerste bouwstenen gelegd voor PMTO.

De uitkomsten van het onderzoek naar negatieve interacties tussen ouder en kind riepen als vanzelf de vraag op welke vaardigheden en technieken ouders dan nodig hebben om het gedrag van hun kind in positieve zin te beïnvloeden. De therapeuten van het OSLC probeerden door middel van 'trial and error' verschillende strategieën en technieken uit

tijdens de behandeling. Onderzoekers onderzochten vervolgens op systematische wijze de effecten hiervan. Op deze manier is in de loop van veertig jaar PMTO ontwikkeld (Patterson, 2005).

---

## **2.4.2 Buitenlandse interventie**

PMTO is ontwikkeld in de Verenigde Staten en in 2006 in Nederland geïntroduceerd in samenwerking met de oorspronkelijke ontwikkelaars van het Oregon Social Learning Center (OSLC): Gerald Patterson en Marion Forgatch. Door het opleiden van een eerste generatie therapeuten, adaptatie en beschrijving van de methodiek en het selecteren en opleiden van een groep Nederlandse PMTO opleiders, is in twee jaar tijd het gedachtegoed van PMTO overgedragen aan de Nederlandse jeugdzorg en jeugd-GGZ. Hierbij zijn geen grote inhoudelijke aanpassingen gemaakt; de adaptatie zit in de gebruikte voorbeelden en illustraties.

---

## **2.5 Vergelijkbare interventies**

### **2.5.1 In Nederland uitgevoerd**

Andere in Nederland uitgevoerde programma's voor ouders van kinderen met gedragsstoornissen ofwel ernstige gedragsproblemen zijn Incredible Years, Triple P (niveau 4 en 5) en PCIT (Parent Child Interaction Therapy). Zowel Incredible Years als Triple P (niveau 4) en PCIT zijn in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen. Incredible Years heeft het predicaat 'effectief volgens sterke aanwijzingen', Triple (niveau 4) en PCIT zijn beide 'goed onderbouwd'.

---

### **2.5.2 Overeenkomsten en verschillen**

Net als PMTO hebben deze oudertrainingen of –behandelingen als algemeen doel het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, waardoor de gedragsproblemen van hun kind verminderen. De theoretische basis en de inhoud van de interventies komen in grote lijnen overeen. Deze zijn alle mede gestoeld op het Social Interaction Learning model van Patterson en richten zich op gedragsverandering bij het kind door het veranderen van de sociale omgeving.

Op een aantal punten verschillen de genoemde aanpakken van elkaar.

#### *Leeftijd van het kind*

PCIT is specifiek bedoeld voor jonge kinderen (2-7 jaar). Triple P richt zich op ouders met kinderen in een brede leeftijdsrange van 0-12 jaar. Incredible Years richt zich op gezinnen met kinderen van 3 tot en met 6 jaar en PMTO heeft gezinnen met kinderen van 4-12 jaar als doelgroep.

### *Aanpak*

PCIT vindt plaats binnen een klinische setting waarbij zowel ouders als kind betrokken worden bij de behandelsessies. De ouder-kind interactie wordt geobserveerd en op basis daarvan vindt live coaching plaats: de ouder krijgt directe instructies en feedback over zijn handelen tijdens de interactie. Incredible Years is een groepstraining waarbij ouders van 6 tot 8 kinderen deelnemen. Triple P richt zich alleen op de ouder en kan zowel individueel als groepsgericht worden aangeboden. De methodiek geeft geen vaste richtlijnen voor het aantal deelnemers per cursus; gemiddeld nemen er 8 tot 14 ouders per keer deel. PMTO betreft een individuele aanpak waarbij met een of beide ouders wordt gewerkt zonder aanwezigheid van het kind.

### *Duur, frequentie en intensiteit*

Incredible Years bestaat uit 18 tot 20 wekelijkse sessies van twee uur. PCIT duurt tussen 9-20 weken, gemiddeld 15 bijeenkomsten. Triple P (niveau 4) individueel bestaat uit 8 tot 10 op elkaar voortbouwende sessies van ongeveer anderhalf uur, die bij voorkeur wekelijks plaatsvinden. Het groepsgerichte programma omvat ongeveer vier wekelijkse groepsbijeenkomsten van ongeveer twee uur, drie aanvullende individuele telefonische consulten van 15-30 minuten en een terugkombijeenkomst met de hele groep. Bij voorkeur vinden de sessies één keer per week plaats.

---

### **2.5.3 Toegevoegde waarde**

Van de bovengenoemde interventies zal PMTO door ouders als het meest intensief ervaren worden. PMTO richt zich op een relatief beperkt aantal strategieën en deze worden net zo lang versterkt bij ouders tot zij hiermee het gewenste effect op het gedrag van hun kind bereiken. De versterking vindt plaats door veelvuldig oefenen (rollenspel), in de bijeenkomst en vervolgens thuis (aan de hand van een concrete opdracht voor thuis). De therapeut houdt iedere week tussen de bijeenkomsten door vinger aan de pols, om implementatie thuis te bevorderen. Daarmee is PMTO niet alleen intensief, maar ook vasthoudend. Zoals een ouder die deelnam aan PMTO ooit treffend zei: ‘nou heb ik al zoveel oudercursussen gevolgd, maar van jou moet ik het ook echt gaan doen’.

Een ander belangrijk onderscheidend kenmerk van PMTO is de sterke nadruk op kwaliteitsontwikkeling en –controle op de uitvoering door de therapeut. Alle behandelingssessies worden opgenomen, zodat de therapeut op zijn eigen werk kan reflecteren en in supervisie met collega-therapeuten zijn werk kan verbeteren op basis van beelden. Deze supervisie (ook wel methodische werkbegeleiding genoemd) blijft ook na certificering doorgaan (min. 20 x 2 uur op jaarbasis). De opnames worden ook gebruikt in het kader van certificering en vervolgens een jaarlijkse beoordeling in het kader van de licentieverlenging. Wat we zien is dat therapeuten jaar na jaar beter scoren op de FIMP (zie paragraaf 4.4), wat betekent dat hun behandelintegriteit blijft toenemen. Een hoge score op de FIMP is gerelateerd aan betere uitkomsten op kindniveau (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005; voor Nederlandse therapeuten: Kenniscentrum PMTO Nederland, 2012). Therapeuten worden dus steeds effectiever.

---

## 3 Onderbouwing

---

### 3.1 Oorzaken

Ernstige externaliserende gedragsproblemen ontstaan vanuit een opeenstapeling van diverse kind- en ouder/gezinsfactoren. Kindfactoren die onder andere bijdragen aan de ontwikkeling van gedragsproblemen zijn pre- en perinatale problemen, een moeilijk temperament, gen-omgeving interacties en neurobiologische afwijkingen (Matthys, 2011). 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, zoals persoonlijkheidskenmerken van de ouders, de mate waarin zij elkaar steunen, de kwaliteit van hun relatie en de materiële omstandigheden spelen een rol (Reid, Patterson & Snyder, 2002). Patterson (1982; 2005) observeerde in gezinnen met kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen een negatief interactiepatroon (zie ook paragraaf 2.4.1) waarbij het wederzijds afdwingen ('coercive interaction') op de voorgrond staat. 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).

---

### 3.2 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 competentier 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).

---

### 3.3 Verantwoording

In het voorgaande (paragraaf 2.4.1 en 3.1) is gerefereerd aan het onderzoek naar de ontwikkeling van antisociaal gedrag bij kinderen en de interacties in het gezin en met de bredere omgeving, dat onderzoekers aan het Oregon Social Learning Center de afgelopen decennia hebben uitgevoerd. Hun bevindingen komen samen in 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; 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. 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 paragraaf 2.3.3) 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 dit gedrag gaan zij 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).

*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 mediators 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 contingente 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 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 dan 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).

#### *4. 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.

Uit het bovenstaande mag helder zijn dat onderbouwing voor deze aanpak wordt gevonden in de leertheorieën/gedragstherapie, met name in de operante leertheorie en sociale leertheorie (Orlemans, Eelen & Hermans, 2007). Uit literatuuroverzichten en meta-analyses (o.a. Carr, 2006; Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Weisz & Kazdin, 2010; Menting, Albrecht & Orobio de Castro, 2015) blijkt keer op keer dat training van opvoedingsvaardigheden 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).

---

### 3.4 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 een concrete, haalbare opdracht voor thuis;
4. Hoop en motivatie creëren door (snelle) succeservaringen;
5. Doelgericht, in stappen passend bij het gezin, implementatie van effectieve opvoedingsstrategieën in 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.

---

## 4 Uitvoering

---

### 4.1 Materialen

Speciaal voor de Nederlandse situatie is voor PMTO-therapeuten een methodiekhandleiding gemaakt, waarin alle informatie is gebundeld en waarin verbanden, achtergronden en uitwerkingen worden gegeven. Daarnaast is er 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. 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.

Op de website [www.pmtto.nl](http://www.pmtto.nl) is zowel voor ouders als voor professionals informatie over PMTO in de vorm van folders, artikelen, factsheets e.d. beschikbaar.

Albrecht, G., Leeuwen, E. van, & Tjaden, J. (2014). *PMTO handleiding voor therapeuten (versie 3.1)*. Duivendrecht: PI Research.

Albrecht, G., Leeuwen, E. van & Tjaden, J. (2014). *PMTO oudermaterialen (versie 3.1)*. Duivendrecht: PI Research.

Leeuwen, E. van, Tjaden, J. & Albrecht, G. (2012). *Parent Management Training Oregon. Opleiding van therapeuten (versie 2.0)*. Duivendrecht: PI Research.

---

### 4.2 Type organisatie

PMTO wordt uitgevoerd door instellingen voor Jeugdzorg en Jeugd-GGZ.

---

### 4.3 Opleiding en competenties

#### **Competenties**

Een PMTO therapeut functioneert tenminste op HBO-niveau. Affiniteit met gedragstherapeutische methodieken is een voorwaarde en ervaring in het werken met ouders en kinderen is een pré. De therapeut kan op basis van informatie van ouders en oefeningen adequate gedragsanalyses maken en kan gebruik maken van rollenspel als behandelmethodiek. De therapeut moet maatwerk kunnen leveren, oftewel specifieke gezinsproblemen kunnen herkennen en een keuze kunnen maken voor de daarbij relevante

opvoedingsvaardigheden om aan te werken. De therapeut beschikt over een breed scala aan therapeutische vaardigheden om te kunnen bewerkstelligen dat ouders dat wat in de bijeenkomsten geoefend wordt ook meer gaan toepassen in hun dagelijks leven.

### **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 15 opleidingsdagen.
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. (Na certificering vindt jaarlijks hercertificering plaats.)

De opleiding bestaat uit 15 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, de concrete uitwerking in de vijf effectieve opvoedingsstrategieën kunnen aanleren en de technieken en vaardigheden die bij iedere opvoedingsstrategie horen. Er wordt veel aandacht besteed aan de didactische en procesvaardigheden van de therapeut (zie ook de FIMP, paragraaf 4.4), die door voortdurende oefening en gezamenlijke reflectie op eigen beelden en die van anderen systematisch worden aangeleerd. Er is dus een duidelijke parallel tussen hoe ouders de effectieve opvoedingsstrategieën leren en hoe therapeuten PMTO leren.

In deze parallel past ook het feit dat therapeuten pas starten met hun certificeringsgezinnen wanneer zij PMTO voldoende effectief uitvoeren. Dit moment wordt individueel bepaald, 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 paragraaf 4.4).

Opleiding, certificering en licentieverlenging vinden plaats onder verantwoordelijkheid van het Kenniscentrum PMTO Nederland, gefinancierd door de uitvoerende instellingen en ondergebracht bij PI Research.

---

## **4.4 Kwaliteitsbewaking**

De kwaliteit wordt bewaakt door het gehele pakket van startkwalificaties, opleiding, supervisie/methodische werkbegeleiding, certificering en licentieverlenging (zie dus ook paragraaf 4.3). 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 (wisselend onderwerp).

Op meer concreet niveau zijn de twee belangrijkste 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**

Elke therapie sessie wordt opgenomen en deze beelden worden ge-upload naar een systeem waarin de therapeut zijn eigen handelen evalueert. Zijn vragen worden in aan de hand van deze opnames ook aan de orde gesteld in de groepssupervisie.

### **FIMP**

De FIMP, wat staat voor Fidelity of Implementation Rating System, 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 kwaliteit. Op iedere dimensie wordt een aantal elementen onderscheiden die in een competente uitvoering van PMTO terug te vinden zijn. Dit is eigenlijk de gemeenschappelijke taal van PMTO, die consequent wordt gebruikt in opleiding, reflectie en beoordeling

De FIMP is een betrouwbaar en valide instrument om een effectieve uitvoering van PMTO te meten: hogere scores hangen samen met een grotere effecten bij kind en ouders (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005).

---

## **4.5 Randvoorwaarden**

Voor een goede uitvoering van PMTO zijn enkele organisatorische randvoorwaarden bij de instelling noodzakelijk. Allereerst maakt een PMTO therapeut onderdeel uit van een team van minimaal vijf therapeuten. Een van deze vijf wordt opgeleid tot supervisor.

Vanzelfsprekend moeten de PMTO therapeuten en PMTO opleiders beschikken over de juiste competenties en de PMTO opleiding hebben gevolgd. Voor de PMTO-opleiding, supervisie en zelfreflectie moeten de therapeuten door de organisatie gefaciliteerd worden. In tijd en in toegang tot de web-based uploadsysteem, waarop ook beelden kunnen worden teruggekeken.

---

## **4.6 Implementatie**

In de periode 2005-2009 is vorm gegeven aan de landelijke implementatie van PMTO. Hiervoor is een uitgebreid projectplan ontwikkeld waarin de te nemen implementatiestappen en benodigde randvoorwaarden beschreven zijn. Het implementatietraject is vervolgens gevolgd en geëvalueerd (Mikolaczak, Van Dommelen & Paulussen, 2009). Aan de hand hiervan is een aantal succesfactoren en aandachtspunten geformuleerd, die bij nieuwe implementatietrajecten gebruikt worden. Deze trajecten worden actief begeleid vanuit het Kenniscentrum PMTO Nederland.

## 4.7 Kosten

De kosten van uitvoering van de interventie zijn in minuten, voor gecertificeerde PMTO therapeuten:

Activiteiten en daaraan gekoppelde dbc verrichtingen	Aantal	Aantal behandelers	Aantal mede behandelde cliënten	Directe minuten per activiteit	Indirecte minuten per activiteit	Totaal directe tijd	Totaal indirecte tijd	Totaal
Inlezen dossier, verwijzersbrief, verslag intake en diagnostiek, behandelplan	1	1		0	30	0	30	30
Start- en eindbijeenkomst met observatie SIT	2	1		45	30	90	60	150
Werkplan maken (gerelateerd aan behandelplan)	1				60		60	60
Behandelingen (gemiddeld = 22)	20 - 30	1		60	35*	22x: 1320 30 x: 1800	22x: 770 30x: 1050	22x: 2090 30x: 2850
Behandeling: belcontact midweek call (gemiddeld = 22)	20 - 30	1		15	5	22x: 330 30 x: 450	22x: 110 30 x: 150	22x: 440 30 x: 600
Overleg met andere hulpverleners in het kader van multifocale zorg (telefonisch)	4	1		30	15	120	60	180
Behandelplanbespreking/evaluaties	4	3			15		180	180
Follow up bijeenkomsten	2	1		60	15	120	30	150
Verwijzersbrief	1	1		0	60	0	60	60
In het kader van kwaliteitsborging: - Per 4 sessies: 15 minuten terugkijken dus per sessie: 5 minuten - Supervisie (1x per 2 weken: 2 uur + 1x per 4 weken 2 uur: themabijeenkomst) dus per client 15 min	22				20		22x: 440 30 x: 600	22x: 440 30 x: 600
Totaal						1980- 2580	1800- 2280	3780- 4860
						52 %- 53%		
<b>Totaal</b>								

\* Indirecte tijd per behandelsessie: totaal 35 minuten

- Voorbereiden sessie: 10 minuten
- Uploaden: 10 minuten
- Invullen sessie database: 5 min
- Care 4 invullen (incl verslag): 10 minuten

NB. In de database van PMTO is nu het **gemiddeld** aantal bijeenkomsten 22.

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 470 euro. Instellingen die PMTO uitvoeren dragen jaarlijks 3.500 euro bij aan het Kenniscentrum PMTO Nederland, om gezamenlijk activiteiten uit te voeren op het gebied van doorontwikkeling, borging, onderzoek en verspreiding.

---

## 5 Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### 5.1 Onderzoek en resultaten

#### 1. Onderzoek naar het functioneren van het kenniscentrum PMTO, inclusief doelgroepanalyse en behandeluitkomsten in dagelijkse praktijk

- A. Dam, C. van, & Damen, H. (2012). Evaluatie Kenniscentrum PMTO: Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van het Kenniscentrum PMTO. Praktikon: Nijmegen.
- B. Evaluatieonderzoek met een kwantitatief en een kwalitatief deel.
  - 1) Waarderingsonderzoek (digitale enquête) over werkzaamheden uitgevoerd door Kenniscentrum PMTO Nederland, gehouden onder PMTO therapeuten, supervisors en managers (n=92).
  - 2) Doelgroepanalyse en uitkomsten van behandeling (N=200). Meetinstrumenten: CBCL en NOSI.
- C. Het kwaliteitssysteem PMTO heeft zich tot 2011 vooral gericht op de implementatie van PMTO en de kwaliteit van de uitvoer van PMTO: opleiding, supervisie, certificering en implementatie in organisaties. Het uitgangspunt hierbij was dat een goede uitvoer van de methodiek ook leidt tot de gewenste resultaten. De bevindingen uit het primair proces (CBCL en NOSI) ondersteunden deze hypothese. Er worden positieve resultaten geboekt: de gemiddelde scores bij afsluiting van behandeling op gedragsproblemen en opvoedingsbelasting liggen onder de klinische grens en er zijn grote effectsizes behaald: 0,84 voor externaliserende gedragsproblemen en 0,90 voor opvoedingsbelasting.

#### 2. 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). Scriptie-onderzoek in het kader van afronding Master 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 lagere 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 lagere behandel-effecten.

#### 3. Onderzoek naar de behandeluitkomsten van PMTO bij één-oudergezinnen

- A. Ellens, R. (2014). Scriptie-onderzoek in het kader van afronding Master Opvoedingsondersteuning (Pedagogiek) aan de Universiteit van Amsterdam.
- B. Gecombineerd onderzoek:
  - 1) Casestudie naar N=2 gezinnen
  - 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-oudergezinnen). 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.

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

- A. Lubberts, E. (2013). Scriptie-onderzoek in het kader van afronding Master Orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen.
- B. Pre- en postmeting van gedragsproblemen bij 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.

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

- A. Koppers, C. (2012). Scriptie-onderzoek in het kader van afronding Master Pedagogiek aan de Hogeschool van Amsterdam.
- B. Interviews met ouders die PMTO hebben gedaan, 5 jaar na afronding. (N= Toepassing van PMTO strategieën 5 jaar na behandeling (N=18), met als focus de vraag in hoeverre ouders de strategieën geleerd bij PMTO nog inzetten.
- C. Ouders zetten de strategieën nog steeds in, met name 'duidelijke instructies geven' en effectief grenzen stellen' (met name Time Out) worden nog toepast. Ouders kijken positief terug op de behandeling. Als verbeterpunt geven ze aan dat een aanvullende booster na 1 of 2 jaar een meerwaarde zou hebben, met name ook wanneer kinderen in de puberteit komen.



## 6 Onderzoek naar de effectiviteit

---

### Onderzoek in Nederland

#### Jaarlijkse analyse van doelgroep en behandeluitkomsten PMTO bij de uitvoerende instellingen (Kenniscentrum PMTO Nederland)

- A. Factsheets van door instellingen verzamelde gegevens, gebundeld gepresenteerd door Kenniscentrum PMTO Nederland. Periodes: 2007-2010, 2011-2012, 2012-2014 (NB. over periode 2010-2011 is gerapporteerd door Van Dam & Damen – zie 2.)
- B. Pre- en postmeting van gedragsproblemen kind (CBCL) en opvoedingsstress ouders (NOSI of OBVL) – metingen van reguliere behandelingen in 7-9 uitvoerende instellingen. Steekproeven (niet-overlappend):  
in 2007-2010 N=552 voormeting, N=265 voor- en nameting  
in 2011-2012 N=268 voormeting, N=81 voor- en nameting  
in 2012-2014 N=792 voormeting, N=401 voor- en nameting
- C. Over jaren heen worden stelselmatig ernstige gedragsproblemen bij kinderen gerapporteerd door ouders en pleegouders bij aanvang van de behandeling. Het gaat om ernstige externaliserende gedragsproblemen en bij een meerderheid van de kinderen daarnaast ook om ernstige internaliserende gedragsproblemen (comorbiditeit). PMTO lijkt daarmee de beoogde doelgroep te bereiken. Ook wordt over jaren heen gerapporteerd dat zowel de externaliserende als de internaliserende gedragsproblemen bij afsluiting van de behandeling significant zijn verminderd. De effectsizes (vm-nm) zijn middelgroot tot groot, en het grootst op externaliserend probleemgedrag. Tot slot wordt over jaren heen gerapporteerd dat ouders en pleegouders bij aanvang van de behandeling ernstige opvoedingsstress hebben en dat deze bij afsluiting significant is verminderd.

Ook de onder 5 genoemde onderzoeken nr. 1 en 4 omvatten onderzoek naar de effectiviteit van PMTO in de dagelijkse praktijk in Nederland. Het gaat om steekproeven die overlappen met de gegevens die hierboven beschreven zijn.

Daarnaast lopen op dit moment:

RCT naar PMTO in gezinnen met minimaal 1 biologische ouder (Maastricht University)

RCT naar PMTO in pleeggezinnen (Universiteit van Amsterdam)

KEA naar PMTO in gezinnen met minimaal 1 biologische ouder, gekoppeld aan RCT

Maastricht (Rijksuniversiteit Groningen).

---

### Onderzoek naar vergelijkbare interventies

#### *Buitenlandse studies*

Sinds de vroege ontwikkeling van wat nu PMTO heet, in de jaren '60 van de vorige eeuw, zijn de uitgangspunten en de methode onderzocht in de **Verenigde Staten**. In een meta-analyse van 26 experimentele studies naar de effectiviteit van PMTO vonden Serketich & Dumas (1996) een gemiddelde effectsize van 81% voor kinduitkomsten. Dat betekent dat het gemiddelde kind waarvan tenminste één van de ouders een behandeling had gekregen beter aangepast gedrag vertoonde dan 81% van de kinderen waarvan de ouders geen of een andere

interventie hadden gevolgd. Dit gold ook voor het gedrag op school. De effectsize voor de ouders was lager, maar nog steeds was 67% van de ouders die een behandeling hadden gekregen beter af dan de ouders die geen behandeling hadden gekregen. De consistentie in effectsizes tussen metingen wijst er volgens de auteurs op, dat de positieve uitkomsten die meestal in de literatuur over de behandeling vermeld worden, inderdaad een gevolg zijn van de effectiviteit van de interventie. Zij merken wel op, dat zij slechts een klein deel (26) van de (117) gevonden studies konden gebruiken in hun meta-analyse vanwege methodologische beperkingen van de meeste studies. Verder was de behandeling op dat moment in onderzoek nog niet vaak vergeleken met een andere interventie (in plaats van geen interventie). En tenslotte was in slechts weinig studies een follow-up meting verricht, en zeker niet op de langere termijn (na meer dan 1 jaar). Dit komt deels door de ethische overweging dat alle aangemelde gezinnen hulp moeten krijgen. Gezinnen uit de controlegroepen krijgen daarom vaak al kort na afloop van de nameting hulp, waarmee zij hun functie van controlegroep voor het onderzoek verliezen.

Wellicht mede in antwoord op de gegeven kritiek hebben de ontwikkelaars van PMTO rond de eeuwwisseling een grote experimentele, longitudinale studie uitgevoerd. De onderzoeksgroep bestond uit 238 onlangs gescheiden moeders met zonen in de middenbouw van het basisonderwijs (gem. leeftijd 8 jaar), waarvan een deel preventief de PMTO-behandeling volgde. Follow-up metingen vonden plaats met intervallen van 6 maanden, tot 36 maanden na de nameting. 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 (bijv. op gehoorzaamheid). Bovendien vonden zij significante vermindering van depressies 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 (Martinez & Forgatch, 2001; DeGarmo & Forgatch, 2004; Patterson et al, 2004; DeGarmo et al, 2004; DeGarmo & Forgatch, 2005). 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 (Forgatch, Patterson, DeGarmo & Beldavs, 2009; Patterson, Forgatch & DeGarmo, 2010).

Een tweede groot onderzoek naar de effecten van PMTO dat door de ontwikkelaars is uitgevoerd in deze periode is een onderzoek naar de effecten van PMTO in samengestelde gezinnen (DeGarmo & Forgatch, 2007; DeGarmo, 2010). In een RCT werden 110 recent getrouwde gezinnen met een biologische moeder, één of meer kinderen en een stiefvader, gevolgd over een periode van 2 jaar. De gedragsveranderingen bij het kind (zowel externaliserende als internaliserende problemen) bleken gerelateerd aan zowel gedragsverandering bij de moeder als aan gedragsverandering bij de stiefvader. De stiefvader had een eigen, unieke bijdrage aan de verbeteringen in het functioneren van het kind, en deze bijdrage bleef over tijd bestaan (DeGarmo & Forgatch, 2007; DeGarmo, 2010).

In **Noorwegen** is in 2008 een RCT afgerond naar de effecten van PMTO in de dagelijkse uitvoeringspraktijk (Ogden & Hagen, 2008). Aan dit onderzoek namen 112 kinderen in de leeftijd van vier tot en met twaalf jaar en hun gezinnen deel. Zij werden random toegewezen aan een experimentele groep die PMTO kreeg of aan een controlegroep die 'care as usual'

ontving. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de gedragsproblemen van kinderen uit de experimentele conditie significant afnamen, ten opzichte van die van de controlegroep. 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 (Ogden & Hagen, 2008).

Eenzelfde beeld komt naar voren uit de RCT die is uitgevoerd naar de effecten van PMTO in de dagelijkse uitvoeringspraktijk in **IJsland** (Sigmarsdóttir, DeGarmo, Forgatch & Vikar Guðmundsdóttir, 2013). Aan dit onderzoek namen 102 kinderen en hun gezinnen deel. Ook zij werden random toegewezen aan een experimentele groep die PMTO kreeg of aan een controlegroep die 'care as usual' ontving. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de externaliserende (en ook de internaliserende) gedragsproblemen van kinderen uit de experimentele conditie significant afnamen, en significant meer dan die van de controlegroep. Hetzelfde geldt voor een toename in de sociale competentie (Sigmarsdóttir e.a., 2013).

#### *Nederlandse studies soortgelijke interventies*

In Nederland zijn inmiddels meerdere RCT-onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van Incredible Years, bij diverse doelgroepen (Raaijmakers, 2008; Menting, 2012, Leijten, 2014). De uitkomsten hiervan hebben deze interventie het predikaat 'effectief volgens sterke aanwijzingen' opgeleverd.

Ook naar PCIT (Parent Child Interaction Therapy) is een Nederlandse RCT (N=43) uitgevoerd (Abrahamse, Junger, Van Wouwe, Boer & Lindauer, in voorbereiding), waarin PCIT met Gezins Creatieve Therapie vergeleken werd. Abrahamse en collega's vonden dat de afname van de gedragsproblemen van het kind en de toename van positief gedrag van de ouder na PCIT groter was dan na Gezins Creatieve Therapie. Tevens werd gevonden dat gezinnen die PCIT ontvingen significante verbeteringen hadden op andere uitkomstmaten zoals externaliserende en internaliserende problematiek (CBCL) van het kind en opvoedingsstress van de ouders (NOSI-K).

---

## 7 Aangehaalde literatuur

---

Abrahamse, M. E., Junger, M., van Wouwe, A. M. M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2014). Treating Child behavioural problems in a community mental health centre: A randomised controlled trial on the effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy and Family-Creative Therapy. *Manuscript in preparation*.

Albrecht, G., Leeuwen, E. van, & Tjaden, J. (2014). *PMTO handleiding voor therapeuten (versie 3.1)*. Duivendrecht: PI Research.

Albrecht, G., Leeuwen, E. van & Tjaden, J. (2014). *PMTO oudermaterialen (versie 3.1)*. Duivendrecht: PI Research.

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.

Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., & Laird, R. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, *39*, 222.

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.

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.

Dam, C. van, & Damen, H. (2012). *Evaluatie Kenniscentrum PMTO: Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van het Kenniscentrum PMTO*. Praktikon: Nijmegen.

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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Leeuwen, E. van, Tjaden, J. & Albrecht, G. (2012). *Parent Management Training Oregon. Opleiding van therapeuten (versie 2.0)*. Duivendrecht: PI Research.
- Leijten, P.H.O. (2014). *Toward improved parenting interventions for disruptive child behavior: Reaching disadvantaged families and searching for effective elements*. Academisch proefschrift, Universiteit Utrecht.
- Koppers, C. (2012). *Parent Management Training Oregon-model. De toepassing van effectieve en ondersteunende opvoedingsstrategieën; 5 jaar na behandeling*. Scriptie Pedagogiek, Hogeschool van Amsterdam.
- 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.
- Matthys, W. (2011). *Gedragstoornissen bij kinderen*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

- 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.
- 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.
- Menting, A.T.A. (2012). *A fresh start from arrested motherhood: A randomized trial of parent training for mothers being released from incarceration*. Academisch proefschrift, Universiteit Utrecht.
- 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<sup>e</sup> druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.

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. (2008). *Aggressive behaviour in preschool children. Neuropsychological correlates, costs of service use and preventive efforts*. Utrecht: UU (promotoren: prof. dr. W. Matthys, prof. dr. H. van Engeland).

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.

Reijneveld, S.A., Brugman E., Verhulst, F.C. & Verloove-Vanhorick, S.P. (2005). Area deprivation and child psychosocial problems. A national cross-sectional study among school-aged children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 18-23.

Rescorla, L., Achenbach, T. Ivanova, M.Y. \_ Dumenci, L. Almqvist, F. Bilenberg, N. Bird, H. Chen, W. Dobrea, A. Döpfner, M. Erol, N. Fombonne, E. Fonseca, A. Frigerio, A. Grietens, H. Hannesdottir, H. Kanbayashi, Y. Lambert, M. Larsson, B. Leung, P. Liu, X. Minaei, A. Mulatu, M.S. \_ Novik, T.S. Oh, K.J. Roussos, A. Sawyer, M. Simsek, Z. Steinhausen, H.C. \_ Weintraub, S. Weisz, J. Winkler Metzke, C. Wolanczyk, T. Yang, H.J. Zilber, N. Zukauskienė, R. Verhulst, F. (2007) Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *15*, 130-142.

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.

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.

Verhulst F.C., Ende, J. van der, Koot H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.

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

Wolf, K. van der & Beukering, T. van (2009). *Gedragsproblemen in scholen: het denken en handelen van leraren*. Leuven: Acco

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: SCP/TNO.



## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, 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.

