

Interventie

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Samenvatting

Doelgroep

Parent-Child Interaction Therapy is bedoeld voor kinderen van 2-7 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun ouders die opvoedingsproblemen ervaren.

PCIT kan daarnaast specifiek worden ingezet in pleeggezinnen, gezinnen waarbij sprake is van fysieke kindermishandeling en multiprobleemgezinnen.

Doel

Het einddoel van Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is de ernstige gedragsproblemen bij het kind te verminderen. Dit gebeurt door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te vergroten, de kwaliteit van de ouder-kind relatie te verbeteren, waardoor de gedragsproblemen verminderen en daardoor de stress bij ouders verminderd en de fysieke mishandeling stopt.

Aanpak

Parent-Child Interaction Therapy is een geprotocolleerd behandelprogramma voor jonge kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. In PCIT worden ouders en kind samen in een spelkamer getraind, waarbij de therapeut vanachter een one-way screen de ouder coacht middels een oormicrofoonje.

De therapie richt zich op verbetering van de ouder-kindinteractie en op het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind. In de eerste fase van de behandeling wordt een assessment gedaan om de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders te bepalen. In de tweede fase (KGI) leren de ouders positieve aandachtsvaardigheden te gebruiken zoals het sensitief reageren en prijzen van goed gedrag. In de derde fase (OGI) leren de ouders op het gedrag gerichte management strategieën zoals het effectief afgeven van opdrachten, gepast reageren op medewerking of verzet van het kind en het gebruiken van time-out procedures.

PCIT duurt tussen de 9-20 weken afhankelijk van het niveau van vaardigheden van de ouder en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituatie naar situaties in het dagelijks leven.

Materiaal

Er is een in het Nederlands vertaald en bewerkt handboek beschikbaar.

Onderbouwing

De meest effectieve psychotherapeutische interventie voor ernstige gedragsproblemen is de gedragstherapeutische oudertraining in opvoedingsvaardigheden. Om de ontwikkeling van antisociaal gedrag op latere leeftijd en andere negatieve uitkomsten te voorkomen moeten interventies vroeg aangeboden worden.

PCIT heeft als einddoel om de ernstige gedragsproblemen van het kind te verminderen. De ouder wordt ingezet om deze verandering in het gedrag van het kind teweeg te brengen. Dit gebeurt door opvoedingsvaardigheden van de ouder te vergroten en de kwaliteit van de ouder-kind interactie te verbeteren.

Onderzoek

Er is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (Abrahamse, Junger, van Wouwe, Boer & Lindauer (in voorbereiding; 2015) gedaan waarbij gezinnen PCIT ontvingen of een andere behandelconditie. Bij de vergelijking van de effecten tussen de behandelingen kwam een significant interactie-effect van tijd en behandeling naar voren voor de mate van gedragsproblemen en het positieve gedrag van ouders tijdens het spelen met hun kind. Dit betekent dat afname van de gedragsproblemen van het kind en de toename van positief gedrag van de ouder na PCIT groter is dan na de andere behandelconditie.

Er is Amerikaans en Australisch onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Parent-Child Interaction Therapy. De uitvoerders

van PCIT in Nederland onderbouwen hun interventie op deze onderzoeken (quasi-experimentele effectstudies met follow-up), die positieve effecten laten zien op zowel het gedrag van de kinderen als op de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 12-06-2015

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen

Toelichting:

De theoretische onderbouwing van PCIT is sterk. Er is veel aandacht besteed aan de uitvoering: er is een borgingssysteem, een duidelijk opleidingsplan en de interventie is goed uitvoerbaar. Onderzoek geeft eerste aanwijzingen dat PCIT positieve effecten heeft op het gedrag van kinderen van 2 t/m 8 jaar en op de opvoedingsvaardigheden van ouders.

De referentie naar dit document is:

Anke Breg, Mariëlle Abrahamse, Willemine Heiner, Frederique Coelman

De Bascule, Amsterdam

(Oktober 2014). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)'. Utrecht:

Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

Parent-Child Interaction Therapy is voor kinderen van 2-7 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun ouders die opvoedingsproblemen ervaren en onvoldoende opvoedingsvaardigheden hebben om het gedrag van hun kind te hanteren. Kinderen die problematisch gedrag vertonen, doen een groot beroep op de opvoedingskwaliteiten en inspanningen van ouders en zijn voor ouders een bron van stress. Door de combinatie van het problematische gedrag van het kind en gebrekkige opvoedingsvaardigheden en stress in de opvoeding kan een negatief of coercive interactiepatroon tussen ouder en kind ontstaan, wat zorgt voor verdere escalatie van gedragsproblemen.

PCIT kan daarnaast specifiek ingezet worden in pleeggezinnen, gezinnen waarbij sprake is van fysieke kindermishandeling en multiprobleemgezinnen.

Kindermishandeling is het gevolg van een combinatie van uiteenlopende risicofactoren: persoonlijkheidsfactoren van ouders, kindfactoren en factoren in de omgeving.

Ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen hebben relatief vaak psychische of psychiatrische problemen. Daarnaast zijn gebrekkige opvoedingsvaardigheden en stress in de opvoeding grote risicofactoren voor kindermishandeling. Het kan zijn dat ouders te hoge of juist helemaal geen verwachtingen van hun kind hebben, negatief naar hun kind kijken of er niet in slagen sensitief of empathisch op hun kind te reageren.

Sommige kinderen zijn moeilijker op te voeden dan andere kinderen. Kinderen die problematisch gedrag vertonen, doen een groot beroep op de opvoedingskwaliteiten en inspanningen van ouders en zijn voor ouders een bron van stress. Op jonge leeftijd zijn kinderen bovendien fysiek en emotioneel erg afhankelijk van hun opvoeders, en daarmee extra kwetsbaar voor mishandeling en verwaarlozing.

Leden van gezinnen waarin kindermishandeling voorkomt, reageren vaak op een negatieve manier op elkaar. Bij lichamelijke kindermishandeling overheerst geweld in de onderlinge contacten. Daarnaast wonen gezinnen waarin mishandeling plaatsvindt relatief vaak in buurten met zwakke sociale verbanden, criminaliteit, drugsproblematiek, armoede en achterstand. De bredere sociaal-culturele context waarin ouders opvoeden kan ook van invloed zijn: als geweld in een samenleving meer getolereerd wordt, komt lichamelijke mishandeling vaker voor dan wanneer dat niet zo is.

Multiprobleemgezinnen zijn gezinnen die langdurig kampen met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen. Het gaat om gezinnen waarin naast problemen met de kinderen ook andere problemen spelen waarvoor hulp nodig is. In multiprobleemgezinnen kunnen zich problemen voordoen op verschillende gebieden: het voeren van een huishouding, de maatschappelijke positie van het gezin, de opvoeding, problemen in de individuele ontwikkeling van de gezinsleden en de relatie tussen de (ex)partners. Multiprobleemgezinnen hebben meestal op alle gebieden problemen, de ernst kan per gebied verschillen. Kenmerkend voor deze gezinnen is dat ze hulp juist afwijzen of voortijdig afbreken.

Er bestaat een groter risico dat het kind gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen krijgt, als een kind opgroeit in een gezin dat te kampen heeft met meerdere en complexe problemen. De kans op problemen in de ontwikkeling wordt groter naarmate er meer risicofactoren aanwezig zijn (Hermanns, 2001). Deze risicofactoren voor de ontwikkeling van het kind ontstaan met name door de problemen van het gezin.

1.2 Spreiding

Uit Nederlands onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat gedragsproblemen bij jonge kinderen het meest voorkomende probleem in de opvoeding is. Van de Nederlandse ouders met een kind in de leeftijd van 0-12 jaar maakt 4% zich ernstige zorgen over de gedragsproblemen van hun kind (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp & Reijneveld, 2005). De prevalentie van (antisociale) gedrag is rond de 2% en de prevalentie van oppositioneel opstandig gedrag is rond de 3,2% (Matthys, 2011).

Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 119.000 kinderen verwaarloosd, mishandeld of misbruikt. De meerderheid van de gevallen betreffen emotionele verwaarlozing (inclusief verwaarlozing van het onderwijs en getuige zijn van huiselijk geweld) en fysieke verwaarlozing, met respectievelijk 36 en 24 procent van de gevallen (Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen, 2011). Vergeleken met de resultaten van de eerste 'Nationale prevalentiestudie mishandeling in 2005' (NPM 2005) is er sprake van een stijging van het aantal kinderen en jongeren dat wordt mishandeld. In 2005 ging het nog om ruim 107.000 kinderen en jongeren.

Landelijke gegevens over het aantal multiprobleemgezinnen in Nederland ontbreken. Voor het advies 'De bomen en het bos' van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2012) is een onderzoek uitgevoerd, onderdeel hiervan was het in kaart brengen van aantal multiprobleemgezinnen in Nederland. Het onderzoek concludeert dat er ongeveer 70.000 multiprobleemgezinnen in Nederland zijn.

1.3 Gevolgen

Onderzoek wijst op een behoorlijke stabiliteit van probleemgedrag over de tijd heen wanneer dit niet behandeld wordt (Bongers, Koot, van der Ende & Verhulst, 2004). Deze stabiliteit kan worden verklaard door een biologische/genetische kwetsbaarheid, stabiele negatieve gezinsfactoren en de interactie tussen gedrag van het kind en de reactie van ouders daarop (Junger et al., 2003). Gezien de hoge stabiliteit van gedragsproblemen is het volgens Zumkley (1994) zeer onwaarschijnlijk dat het vanzelf verbetert of dat de opvoedingsvaardigheden van ouders zonder hulp verbeteren.

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

Naast negatieve uitkomsten voor de kinderen zelf, zorgen de gedragproblemen ook voor 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) kwam naar voren dat de langetermijncosten voor onderwijs, gezondheidszorg, justitie, en sociale voorzieningen tien keer hoger zijn voor kinderen met gedragsstoornissen, dan die voor kinderen die zich normaal ontwikkelen.

Naast de gevolgen van onbehandelde gedragsproblemen bij jonge kinderen, zijn ook de gevolgen van kindermishandeling op jonge leeftijd groot. De interactie van het kind met zijn ouders bepaalt voor een groot deel de ontwikkeling van ene kind. Wanneer er sprake is van kindermishandeling ontbreekt die geborgenheid en komt de ontwikkeling van een kind zwaar onder druk te staan.

Korte termijn gevolgen zijn lichamelijk letsel van het kind. In extreme gevallen, bij zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing, kan het kind zelfs aan de gevolgen overlijden. Ook remt kindermishandeling de ontwikkeling en kan kindermishandeling stoornissen veroorzaken (Perry, 2002). Lange termijn gevolgen kunnen bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornissen en dissociatieve stoornissen zijn. Een volwassene die als kind is mishandeld, kan kampen met verslaving, zelfverwonding en zelfmoord (Wolzak & Ten Berge, 2008). Verslaving is een van de manieren om de ellendige gevolgen van kindermishandeling in de jeugd te ontvluchten. Die verslaving aan drugs en alcohol brengt overlast voor de omgeving mee. Andere maatschappelijke gevolgen van kindermishandeling zijn de kosten van de behandeling die slachtoffers nodig hebben (Kooijman, 2000).

Als een kind opgroeit in een multiprobleemgezin waarbij spraken is van meerdere en complexe problemen op een aantal gebieden, bestaat er een groter risico dat het kind gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen krijgt. Het is hierbij nauwelijks van belang om welke (combinaties van) risicofactoren het gaat, het aantal risicofactoren bepaalt de kans dat er problemen optreden. De kans op de aanwezigheid van een probleem is meer dan 30% wanneer er ten minste vier risicofactoren aanwezig zijn bij of in de directe omgeving van het kind. Deze relatie tussen het aantal risicofactoren en ongunstige ontwikkelingsuitkomsten is voor kinderen onder andere aangetoond voor psychische problemen, gedragsproblemen, intelligentieontwikkeling en delinquentie (Van den Broek e.a., 2012).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Parent-Child Interaction Therapy is voor kinderen van 2-7 jaar met ernstige gedragsproblemen.

Het gaat om kinderen met ernstige gedragsproblemen waarbij gesproken wordt over oppositioneel-opstandig, antisociaal en agressief gedrag.

Gedrag is *oppositieel-opstandig* wanneer het kind zich verzet tegen de leiding van volwassenen, zoals weigeren om te doen wat gevraagd wordt of met drift reageren op correcties of verboden. Gedrag is antisociaal wanneer de fundamentele rechten van anderen geweld wordt aangedaan (bijvoorbeeld vechten en stelen) of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen en regels worden overtreden (bijvoorbeeld liegen). Een bijzondere vorm van antisociaal gedrag is agressief gedrag. Gedrag is *agressief* als met opzet schade wordt toegebracht aan een andere persoon of aan een voorwerp.

Intermediaire doelgroep

Parent-Child Interaction Therapy richt zich op ouders en/of vaste verzorgers die opvoedingsproblemen ervaren en onvoldoende opvoedingsvaardigheden hebben om het gedrag van hun kind te hanteren. PCIT kan ingezet worden in pleeggezinnen, gezinnen waarbij sprake is van fysieke kindermishandeling en multiprobleemgezinnen.

Selectie van doelgroepen

Indien gezinnen voldoen aan de indicaties en geen aanwezige contra-indicaties zijn, komen gezinnen in aanmerking voor PCIT.

Indicaties:

- Eyberg Child Behavior Inventory score boven de klinische grens (132 en hoger), welke wordt ingevuld door de ouders.
- Tenminste één van de kinderen in het gezin vertoont ernstige gedragsproblemen, waarbij gesproken wordt over oppositioneel-opstandig, antisociaal en agressief gedrag.
- Ouders hebben onvoldoende opvoedvaardigheden om het gedrag van het kind te hanteren.
- Het aangemelde kind is tussen de 2 en 7 jaar oud.
- De ernst van deze problematiek is zodanig dat minder intensieve vormen van hulp (bijv. Triple P) onvoldoende resultaat zullen opleveren of hebben opgeleverd.
- Het kind woont thuis of is voldoende thuis, zodat de ouder kan oefenen met de Kind Gerichte Interactie en Ouder Gerichte Interactie vaardigheden (voorwaarde is dat één of beide ouders dagelijks de 5 minuten speciale speeltijd kunnen uitvoeren).
- Intellectueel vermogen van ouders is boven de 70. PCIT vraagt in zekere mate leerbaarheid van ouders. Echter kan hierbij in individuele gevallen een uitzondering gemaakt worden.

Contra-indicaties:

- Multiprobleemgezinnen waarbij de problemen dusdanig fors zijn zodat ze in de weg staan voor de behandeling*:
 - o Ouders waarbij sprake is van ernstige niet behandelde persoonlijke problematiek (bijv. traumaklachten van ouders).
 - o Ouders met overheersende huwelijksproblemen.
 - o Ouders waarbij veel eigen problematiek is rondom werkloosheid of huisvesting en hierdoor niet in staat zijn regelmaat en structuur te bieden.
- Ouders die bekend zijn als dader van seksueel misbruik.
- Ouders met IQ beneden 50.

*Goede assessment is vereist voorafgaand aan het inzetten van PCIT in multiprobleemgezinnen. Hierbij is het van belang om een inschatting te maken of trauma van individuele gezinsleden eerst behandeld moet worden voorafgaand aan de start van PCIT, en ook het risico op (herhaling van) kindermishandeling.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is dat ernstige gedragsproblemen bij het kind verminderen.

Subdoelen

Het hoofddoel wordt behaald door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te vergroten, de kwaliteit van de ouder-kind relatie te verbeteren en daarmee de ouderlijke stress te verminderen.

Het hoofddoel wordt behaald door het werken aan de subdoelen. Na afloop van PCIT:

1. Zijn de opvoedingsvaardigheden van ouders vergroot.

- Ouders maken voldoende gebruik van de KGI vaardigheden, dit zijn positieve aandachtsvaardigheden, namelijk het geven van gerichte complimenten, nazeggen van wat het kind zegt en benoemen van het gedrag. Daarnaast leert de ouder het stellen van vragen, geven van kritiek en het geven van opdrachten vermijden.

- Ouders maken voldoende gebruik van de OGI vaardigheden, dit zijn disciplineringsvaardigheden, namelijk het geven van directe opdrachten en het gebruiken van de time-out procedure.

2. Is de kwaliteit van de ouder-kind relatie verbeterd.

- De positieve interacties tussen ouder en kind zijn vergroot.

3. Is de opvoedingsstress van ouders verminderd.

4. De fysieke kindermishandeling is gestopt.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Parent-Child Interaction Therapy is een geprotocolleerd behandelprogramma voor kinderen met ernstige gedragsproblemen en gedragstoornissen. Specifiek gaat het om kinderen met ernstige gedragsproblemen.

Bij PCIT worden ouders en kind samen in een spelkamer getraind, waarbij de ouder vanachter een one-way-screen wordt gecoacht door een therapeut middels een microfoon in het oor ('live-coaching').

PCIT duurt tussen 9-20 weken, heeft gemiddeld 15 bijeenkomsten, afhankelijk van de zwaarte van de problematiek van het kind, het niveau van vaardigheden van ouders en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituaties naar situaties in het dagelijks leven.

Tabel 1 in de bijlage geeft de opbouw van PCIT weer.

De KGI- en OGI-fase van PCIT starten met een instructiesessie. De ouders leren in deze sessies de vaardigheden die zij nodig hebben in de desbetreffende fase. De instructiesessie start met een toelichting door de therapeut op de vaardigheden die in deze fase centraal staan, vervolgens laat de therapeut voorbeelden zien, waarna ouders zelf kunnen oefenen. In tegenstelling tot de coachingsessies is het kind hier niet bij aanwezig.

Na de instructiesessie wordt overgegaan naar de coachingsessies. Elke coachingsessie heeft (over het algemeen) dezelfde opbouw. Tabel 2 in de bijlage geeft de globale opbouw van een coachingsessie weer.

De coachingsessie start met het nabespreken van de huiswerkformulieren die de ouders de vorige bijeenkomst hebben meegekregen. Vervolgens gaat één ouder spelen met het kind waarbij hij alle geleerde vaardigheden toepast. De therapeut scoort de vaardigheden die de ouder toepast vanachter het one-way screen. Aan de hand van deze scoring kiest hij één of twee vaardigheden die tijdens de coaching extra aandacht krijgen. Dit zijn de vaardigheden die de ouder nog onvoldoende toepast. Vervolgens start de coaching waarbij de ouder speelt met het kind en via het oortje instructies en feedback van de therapeut krijgt. Wanneer de coaching afgerond is wisselt de eerste ouder met de tweede ouder van plaats en start het scoren en vervolgens het coachen (indien er twee ouders aanwezig zijn).

Na de coaching van de tweede ouder bespreekt de therapeut de voortgang (toegepaste vaardigheden) aan de hand van de DPICS (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System) en ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) score van de ouders. De DPICS helpt de therapeut om het type en de kwaliteit van de interactie tussen kind en ouder te kunnen beoordelen, geeft de therapeut de mogelijkheid voor elke sessie coachingsdoelen vast te stellen en maakt het de therapeut mogelijk aan ouders feedback te geven op vooruitgang in hun vaardigheden. De ECBI vullen de ouders voorafgaand aan de sessie in en deze meet het gedrag van het kind.

Bij afronding van de sessie geeft de therapeut de nieuwe huiswerkformulieren mee. Het oefenen van de vaardigheden vindt niet alleen tijdens de sessies plaats maar ook thuis. Iedere dag dienen ouders vijf minuten speciale speeltijd met het kind in te plannen zodat ze de nieuw geleerde vaardigheden kunnen oefenen en zich eigen kunnen maken.

Locatie en uitvoerders

- De Bascule in Amsterdam

- De Rading in Utrecht

- Jeugdhulp Friesland in Friesland

- Accare in Groningen

Momenteel in ontwikkeling door PI Research en de Bascule: PCIT-Home waarbij de interventie behalve in een klinische setting

ook thuis bij gezinnen uitgevoerd wordt.

Inhoud van de interventie

In de eerste fase van PCIT wordt een assessment gedaan, bestaande uit een interview met de ouders, de afname van een vragenlijst om de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders te bepalen en een observatie van de ouder-kind interactie in drie situaties (kindgericht spel, oudergericht spel en opruimen).

In de KGI-fase van PCIT worden de ouders getraind in kindgerichte interactie (Child Directed Interaction) waarin de band tussen ouder en kind sterker wordt gemaakt. De ouder leert om positieve aandachtsvaardigheden te gebruiken (gerichte complimenten geven, nazeggen, nadoen, gewenst gedrag benoemen en plezier hebben) en mild verstorend gedrag 'actief te negeren'. Ouders dienen in deze fase het geven van opdrachten, stellen van vragen en geven van kritiek te vermijden. De pedagogische vaardigheden die de ouders aanleren worden in de eerste KGI bijeenkomst met ouders doorgenomen en van een uitleg voorzien (over wat de uitwerking ervan is). De daaropvolgende bijeenkomsten worden ouders met het kind live gecoacht middels een microfoonje in het oor, door een therapeut vanachter een one-way-screen.

De ouders krijgen huiswerk, bestaande uit een dagelijkse 5 minuten durende spelsituatie. Er wordt ook voorlichting gegeven op een aantal thema's, bijvoorbeeld dat ouders 'model staan' voor hun kind en dus ook naar hun eigen (voorbeeld)gedrag moeten kijken.

In de OGI-fase van PCIT worden ouders getraind in de zogenaamde oudergerichte interactie (Parent Directed Interaction) en leren zij effectieve, op het gedrag gerichte management strategieën, zoals het geven van opdrachten, reageren op medewerking dan wel verzet van het kind en het gebruiken van time-out procedures. De focus ligt in deze fase op het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind. Doordat de ouder consequent op het gedrag van het kind reageert, leidt dit tot een verbetering van het meewerken en gehoorzamen van het kind.

De pedagogische vaardigheden die de ouders aanleren worden in de eerste OGI bijeenkomst met ouders doorgenomen en van een uitleg voorzien (over wat de uitwerking ervan is). De daaropvolgende bijeenkomsten worden ouders met het kind live gecoacht middels een microfoonje in het oor, door een therapeut vanachter een one-way-screen.

De coaching die de ouders krijgen is terug te voeren tot een aantal pedagogische principes:

- . hou de aandacht gericht op positief gedrag (positieve communicatie)
- . geef duidelijke feedback (benoem het gewenste gedrag, concreet en kort)
- . negeer ongepast en onaangepast gedrag
- . grijp in bij gevaarlijk gedrag en destructief gedrag (gebruik daarbij time-outs).

Fasering in de therapie ontstaat door de 'meting gestuurde' benadering. Pas wanneer de ouders de belangrijke opvoedingsvaardigheden in voldoende mate beheersen gaan zij door naar de volgende fase in de behandeling.

De kindgerichte interactie wordt aan het begin van elke sessie gedurende 5 minuten gescoord. Vereiste voor de overgang naar de oudergerichte interactie is dat de ouders 10 keer gewenst gedrag benoemen, 10 keer nazeggen, en 10 keer 'gerichte complimenten' geven. Tevens is een vereiste dat de ouder niet meer dan 3 opdrachten geeft, vragen stelt en/of kritieken geeft.

Tijdens oudergerichte interactie moet 75% van de ouderlijke opdrachten 'effectief' worden geformuleerd, d.w.z. direct, positief en enkelvoudig en de kinderen moeten in 75% van de gevallen de opdracht hebben uitgevoerd/opgevolgd.

Daarnaast moet de aanpak van de ouder correct zijn. Dat wil zeggen dat zij bij gehoorzaam gedrag van het kind een 'gericht compliment' geven (en een waarschuwing bij ongehoorzaamheid plus de gehele time-out procedure uitvoeren indien nodig).

Criteria die bij afsluiting gehanteerd worden zijn:

De score op een door de ouders ingevulde vragenlijst (de zgn. ECBI) moet bij afsluiting van de therapie lager (of gelijk) zijn aan een score van 114 (NB: 132 is de klinische grens).

De therapie wordt beëindigd als het gedrag van het kind is genormaliseerd, de opvoedingsvaardigheden zijn verbeterd en de opvoedingsstress van ouders is verminderd.

Indien er gedurende de behandeling of bij afsluiting aanvullende problematiek in het gezin speelt die niet te beïnvloeden is door verbetering van de ouder-kind interactie (bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek van ouders of financiële problematiek) wordt het gezin doorverwezen naar een andere interventie of aanvullende hulpverlening voor ouders.

De methode geeft ruimte aan het ontwikkelen van een flexibel aanbod afgestemd op de behoeftes van de ouders en kinderen. De essentiële kenmerken van de therapie worden echter wel vastgehouden. De kenmerken zijn:

- . wekelijkse meting van de problemen van het kind zoals de ouder die ervaart en de vaardigheden die de ouders opbouwen;
- . de interventie is zowel oudergericht als kindgericht;
- . de interventies zijn interactiegericht en gericht op ouder en kind samen;
- . er wordt huiswerk aan ouders meegegeven, gericht op vaardigheden;
- . de interventie is 'meting gestuurd', d.w.z. de interventie en het invullen van scoringslijsten hangt samen (ouders raken gemotiveerd omdat ze vooruitgang zien en ervaren wat werkt en wat niet werkt).

Multiprobleemgezinnen zijn vaak zo belast dat zij niet in staat zijn om de behandeling (volledig) te volgen. Hier wordt vaak extra aandacht besteedt aan motivatie, het nakomen van afspraken en praktische zaken waaronder reiskosten en tijd. De therapeut denkt actief mee, zoals bij het aanvragen van een reiskostenvergoeding, een incidenteel bezoek thuis en het regelen van opvang voor andere kinderen. Op deze manier kunnen multiprobleemgezinnen gefaciliteerd worden om de behandeling af te maken.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

PCIT is ontwikkeld in de jaren 70 aan de Universiteit in Oregon. De doelgroep is niet direct, maar indirect betrokken geweest.

In de periode van de eerste ontwikkeling van de therapie werden klinische ervaringen gebruikt bij gezinnen met weinig inkomen die in moeilijke en stressvolle omstandigheden leven. Er werden geen exclusie criteria gehandhaafd. In 1974 werd de eerste formele pilot studie uitgevoerd om de effectiviteit te meten.

In de vervolperiode worden veel effectiviteitstudies en generalisatiestudies bij betrokken gezinnen uitgevoerd aan de Universiteit van Florida. Deze onderzoeken toonden belangrijke uitkomsten aan (1993): er waren belangrijke verschillen te zien in de interactie van de ouder met het kind, waaronder reflectief luisteren, fysieke nabijheid, pro-sociale verwoordingen, en een afname van het gebruik van kritiek en sarcasme. Kinderen lieten minder ongehoorzaamheid en verstorend gedrag zien naar ouders en leerkrachten.

Het succes van de onderzoeken resulteerde in subsidie voor de eerste Randomized Controlled Trial (RCT) studie naar de effectiviteit van de behandeling (1995) en nadere onderzoeken naar de generalisatie van de behandeling binnen het gezin en over tijd. Ook richtten studies op basis van praktijkervaringen op de toepassing van PCIT voor kinderen met storend gedrag en een verstandelijke beperking (2007). Ook breidde PCIT zich uit buiten het laboratorium van de Universiteit van Florida en is aangepast voor diverse diagnostische problematiek en verschillende culturele groepen.

Buitenlandse interventie

Parent-Child Interaction Therapy is in 1974 ontwikkeld door dr. Sheila Eyberg aan de Universiteit van Florida. PCIT is in 2008 in Nederland geïntroduceerd in samenwerking met de ontwikkelaars in Florida. Door het opleiden van de eerste therapeuten, adaptatie en beschrijving van de methodiek en het selecteren en opleiden van twee Nederlandse PCIT opleiders, is het gedachtegoed van PCIT overgedragen aan de Nederlandse licentiehouder: de Bascule. In de vertaling naar de Nederlandse situatie is de uitvoering van de therapie zo dicht mogelijk bij de originele aanpak gebleven en zijn geen noemenswaardige aanpassingen nodig gebleven. De internationale organisatie achter PCIT, PCIT International, ziet toe op een juiste en nauwkeurige vertaling van de materialen gebruikt bij PCIT. Dit gebeurt doormiddel van een terugvertaling van geselecteerde stukken van het behandelprotocol.

Momenteel wordt in samenwerking met PI Research een Kenniscentrum PCIT opgezet om de knowhow te kunnen verstevigen en verspreiden in het veld. Het Kenniscentrum zal de komende tijd een stabiele infrastructuur voor opleiding, certificering en hercertificering opzetten, evenals structuren ter ondersteuning van implementatie, borging, doorontwikkeling en systematische verzameling van effectgegevens.

Momenteel wordt er door de Bascule en PI Research PCIT-Home ontwikkeld. Een preventieve, geprotocolleerde interactietraining voor in de thuissituaties.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Andere in Nederland uitgevoerde programma's voor ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen zijn Incredible Years, Triple P (niveau 4 en 5) en Parent Management Training Oregon (PMTO). Zowel Incredible Years als Triple P (niveau 4) en PMTO zijn in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen. Incredible Years heeft het predicaat 'effectief volgens

sterke aanwijzingen', Triple P (niveau 4) en PMTO zijn beide 'goed onderbouwd'.

Overeenkomsten en verschillen

Het onderliggende veranderingsmodel van PCIT is voor een deel gelijk aan oudertrainingsprogramma's zoals Triple P (niveau 4 en 5), Incredible Years en PMTO. De interventie brengt veranderingen aan in de manier waarop de interactie van ouders met hun kind plaatsvindt. Wanneer dat lukt, heeft dat een positieve invloed op het probleemgedrag van het kind. De verbetering van het gedrag van het kind heeft op zijn beurt weer positief opvoedersgedrag van de ouder tot gevolg (Konijn, 2007).

Belangrijke verschillen tussen PCIT, PMTO en Triple P:

- *De methodiek*: PCIT vindt plaats binnen een klinische setting waarbij zowel ouders en 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. Bij PMTO en Triple P richt de begeleiding zich alleen op de ouder. Bij PMTO worden een of twee ouders behandeld zonder aanwezigheid van het kind. Triple P richt zich op de ouders via een individueel of groepsgericht aanbod. Incredible Years is een groepstraining waarbij ouders van 6 tot 8 kinderen deelnemen.

- *De 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 0-16 jaar. Incredible Years richt zich op gezinnen met kinderen van 3 tot en met 6 jaar en PMTO richt zich op gezinnen met oudere kinderen, namelijk 6-12 jaar.

- *Duur, frequentie en intensiteit*: PCIT duurt tussen 9-20 weken, gemiddeld 15 bijeenkomsten. PMTO kan variëren van minimaal 15 sessies tot maximaal 35 sessie. Incredible Years bestaat uit 18 tot 20 wekelijkse sessies van 2 uur. 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 1 keer per week plaats.

- *De beroepskrachten*: PCIT wordt door met name psychologen (WO opgeleid) uitgevoerd. Triple P en PMTO wordt uitgevoerd door HBO-opgeleiden en Triple P incidenteel door MBO-ers.

Toegevoegde waarde

PCIT is een ouderinterventie voor jongere kinderen in de leeftijd van 2-7 jaar. PCIT vindt plaats binnen een klinische setting waarbij zowel ouders en kind betrokken worden bij de behandelsessies.

De behandeling is intensief: de ouders komen 1 x per week voor een behandelsessie. De sessie start met observatie van het vaardigheidsniveau van ouders, om de coaching tijdens het oefenen door ouders specifiek te kunnen richten op welke vaardigheden bij ouders versterkt dienen te worden. Tijdens de behandeling wordt er veel geoefend met het in praktijk brengen van de nieuw geleerde vaardigheden. Het oefenen wordt begeleid onder live coaching: de ouder krijgt directe instructies en feedback over zijn handelen tijdens de interactie.

Het oefenen vindt niet alleen tijdens de sessies plaats maar ook thuis. Iedere dag dienen ouders vijf minuten speciale speeltijd met het kind in te plannen zodat ze de nieuwe geleerde vaardigheden kunnen oefenen en zich eigen kunnen maken.

Een ander belangrijk kenmerk van PCIT is dat het meting gestuurd is, zowel ouders als de PCIT therapeut doen iedere behandelsessie een assessment om de voortgang te beoordelen.

PCIT is ook door de Gezondheidsraad (2011) benoemd als effectieve interventie voor de behandeling van kindermishandeling.

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

Bijna alle jonge kinderen vertonen een zekere mate van gedragsproblemen, vooral bij kinderen jonger dan 4 jaar komt het zelden voor dat zij geen fysiek agressief gedrag vertonen, zoals slaan, bijten en schoppen (Tremblay, 2010). Onderzoek naar de aanwezigheid van agressief gedrag op jonge leeftijd laat zien dat dit gedrag vooral in toenemende mate aanwezig is bij kinderen van 12 tot 36 maanden (Alink et al., 2006). De toename van gedragsproblemen op deze jonge leeftijd is mogelijk te verklaren uit de ontwikkeling voor autonomie bij kinderen van deze leeftijd. Het zelfbewustzijn van deze kinderen groeit en ze kunnen steeds meer. Dit nieuwe, exploratieve gedrag zorgt ervoor dat ouders meer grenzen gaan stellen aan het gedrag van hun kind, wat vervolgens in frustratie van het kind kan resulteren, met fysiek agressief gedrag of driftbuien (Campbell, 2002; Alink et al., 2006). Vanaf 3 jarige leeftijd leren kinderen echter om hun woede meer te controleren en te reguleren en ook leren ze dan om op een meer sociaal geaccepteerde manier te reageren. Ook de taalontwikkeling draagt er aan bij dat kinderen andere manieren leren om hun frustratie duidelijk te maken (Tremblay et al., 2004).

Bij 7% tot 11% van de jonge kinderen nemen deze gedragsproblemen echter niet af naarmate ze ouder worden (Bongers, Koot, van der Ende & Verhulst, 2004). Deze prevalentie is hoog te noemen en externaliserende gedragsproblemen zijn dan ook

de meest voorkomende reden waarom jonge kinderen in de hulpverlening terecht komen (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000). Dit gedrag is vaak ook bij kinderen aanwezig die zich normaal ontwikkelen, maar het verschil is dat de intensiteit van hun gedrag vaak lager en minder frequent is (Abrahamse et al., 2015).

Ernstige 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, die bij jonge kinderen nog vooral het gezin betreft, speelt een rol bij het ontstaan en het in stand houden van gedragsproblemen. Het gaat hier dan 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). Binnen deze ouder-kind interactie speelt opvoedingsstress ook een belangrijke rol als risicofactor voor gedragsproblemen. Er wordt vaak gesproken over een bidirectionele relatie, op de lange termijn zorgen ernstige gedragsproblemen van het kind voor meer opvoedingsstress bij de ouder en veel opvoedingsstress zorgt weer voor meer gedragsproblemen. Neece en collega's (2012) vonden dat opvoedingsstress daarom zowel een oorzaak als een gevolg van gedragsproblemen is. Ook kan een negatieve ouder-kind interactie en opvoedingsstress leiden tot kindermishandeling, wat zowel een gevolg als een oorzaak kan zijn van gedragsproblemen bij het kind (MacKenzie et al., 2011).

Een negatieve of coercive interactiepatroon tussen ouder en kind is een bekende risico factor voor kindermishandeling (Cicchetti & Valentino, 2006). Vaak komt het voor dat ouders beperkte kennis hebben over disciplineren of deze op een niet gepaste manier gebruiken (Kolko, 2002). Ook zijn mishandelende ouders vaak beperkte opvoedingsvaardigheden en meer stress (MacKenzie, Nicklas, Brooks-Gunn & Waldfogel, 2011; Ronan, Canoy & Burke, 2009; Wilson, Rack, Shi & Norris, 2008). Daarnaast is er sprake van een wisselwerking, kinderen met gedragsproblemen lopen een verhoogd risico op mishandeling (MacKenzie et al., 2011), maar kindermishandeling heeft tevens meer externaliserend probleemgedrag als gevolg (Kolko, 2002).

Verder beschrijven de theorieën van Bandura (1973) en Patterson (2002) belangrijke mechanismen die gedragsproblemen na de peutersjeden in stand houden. Hierbij kan gedacht worden aan de bekrachtiging van negatief gedrag en coercive patronen van de ouder-kind interactie.

Ook wijst onderzoek op een behoorlijke stabiliteit van probleemgedrag over de tijd heen (Bongers et al., 2004). Deze stabiliteit kan worden verklaard door een biologische/genetische kwetsbaarheid, stabiele negatieve gezinsfactoren en de interactie tussen gedrag van het kind en de reactie van ouders daarop (Compton, Snyder, Schrepferman, Bank & Shortt, 2003). Gezien de hoge stabiliteit van gedragsproblemen is het volgens Zumkley (1994) dan ook zeer onwaarschijnlijk dat het vanzelf verbetert of dat de opvoedingsvaardigheden van ouders zonder hulp verbeteren.

3.2 Aan te pakken factoren

In de voorgaande paragraaf zijn verschillende risicofactoren benoemd die kunnen leiden tot ernstige en persistente gedragsproblemen bij jongen kinderen. PCIT richt zich vooral op de risicofactoren die te maken hebben met de ouder-kind interactie en ineffektieve opvoedingsvaardigheden. Tijdens PCIT leren ouders specifieke opvoedingsvaardigheden om positief gedrag van hun kind te bekrachtigen en negatief gedrag te negeren (zie subdoel 1). Door deze andere manier van omgang van de ouder met het kind en de positieve aandacht die de ouder het kind leert te geven tijdens PCIT, wordt de ouder-kind relatie verbeterd (zie subdoel 2). De ouder gaat zich hierdoor meer competent voelen als opvoeder, wat leidt tot een vermindering van de opvoedingstress (zie subdoel 3) en uiteindelijk een verandering in het gedrag van het kind (zie hoofddoel) en stoppen van fysieke kindermishandeling (zie subdoel 4).

3.3 Verantwoording

Uit literatuuroverzichten en meta-analyses (Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Weisz & Kazdin, 2010) blijkt dat training van ouderlijke vaardigheden de meest succesvolle aanpak is ter preventie en in de behandeling van externaliserend probleemgedrag.

Opvoedingsvaardigheden worden beschouwd als het onderliggende mechanisme die de ontwikkeling van gedragsproblemen kan beïnvloeden maar ook veranderen.

PCIT is gebaseerd op twee complementaire theoretische modellen: de hechtingstheorie (Ainsworth, 1969) en de sociale leertheorie (Patterson, 1982). Beide theorieën gaan er van uit dat gedragsproblemen (mede) ontstaan in de ouder-kind relatie. Vanuit de hechtingstheorie wordt beschreven dat het jonge kind een sterke affectieve band met zijn ouder nodig heeft als een basis voor zijn geestelijke gezondheid. Een sensitieve en responsieve opvoeding gedurende de baby- en peutersjeden leidt tot een gevoel van veiligheid bij het kind. Het kind vertrouwt erop dat zijn behoeften bevredigd zullen worden door de ouder.

Jonge kinderen, wiens ouder meer warmte, responsiviteit en sensitiviteit laten zien op hun signalen hebben meer kans om veilige relaties met anderen te ontwikkelen en meer effectief emoties te kunnen reguleren. Door de kindgerichte interactie in de eerste fase van PCIT wordt de ouder-kind relatie geherstructureerd, veilige hechting tussen ouder en kind bewerkstelligd en de basis gelegd voor effectieve en veilige disciplineren. In de eerste sessies leren ouders het gedrag van het kind positief te bekrachtigen en negatief gedrag te negeren. Het doel is om een positieve affectieve band te creëren tussen ouder en kind.

De sociale leertheorie verklaart hoe ouders en kinderen middels gedragsreeksen verstrikt kunnen raken in verstoorde interactiepatronen. Door een positieve gedragsverandering in de interactie van de ouder naar het kind toe teweeg te brengen, vermindert probleemgedrag van het kind, wat op zijn beurt weer positief opvoedgedrag tot gevolg heeft (Patterson, 1982).

De sociale leertheorie is met name in de tweede fase van de therapie verwerkt. In deze fase gaat het om oudergerichte interactie (Parent-Directed Interaction). Het kind leert hierbij de ouder te gehoorzamen door systematisch een time-out procedure te gebruiken, het geven van duidelijke opdrachten en gehoorzaam gedrag te prijzen. De nadruk ligt op het aanleren van positief gedrag bij het kind en positieve opvoedingsvaardigheden bij de ouders.

In PCIT wordt gewerkt vanuit beide modellen welke zowel theoretisch als in de uitvoering complementair zijn: de ouder leert meer sensitief op het kind te reageren door te benoemen wat het kind doet, het na te zeggen en gerichte complimenten te geven waarmee het intensief volgt wat het kind aan het doen is en de ouder meer responsief wordt. Dit leidt ook tot meer plezier en genieten van het samenspeel bij ouder en kind. Tegelijkertijd leert de ouder het kind middels instructies en feedback dat het moet luisteren en leert de ouder gebruik te maken van technieken als apart zetten als het kind niet gehoorzaamt. Dit leidt uiteindelijk tot een meer positieve relatie en gehechtheid doordat de ouder bijvoorbeeld meer voorspelbaar wordt.

Door het integreren van beide modellen wordt aangenomen dat dit tot een meer effectieve behandeling leidt. Het betreft een gefaseerde therapie waarin de positieve interactie centraal staat, waarbij ouders leren meer sensitief en responsief te reageren op hun kind (betere hechting), wat een voorwaarde is om te komen tot een goede gedragsbeïnvloeding. In een meta-analyse van Kaminski, Valle, Filene & Boyle (2008), waarin de effectiviteit van een oudertraining werd onderzocht, kwamen het versterken van de positieve interactie tussen ouder en kind en het direct oefenen van de aangeleerde vaardigheden met het eigen kind ook naar voren als de voornaamste elementen die geassocieerd werden met effectiviteit van de therapie.

Wanneer er sprake is van fysieke mishandeling sluit de sociale leertheorie ook aan omdat PCIT ouders gedragingen leert die de ontwikkeling van fysiek geweld van ouders naar het kind toe tegengaat. De vaardigheden die ouders leren bij PCIT, zoals de gerichte complimenten en selectieve aandacht kunnen ervoor zorgen dat ouders minder fysiek straffen, kritiek of sarcasme zullen gebruiken. Ook leren zij stap voor stap meer consequent te zijn bij het disciplineren van hun kind, zodat ze effectieve en veilige alternatieven voor fysieke disciplineren gaan gebruiken. Het betrekken van ouder en kind samen in behandeling en de live coaching tijdens PCIT worden daarbij gezien als effectieve componenten in de behandeling van gezinnen waarbij fysieke mishandeling speelt (Chaffin, 2004).

Een ander belangrijk element van PCIT is het huiswerk in de vorm van speciale speeltijd waarin ouders de vaardigheden die ze tijdens de KGI fase leren thuis oefenen. Deze dagelijkse 5 minuten speciale speeltijd thuis is lang genoeg om een therapeutisch effect voort te brengen, zonder te veel van ouders te vragen. Zodra kinderen gaan genieten van de relatie die gecreëerd wordt door deze speciale speeltijd en de toepassing van de vaardigheden vanuit de KGI fase, zijn ze sneller geneigd om te gehoorzamen aan de grenzen en regels die ouders leren te stellen in de OGI fase.

Ten slotte zijn de wekelijkse metingen waarin de voortgang van het gezin bijgehouden wordt, een belangrijk element van PCIT. Elke sessie start met het observeren en het scoren van de ouder-kind interactie en dit is bedoeld om te bepalen welke specifieke vaardigheden nog extra aandacht nodig hebben tijdens de coaching, maar ook om te bepalen of ouders de vaardigheden voldoende beheersen om naar de OGI fase te gaan. Ook vullen ouders voorafgaand aan de sessie de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in om de frequentie van het probleemgedrag van het kind thuis te meten. De therapeut houdt de wekelijkse scores bij om de voortgang van het gedrag van het kind tijdens de sessie en de verschillende behandelfases te monitoren. Een score op de ECBI binnen een range van normaal functioneren (114) is een criterium voor afronding van PCIT. PCIT heeft dus geen tijdslijm, maar is meting- en prestatie gestuurd. Op deze manier ontvangt elk gezin een passend aantal behandelsessies.

3.4 Werkzame elementen

- . geprotocolleerde behandeling (2)
- . voortgang van ouders en kinderen wordt tijdens therapie gemeten (2,3)
- . modelleren van positieve opvoedingsvaardigheden (2,3)

- . instructie en feedback tijdens de interactie tussen ouder en kind (2)
- . actieve betrokkenheid van zowel ouder als kind (2)

4. Uitvoering

4.1 Materialen

Het protocol en de behandelsessies van PCIT staan beschreven in een Nederlandstalige handleiding. De handleiding is een vertaling en bewerking van de Amerikaanse handleiding.

Handleiding PCIT - Parent-Child Interaction Therapy (S. Eyberg, 1999; vertaald en bewerkt in het Nederlands door PI Research, 2008).

Momenteel wordt de nieuwe handleiding (Handleiding PCIT - Parent-Child Interaction Therapy (S. Eyberg, 2011) door PI Research vertaald en zal in 2015 beschikbaar zijn.

4.2 Type organisatie

Er zijn momenteel vier organisaties die therapeuten hebben die zijn opgeleid en een PCIT licentie hebben:

- De Bascule, een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Amsterdam.
- De Rading, een jeugdzorgorganisatie in de provincie Utrecht.
- Accare, een centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Groningen.
- Jeugdhulp Friesland, een jeugdzorgorganisatie in de provincie Friesland (therapeuten in opleiding).

4.3 Opleidingen en competenties

PCIT therapeut

Competenties

Parent-Child Interaction Therapy wordt uitgevoerd door psychologen en (psycho)therapeuten die een speciaal voor PCIT ontwikkeld opleidingstraject hebben gevolgd. Een PCIT therapeut functioneert op op WO-niveau. Ervaring in het werken met ouders en kinderen is een voorwaarde. 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 opleiding tot PCIT-therapeut omvat vier onderdelen en vindt plaats in een tijdsbestek van 12 maanden:

1. Deelname aan de 7 opleidingsdagen.
2. Consultatie van 21 uur
3. Vaardigheidsbeoordeling op 8 opnames
4. Praktijkervaring met minimaal 2 gezinnen en het tonen van dossiers van deze 2 zaken

Ad 1. Deelname aan de 7 opleidingsdagen

De opleiding bestaat uit 7 dagen en is verdeeld in 2 blokken: een basisopleiding van 5 aaneengesloten dagen en een aanvullende opleiding van 2 dagen, 3 tot 6 maanden na de basisopleiding.

De opleiding is modulair opgebouwd en bestaat uit een kennismakingsdeel, een trainingsdeel op het toepassen van de methodiek, een coachingsdeel op het versterken van therapeutische vaardigheden en een implementatie-/organisatiedeel. In de opleiding maken therapeuten kennis met PCIT, met de toepassing van de methodiek, het werken vanuit de handleiding, het uitvoeren van assessments, het hanteren van indicatie- en contra-indicaties en het maken van inhoudelijke keuzes in de therapie. Na deze kennismakingsfase wordt men getraind en begeleid op het in de klinische praktijk toepassen van de methode PCIT.

In de coachingsfase wordt men begeleid op de methodische en inhoudelijke aspecten van de behandeling. Tevens wordt advies gegeven over de implementatie en organisatie van PCIT en de inbedding in de organisatie.

Ad 2. Consultatie van 21 uur

Gedurende 12 maanden vindt telefonische consultatie plaats. Deze consultaties duren 60 minuten en zijn groepsgewijs georganiseerd (telefonische conferentie).

De consultatie na de basisopleiding heeft een andere invulling en frequentie dan de consultatie na de aanvullende opleiding.

Consultatie na de basisopleiding:

De consultatie start na afsluiting van de 5 daagse basisopleiding. In de periode tussen de basisopleiding en aanvullende opleiding wordt 2x een telefonisch spreekuur gehouden rondom implementatievragen en vragen over screening, intake en

matching.

Consultatie na de aanvullende opleiding:

- De consultatie die start na de tweedaagse aanvullende opleiding duurt 6 maanden met een frequentie van 1 keer per 2 weken (=13 keer).
- Vervolgens vindt 6 maanden consultatie plaats met een frequentie van 1 keer per 4 weken (=6 keer).

Het totaal aantal uren consultatie over deze 12 maanden bedraagt 21 uur.

Ad 3. Vaardigheidsbeoordeling op 8 opnames

Onderdeel van de PCIT/opleiding zijn 8 vaardigheidsbeoordelingen op dvd-opnames die de therapeut i.o. instuurt en waar hij schriftelijke feedback op ontvangt. De inhoud van de opnames die de therapeut i.o. aanlevert dient verdeeld te zijn over de verschillende onderwerpen die in het PCIT-protocol aan de orde komen en te zijn voorzien van een reflectieverslag. De feedback wordt gegeven door een opleider/supervisor PCIT. Per opname wordt door de opleider/supervisor een feedbackverslag gemaakt en aan de therapeut i.o. teruggestuurd. De opleider/supervisor sluit aan bij het leer- en ontwikkelingsproces waar de therapeut i.o. zich in bevindt.

Ad 4. Praktijkervaring met minimaal 2 gezinnen en het tonen van dossiers van deze 2 zaken

Direct na de opleiding start de therapeut in opleiding met de behandeling van 2 PCIT-gezinnen. Om PCIT zoveel mogelijk uit te voeren als bedoeld benut de therapeut verschillende steunbronnen, zoals de opleidingsdagen, tweewekelijkse consultatie en het beschikbare behandelprotocol.

Certificering is mogelijk wanneer de therapeut voldoende praktijkervaring heeft gedemonstreerd, 2 gezinnen met PCIT heeft behandeld en de behandeling heeft afgesloten. De therapeut levert van deze 2 gezinnen een dossierexpositie aan.

Licentieverlenging

Na certificering worden therapeuten opgenomen in het bestand van PCIT-therapeuten met een geldige licentie. Om de behandelintegriteit van therapeuten ook na certificering te waarborgen, vindt één keer per twee jaar licentieverlening plaats, onder eindverantwoordelijkheid van de opleiders van het Kenniscentrum PCIT Nederland.

Therapeuten moeten aan vier voorwaarden voldoen om voor verlenging van hun licentie in aanmerking te komen. Deze voorwaarden hangen nauw samen met de behandelintegriteit van de therapeut. De therapeut dient:

- a. Gedurende 10 uur deelgenomen te hebben aan supervisiebijeenkomst,
- b. Een dag bijscholing te hebben gevolgd,
- c. Minimaal 3 gezinnen te hebben behandeld of in behandeling te hebben,
- d. Een positieve vaardigheidsbeoordeling op een beeldopname te hebben gekregen.

Wanneer het optreden van de therapeut in een bijeenkomst voor licentieverlenging als onvoldoende wordt beoordeeld, krijgt de therapeut hiervan bericht van de opleiders. Vervolgens vindt er een telefonische afspraak plaats met de therapeut, de hoofdopleider en de supervisor. In dit gesprek wordt gezamenlijk een plan opgesteld, gericht op het behalen van succes, en wordt de therapeut uitgenodigd om nog een opname in te dienen.

Wanneer een opname als voldoende is beoordeeld, dan is de therapeut geslaagd. De therapeut ontvangt hiervan bericht van de PCIT opleiders. Voldoet de therapeut ook aan de andere eisen, dan wordt de licentie van de therapeut met een jaar verlengd.

PCIT opleider en supervisor

Competenties

Een PCIT opleider functioneert tenminste op academisch niveau. Hij of zij beschikt over dezelfde vaardigheden als de therapeuten en heeft daarnaast ervaring in het coachen van professionals bij de uitvoering van een geprotocolleerde methodiek. De opleider kan een ondersteunende, maar ook een sturende en activerende rol aannemen. Hij of zij kan aan de hand van een methodisch kader begeleiden.

Opleiding

Een PCIT opleider heeft het PCIT programma gevolgd bij de oprichters van PCIT en de bijbehorende certificering behaald.

4.4 Kwaliteitsbewaking

Belangrijke onderdelen binnen de kwaliteitsbewaking zijn het deelnemen aan supervisie, de jaarlijkse bijscholing en de vaardigheidsbeoordeling op beeldopnames.

De vaardigheidsbeoordeling op een beeldopname gebeurt aan de hand van een standaard formulier. Therapeuten worden beoordeeld op drie factoren: therapeut realiseert samenwerking met ouders, therapeut heeft een resultaat- en doelgerichte stijl van coachen en therapeut werkt vanuit behandelingsprotocol en assessment. De drie punten worden hieronder toegelicht.

1. Therapeut realiseert samenwerking met ouders
 - . stelt ouders en kind op hun gemak, maakt gemakkelijk contact
 - . motiveert, spreekt vertrouwen uit in de krachten van ouders en kind
 - . doet navraag, legt voor, nodigt ouders uit hun mening te geven
 - . ontvangt de mening van de ouders en geeft korte samenvatting
 - . kan verschillende meningen en interpretaties naast elkaar benoemen
 - . betreft de partner (indien mogelijk en wenselijk)
 - ? - betreft andere kinderen uit het gezin (indien mogelijk en wenselijk)
 - ? - betreft belangrijke anderen uit de omgeving van het gezin (indien mogelijk en wenselijk)
 - . is enthousiast en positief naar ouders en kind, moedigt aan, geeft gericht complimenten
 - . stimuleert de eigen inbreng ouders en raakt enthousiast door hun inbreng

2. Therapeut heeft een resultaat- en doelgerichte stijl van coachen
 - . geeft leiding op een manier die ruimte aan (ontwikkeling van) ouders biedt
 - . heeft overtuigingskracht, kan het goed 'overbrengen'
 - . anticipeert op wat komen gaat
 - . gebruikt concrete taal, duidelijke instructies
 - . heeft een directe stijl: goed 'er bovenop zitten', alert reageren
 - . heeft gevoel voor timing en ritme van de interventies, zegt niet te veel en niet te weinig
 - . gebruikt korte zinnen, weinig woorden, is to the point
 - . hanteert juist volume en timbre van de stem

3. Therapeut werkt vanuit behandelingsprotocol en assessment
 - . heeft distantie, kan afstand nemen
 - . houdt de stappen in het PCIT-protocol aan (per sessie en per fase)
 - . houdt de formuleringen en termen uit het PCIT-protocol aan
 - . gebruikt de handouts en komt er op terug
 - . bespreekt huiswerk voor en na
 - . bespreekt ECBI met ouders na
 - . bespreekt DPICS met ouders na
 - . gebruikt ECBI om specifieke doelen vast te stellen
 - . gebruikt DPICS om specifieke doelen vast te stellen
 - . stelt doelen bij en sluit doelen af
 - . rondt behandeling af (huisregels, gedrag in openbaar, afsluiting)

Momenteel wordt het kwaliteitssysteem door het Kenniscentrum PCIT verder ontwikkeld. Waarbij de FIMP (Fidelity of Implementation Rating Scale) gebruikt zal worden als beoordelingsinstrument waarmee een oordeel kan worden geveld over de mate waarin de therapeut het PCIT-model uitvoert zoals bedoeld (Knutson, Forgatch, & Rains, 2003). Het is samengesteld op basis van analyses van eerdere, meer uitgebreide observatiesystemen ('microsocial coding systems') die binnen het OSLC werden gehanteerd. Ook biedt de FIMP therapeuten concrete handvatten om systematisch na te gaan wat zij al aan vaardigheden en technieken inzetten om ouders actief iets te leren en wat zij nog meer kunnen doen.

Bij een FIMP-beoordeling wordt het handelen van de therapeut geanalyseerd op een vijftal dimensies en voorzien van een score. Deze score varieert van 0 t/m 9 en is onderverdeeld in 3 categorieën: 'vraagt nadere aandacht' (0-3), 'acceptabel' (4-6) en 'goed werk' (7-9). De dimensies waarop het handelen van de therapeut wordt geanalyseerd zijn: PCIT kennis, structuur, didactische vaardigheden, procesvaardigheden en algehele kwaliteit. Op iedere dimensie wordt een aantal elementen onderscheiden die in een competente uitvoering van PCIT terug te vinden zijn.

De FIMP is gekoppeld aan PMTO en blijkt een betrouwbaar en valide instrument om een effectieve uitvoering van PMTO te meten. Uit onderzoek van Forgatch, Patterson en DeGarmo (2005) komt naar voren dat er een sterk verband is tussen de FIMP-scores van een therapeut en het effect van zijn behandelingen (de FIMP-scores verklaart 30% van de variantie in het effect). Hoe hoger een therapeut op de FIMP scoort, des te groter de veranderingen in het ouder- en kindgedrag die de therapeut weet te bewerkstelligen. Forgatch, Patterson en DeGarmo (2005) vonden een interactie-effect tussen de FIMP-score van de therapeut en het vaardigheidsniveau van ouders bij aanvang van de behandeling: een hoge FIMP-score gecombineerd met een laag aanvangsniveau bij ouders geeft de grootste verbeteringen. Het loont dus om goede therapeuten te koppelen

aan gezinnen die nog grote stappen kunnen maken.

4.5 Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van PCIT zijn enkele organisatorische randvoorwaarden bij de instelling noodzakelijk. Vanzelfsprekend moeten de PCIT therapeuten beschikken over de juiste competenties en de PCIT opleiding hebben gevolgd. Voor de PCIT-opleiding moeten de deelnemers door de organisatie gefaciliteerd worden. Voor de training met de gezinnen moet een ruime kamer met one-way screen en aparte kamer beschikbaar zijn. Voor een goede uitvoering van PCIT is het ten slotte van belang dat het kenniscentrum PCIT alle stappen uit de opleiding zorgvuldig organiseert en coördineert en zorg draagt voor de supervisie en de licentieverlengingen.

4.6 Implementatie

Er is nog geen systeem voor implementatie aanwezig. Dit zal in 2015 worden ontwikkeld door het Kenniscentrum PCIT. Dit plan betreft het uitzetten van de interventie in Nederland.

4.7 Kosten

De kosten voor opleiding en coaching zijn opvraagbaar bij de Bascule en PI Research.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

A. Niec et al., 2014

B. In dit onderzoek zijn de Nederlandse PCIT therapeuten geïnterviewd door PCIT onderzoekers vanuit de Central Michigan University. Het doel van dit onderzoek was vooral het inventariseren van de ervaringen van de PCIT therapeuten met de training, supervisie en de uitvoering van PCIT. Zeventien van de 23 PCIT therapeuten zijn geïnterviewd en de transcripties hiervan zijn gecodeerd door twee onafhankelijke promovendi. De codeurs identificeren belangrijke thema's uit de gesprekken met de therapeuten.

C. Verschillende thema's werden door de therapeuten naar voren gebracht, waaronder praktische problemen (locatie, audiovisuele behoeftes), de wens voor meer supervisie en de hindernissen in het werken met multiprobleemgezinnen (o.a. zorgen dat het gezin op tijd komt of het huiswerk doet en ook het houden van focus op de ouder-kind interactie in plaats van veel tijd besteden aan andere zaken die spelen binnen het gezin). Wel kwam naar voren dat de therapeuten in het algemeen erg positief zijn over de methodiek van PCIT en dat zij ervaren hebben dat PCIT effectief is in het verminderen van de ernstige gedragsproblemen van het kind en het verbeteren van de ouder-kind relatie.

Daarnaast waren er veel overeenkomsten in de thema's die genoemd werden door de Nederlandse therapeuten en de Amerikaanse therapeuten. Dit impliceert dat de PCIT training voor therapeuten goed overdraagbaar is naar de Nederlandse situatie.

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

A. Abrahamse, Junger, Chavannes, Coelman, Boer & Lindauer (2012).

B. Er is een pilot study gedaan naar de eerste gezinnen (n = 37) die PCIT ontvingen na de implementatie in 2007. Deze gezinnen werden aangemeld voor ernstige gedragsproblemen van hun kind in de leeftijd van 2 tot en met 7 jaar. Deze gezinnen zijn vergeleken met een groep kinderen die geen problemen hadden (niet klinische groep; n = 58). Scores van ouders op de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) van de eerste en laatste PCIT sessies zijn meegenomen. Door de intensieve supervisie van de PCIT therapeuten is het aannemelijk dat de interventie is uitgevoerd zoals bedoeld.

C. Elf gezinnen (27.5%) hebben het PCIT protocol niet volledig doorlopen. Bij de gezinnen die PCIT wel afgerond hebben was een significante vermindering van de gedragsproblemen bij het kind te zien, met effectgroottes van 1.99 voor moeders en 1.88 voor vaders. Dit betekent een zeer groot effect. Daarnaast werden er bij de meting geen significante verschillen op de ECBI gevonden tussen de groep kinderen die PCIT ontving en de kinderen in de niet-klinische vergelijkingsgroep. Dit wijst erop dat PCIT de gedragsproblemen bij de kinderen kan reduceren naar een niveau van normaal functioneren.

A. Abrahamse, Junger, van Wouwe, Boer & Lindauer (in voorbereiding; 2014)

B. Er is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gedaan waarbij gezinnen (N = 43) PCIT ontvingen of een andere behandelconditie (Gezins-Creatieve Therapie; GCT). De kinderen waren aangemeld vanwege gedragsproblemen en waren in de leeftijd van 2 tot en met 8 jaar. Metingen werden gedaan met gestandaardiseerde vragenlijsten en onafhankelijke observaties voorafgaand aan de interventie, direct erna en na 6 maanden. Therapeuten van zowel PCIT en GCT ontvingen intensieve supervisie in het kader van certificering. Ook is de behandelintegriteit door de onderzoekers gemeten, welke voor beide interventies gemiddeld boven de 70% lag. Hierdoor wordt verondersteld dat de interventies zijn uitgevoerd zoals bedoeld en beschreven in de behandelprotocollen.

C. Binnen dit onderzoek was er sprake van een aantal gezinnen dat na de randomisatie voor GCT op klinisch advies een overstap maakte naar PCIT. Intention-to-treat (ITT) analyses lieten geen significante verschillen zien bij de 6 maanden follow-up meting voor de gedragsproblemen van het kind en de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Vervolgens zijn er analyses uitgevoerd op basis van de behandeling die het gezin daadwerkelijk ontvangen heeft. Bij deze treatment-received groepssamenstelling waren er geen verschillen tussen de behandelcondities in de uitkomstmaten op de meting voor start van behandeling. Bij de na- en follow-up meting waren er echter wel verschillen tussen de behandelcondities. Bij de vergelijking van de effecten tussen de behandelingen kwam een significant interactie-effect van tijd en behandeling naar voren voor de mate van gedragsproblemen (ECBI) en het positieve gedrag van ouders tijdens het spelen met hun kind (DPICS). Dit betekent dat afname van de gedragsproblemen van het kind en de toename van positief gedrag van de ouder na PCIT groter is dan na GCT. Dit effect is tevens terug te zien in de tevredenheid van ouders met de behandelvorm die ze ontvingen. Ouders die PCIT kregen waren significant meer tevreden over de behandeling en de geleerde vaardigheden dan gezinnen die GCT ontvingen. Per groep werd gevonden dat gezinnen die PCIT ontvingen tevens significante verbeteringen hadden op andere uitkomstmaten zoals externaliserende en internaliserende problematiek (CBCL) van het kind en opvoedingsstress van de ouders (NOSI-K).

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

De effectiviteit van PCIT is ondertussen in meer dan 100 studies empirisch onderbouwd, dit betreft voornamelijk Amerikaanse studies, maar ook in Australië en China is gerandomiseerd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van PCIT. Hieronder een selectie van de effectstudies waarbij, net als bij de Nederlandse effect studie, het originele behandelprotocol is onderzocht.

A. Bagner & Eyberg (2007).

B. Er is een gerandomiseerde studie uitgevoerd naar gezinnen met kinderen met een verstandelijke beperking waarbij sprake was van gedragsproblemen. Gezinnen met kinderen in de leeftijd van 3 tot en met 6 jaar werden toegewezen aan de interventiegroep (n=15) en de wachtlijstcontrolegroep (n=15). Metingen werden gedaan met gestandaardiseerde vragenlijsten en onafhankelijke observaties.

C. Moeders die PCIT ontvingen lieten een meer positieve interactie met hun kind zien dan moeders uit de wachtlijstcontrolegroep. Ook luisterden hun kinderen beter naar de opdrachten van hun ouders. Op de vragenlijsten rapporteren de moeders na PCIT minder gedragsproblemen bij hun kind en minder opvoedingstress dan moeders uit de controlegroep.

A. Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs & Algina (1998).

B. Er is een gerandomiseerde studie uitgevoerd met een interventiegroep (n =37) en een wachtlijstcontrolegroep (n=27). Metingen werden gedaan met gestandaardiseerde vragenlijsten en onafhankelijke observaties.

C. Ouders die PCIT ontvingen lieten meer positieve interactie met hun kind zien dan de ouders uit de wachtlijstcontrolegroep en waren ook meer succesvol in het laten gehoorzamen van hun kind. Ook rapporteerde de groep die PCIT ontving een significante verbetering in het gedrag van het kind en een vermindering in de opvoedingstress. Er was bij deze ouders een hoge mate van tevredenheid met de inhoud en het proces van PCIT.

A. Hood & Eyberg (2003).

B. In deze studie werden de lange termijn effecten (3 tot 6 jaar na PCIT) geïnventariseerd bij 23 moeders van kinderen in de leeftijd tussen 6 en 12 jaar. Gestandaardiseerde vragenlijsten werden telefonisch of per post afgenomen.

C. Uit de resultaten kwam naar voren dat de daling van de gedragsproblemen zich doorzet na de afronding van PCIT. De uitkomsten onderschrijven dus de lange termijn effecten van PCIT.

A. Leung, Tsang, Sin & Choi (2014).

B. Er is een gerandomiseerde studie in China uitgevoerd met een interventiegroep (n=54) en een controlegroep (n=57). Metingen werden gedaan met gestandaardiseerde vragenlijsten en onafhankelijke observaties.

C. In vergelijking met de controlegroep werd een significante vermindering gevonden in gedragsproblemen bij het kind, opvoedingstress, negatieve emoties, negatieve opvoedingsvaardigheden en een stijging van positieve opvoedingsvaardigheden.

Review en meta-analyses

A. Thomas & Zimmer-Gembeck (2007).

B. Er is een review en meta-analyse uitgevoerd waarin PCIT werd vergeleken met Triple P. In totaal werden 24 studies betrokken met ouders en kinderen in de leeftijd van 3 tot 12 jaar.

C. Voor beide interventies werden positieve effecten gevonden op het gebied van gedragsproblemen. Wel was er een tendens van grotere effect sizes bij PCIT dan bij Triple P wanneer de interventies werden vergeleken met een wachtlijstgroep. Hier werden grotere effecten voor PCIT gevonden op het gebied van de rapporteerde gedragsproblemen en geobserveerde

negatieve opvoedingsvaardigheden. Het behandelen van ouders en kind samen, zodat ouders gelijk de geleerde vaardigheden kunnen oefenen, wordt hierbij aangedragen als mogelijke verklaring voor de grotere effecten van PCIT.

A. Kennedy, Kim, Tripodi, Brown & Gowdy (2014).

B. Er is een meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van PCIT in de preventie van lichamelijke mishandeling. De afgelopen jaren zijn er steeds meer studies verschenen waarbij PCIT ingezet werd ter preventie van kindermishandeling en als behandeling bij gezinnen waar mishandeling heeft plaatsgevonden. Zes studies zijn binnen deze meta-analyse gebruikt.

C. Ondanks kleine effecten op de 'Child Abuse Potential' en opvoedingsstress, werden medium behandel-effecten gevonden op het opnieuw plaatsvinden van fysieke mishandeling. Deze resultaten wijzen erop dat PCIT de potentie heeft om fysieke kindermishandeling in de toekomst te voorkomen.

A. Kaminski, Valle, Filene & Boyle (2008).

B. Er is een meta-analyse uitgevoerd naar de belangrijkste componenten van oudertrainingen die geassocieerd worden met effectiviteit. In totaal zijn 77 studies in deze meta-analyse meegenomen.

C. Het vergroten van positieve ouder-kind interacties en emotionele communicatie vaardigheden, ouders een time-out procedure leren, nadruk leggen op consistentie in de opvoeding en de mogelijkheid bieden voor ouders om nieuwe vaardigheden direct met het kind te oefenen tijdens de behandelsessies kwamen uit deze meta-analyse naar voren als de componenten die het meest samenhangen met de mate van effectiviteit van de interventie. PCIT bevat al deze componenten.

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

De Bascule

Meibergdreef 5

1105 AZ Amsterdam

Telefoon: 020-8901000

8. Aangehaalde literatuur

Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J., Boer, F., &

Lindauer, R. J. (2012). Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 24.

Abrahamse, M. E., Junger, M., Leijten, P. H. O., Lindeboom, R., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2015). Psychometric Properties of the Dutch Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in Community Sample and a Multi-Ethnic Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.

Abrahamse, M. E., Junger, M., van Wouwe, A. M. M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2015). 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.

Ainsworth, M. D. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.

Alink, L. R., Mesman, J., van Zeijl, J., Stolk, M. N., Juffer, F., Koot, H. M., . . . van IJzendoorn, M. H. (2006). The early childhood aggression curve: development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Development*, 77, 954-966.

Alink, L., IJzendoorn, R. van, Bakermans, M., et .all. (2011). 'Kindermishandeling in Nederland Anno 2010 : de Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en'. Leiden: Casimir.

Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 418-429.

Bandura, A. (1973). *Aggression. A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.

Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2004). Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Development*, 75, 1523-1537.

Broek, A. van den, Kleijnen, E., & Bot, S. (2012). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2012), *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

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.

Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., & Gurwich, R. (2011). A combined motivation and Parent-Child Interaction Therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized

dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 84-95.

Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children*. New York: Guilford Press.

Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., vol. 3, pp. 129-201). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Compton, K., Snyder, J., Schrepferman, L., Bank, L., & Shortt, J. W. (2003). The contribution of parents and siblings to antisocial and depressive behavior in adolescents: A double jeopardy coercion model. *Development and Psychopathology*, 15, 163-182.

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.

Hermanns, J. (2001). *Kijken naar opvoeding: Opstellen over jeugd, jeugdbeleid en jeugdzorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 419-429.

IJzendoorn, M.H. van, Prinzie, P., Euser, E.M., et al(2007). 'Kindermishandeling in Nederland anno 2005 : de nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen'. Leiden: Casimir.

Kaminski, 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.

Kennedy, S. C., Kim, J. S., Tripodi, S. J., Brown, S. M., & Gowdy, G. (2014). Does Parent-Child Interaction Therapy reduce future physical abuse? A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 1-10.

Klerk, M. de e.a. (2012). 'Zorgen voor meervoudige problemen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ten behoeve van het advies "De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap"'. Den Haag: RVZ.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709.

Kolko, D. J. (2002). Child physical abuse. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 21-50). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Kooijman, K. (2000). Kindermishandeling kost te veel: Het financiële voordeel van preventie. *VKM Magazine*, 14 (3), 12-13.

Leung, C., Tsang, S., Sin, T. C. S., & Choi, S. (2014). The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy With Chinese Families: Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 1-12.

Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.

MacKenzie, M.J., Nicklas, E., Brooks-Gunn, J., & Waldfogel, J. (2011). Who spansks infants and toddlers? Evidence from the fragile families and child well-being study. *Children and Youth Services Review*, 33, 1364-1373.

Matthys, W. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Maughan, B., Rutter, M. (2001) Antisocial children grown up. In: Hill J, Maughan B (eds). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge University Press, Cambridge, England, pp 507-552.

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.

Niec, L. N., Egan, R. D., White, J. V., Dodd, Christian, A. S., Heiner, W. D., Coelman, F., Abrahamse, M.E. (2014). Crossing the bridge from science to practice: Dutch therapists' experiences as trainees of Parent-Child Interaction Therapy. Poster gepresenteerd op EABCT conference, Den Haag, September 2014.

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

Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.

Perry, B.D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3, 79-100.

Piquero, A. R., Farrington, D. P., & Blumstein, A. (2003). The criminal career paradigm. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: a review of research*, volume 30. (pp. 359-506). Chicago: University of Chicago Press.

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.

Ronan, K.R., Canoy, D. F. & Burke, K. J. (2009) Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles, *Australian Psychologist*, 44, 195-213.

Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1998). Efficacy of parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 34-45.

- 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.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.
- Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: The original sin hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51, 341-367.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., . . . Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114, 43-50.
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*: Guilford Press.
- Wilson, S.R., Rack, J.J., Shi, X., & Norris, A.M. (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect*, 32, 897-911.
- Wolzak, A. & Ten Berge, I. (2008). *Gevolgen van kindermishandeling*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/ TNO Kwaliteit van Leven.
- Zumkley, H. (1994). The stability of aggressive behavior: A meta-analysis. *German Journal of Psychology*.
-

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 Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

