

**Universiteit Utrecht**



Universiteit Utrecht  
Master Kinder- en Jeugdpsychologie

THESIS

# De effectiviteit van de gezinsdagbehandeling van het RMPI op basis van Parental Self-efficacy

Xanthe Plaisier  
0479748

Begeleider: Herman van Boxtel

Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI)  
Begeleider RMPI: Walter Oppenoorth

### ***Dankwoord***

Graag wil ik mijn begeleiders bedanken, Herman van Boxtel vanuit de Universiteit Utrecht en Walter Oppenoorth vanuit het RMPI, voor de totstandkoming van dit onderzoeksverslag. Ook wil ik de behandelaars van de gezinsdagbehandeling en de gezinnen die de vragenlijsten hebben ingevuld bedanken.

## Samenvatting

Er zijn plannen om ongeboren kinderen alvast aan te melden bij jeugdzorg, hierdoor kan de hulpverlening sneller op gang komen wanneer het kind geboren is. Maar hiermee wordt er voorbij gegaan aan het feit dat dit een signaal afgeeft aan ouders dat zij (mogelijk) hun eigen kind niet op kunnen voeden, wat een negatief effect zou kunnen hebben op de parental self-efficacy (PSE) van deze ouders. Uit voorgaand onderzoek is gebleken dat de mate van PSE verband houdt met het gedrag van de kinderen en het psychisch welzijn van de ouders. De gezinsdagbehandeling van het Rotterdams Medisch Pedagogisch instituut stelt als een van haar doelen de PSE te verhogen gedurende de behandeling. In dit onderzoek is nagegaan of de PSE daadwerkelijk stijgt gedurende de behandeling, of dit verband houdt met de klachten van de ouders en de problemen van het kind en of er een patroon te ontdekken is in de ontwikkeling van PSE. Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van afname van vragenlijsten op drie meetmomenten: voor de behandeling, tijdens (na drie weken) en na de behandeling (na zes weken). De lijsten zijn ingevuld door participanten in een behandelgroep die op het punt stond te starten met een zes weekse behandeling van drie dagen in de week en een controlegroep bestaande uit gezinnen op de wachtlijst. Uit de resultaten blijkt dat de behandeling een positief effect heeft op de ontwikkeling van PSE. Er werd geen verband gevonden met de klachten van de ouders en de problemen van het kind. Dit komt mogelijk door een te kleine power in de statistische analyse. Het opvoedgedrag van de ouders blijkt in de eerste drie weken van de behandeling te verbeteren en het globale oordeel van ouders over het welzijn van het kind in de laatste drie weken. Gedurende de gehele behandeling steeg de PSE en het gezinsklimaat.

## Abstract

*There are plans to register unborn babies at childcare, to assure fast intervention after the child is born. But this also sends a message to the parents saying they (possibly) cannot provide proper care for their children themselves, which may affect the parental self-efficacy of these parents. Previous studies showed that the level of parental self-efficacy is related to the problem behaviour of the child and the psychological well being of the parent. The Rotterdam Medical Pedagogical Institute (RMPI) has a family day care programme which aims at improving parental self-efficacy. In the present study we investigated whether the level of parental self-efficacy actually does increase during this day care program, whether this affected psychological well being of the parents and the problem behaviour of the child and whether there is a pattern in the increase of parental self-efficacy. To investigate this, parents were asked to fill out questionnaires at the beginning, halfway through (after three weeks) and at the end (after six weeks) of the programme. There was a treatment group consisting of families that were about to start the programme and a control group of families that were on the waiting list for the programme. The results show that the programme increases the level of parental self-efficacy. There were no effects found on the psychological well being of the parents and the problem behaviour of the child. This might have been due to a lack of power in the statistical analysis. The child raising behaviour of the parents seemed to change in the first three weeks of the programme while the global judgement of the parents about the health of the child changed in the second three weeks. During the whole treatment there was a positive change in parental self-efficacy and the family climate.*

**Inhoud**

Inleiding .....	5
<i>PSE binnen de behandeling op de GDB</i> .....	8
<i>PSE en klachten van ouders</i> .....	10
<i>PSE en probleemgedrag van het kind</i> .....	11
<i>Patroon in de ontwikkeling van PSE</i> .....	13
Methode.....	17
<i>Design</i> .....	17
<i>Participanten</i> .....	17
<i>Meetinstrumenten</i> .....	19
<i>Case studies</i> .....	22
Resultaten.....	23
1. <i>Is er een groei in Parental Self-Efficacy gedurende de behandeling?</i> .....	23
2. <i>Is er een effect van de behandeling op de klachten van de ouders?</i> .....	24
3. <i>Is er een effect van de behandeling op de problemen van het kind?</i> .....	24
4. <i>Is er een patroon in de ontwikkeling van PSE?</i> .....	26
<i>Case studies</i> .....	29
Discussie.....	34
Referenties.....	39
Appendix.....	42

## **Inleiding**

Sinds het jaar 2000 is het gebruik van justitiële jeugdzorg met 37 procent gestegen en het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor jongeren met 64 procent. Het gebruik van de TOG-regeling (Tegemoetkoming Onderhoudskosten thuiswonende Gehandicapte kinderen) is over die zelfde periode verviervoudigd. Het aantal jonggehandicapten met Wajong-uitkering steeg met 22 procent en het gebruik van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), die sinds 2007 onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) valt, groeide van 2000 tot 2006 met 17 procent. Dit alles blijkt uit een recent rapport van TNO (NRC-Handelsblad, 17 maart 2008).

Een mogelijke verklaring voor de genoemde stijgingen is dat de diagnostiek voor het opsporen van problemen is verbeterd. Bovendien worden er ook meer kinderen getest waardoor de kans op diagnosticering van probleemkinderen toeneemt. Een tweede verklaring zou kunnen zijn dat het onderwijs veranderd is. Er wordt veel minder klassikaal les gegeven en er wordt steeds meer een beroep gedaan op zelfstandig werken. Dit is voor kinderen die veel structuur nodig hebben niet ideaal, want zij hebben al snel extra hulp nodig. (NRC-Handelsblad, 17 maart 2008)

Maar ook jongere kinderen, die nog niet naar school gaan, komen met jeugdzorg in aanraking. Er zijn zelfs plannen om ongeboren kinderen alvast aan te melden bij jeugdzorg om verwachte problemen voor te zijn (NU.nl, 2008). Het idee hier achter is dat de hulpverlening sneller op gang kan komen. Maar er wordt voorbijgegaan aan het feit dat hiermee een signaal wordt afgegeven aan de ouders dat zij zelf (waarschijnlijk) niet in staat zijn om hun kinderen op te voeden. Dit kan het vertrouwen van de ouders in hun eigen capaciteiten ondermijnen, dit vertrouwen in eigen kunnen wordt ‘self-efficacy’ genoemd.

Bandura (1977) was een van de eersten die de term ‘self-efficacy’ introduceerde. Deze term houdt in: geloof van het individu in zijn eigen kunnen om bepaald gedrag succesvol te kunnen vertonen. Self-efficacy heeft effect op de affectieve, motivationele en cognitieve reacties in taaksituaties. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de term “self-efficacy”, omdat er in de Nederlandse taal geen geschikte term te vinden is die het construct goed beschrijft.

Sinds de introductie van de term ‘self-efficacy’ is er een groeiend aantal studies naar de rol van self-efficacy in het opvoeden van kinderen; parental self-efficacy (PSE) genaamd (Teti & Gelfand, 1991). PSE verwijst naar het besef van eigen invloed in de opvoeding van

het kind en het waargenomen eigen vermogen om een positieve invloed te hebben op het gedrag en de ontwikkeling van het kind. Verschillende onderzoeken hebben de mate van PSE in verband gebracht met de psychische gezondheid van ouders en het gedrag van het kind (Barlow, Powell, Gilchrist & Fotiadou, 2008).

Het Rotterdams medisch pedagogisch instituut (RMPI) is een psychiatrische instelling, die behandelingsmogelijkheden biedt aan kinderen met (verdenking van) een psychiatrische stoornis en hun gezin. De gezinnen die in behandeling komen zijn vastgelopen door bijvoorbeeld gezagsproblemen, psychiatrische problemen bij ouder of kind, maatschappelijke problemen of onbewuste gezinsprocessen. Deze gezinnen wordt de mogelijkheid geboden om zes weken lang, drie dagen in de week opgenomen te worden op de gezinsdagbehandeling (GDB). Gedurende de behandeling worden de ouders actief betrokken bij de behandeling van de psychiatrische problematiek. Er wordt positieve feedback gegeven en de ouders doen succeservaringen op. Zo wordt er geprobeerd om de draagkracht van de ouders te vergroten. Een van de doelen, waarnaar gestreefd wordt binnen deze behandeling, is het vergroten van de ‘parental self-efficacy’ (PSE).

### **De Gezinsdagbehandeling (GDB) van het RMPI**

De behandeling van het RMPI op de gezinsdagbehandeling is gebaseerd de Solution Focused Short Therapy (SFST). Deze manier van werken is ontwikkeld door Insoo Kim Berg, Steve de Shazer en hun collega’s van het Brief Therapy Center in Milwaukee. SFST gaat er van uit dat het niet (perse) nodig is om het probleem in kaart te brengen om tot een oplossing te komen.

Door middel van het stellen van vragen (‘Wat wilt u in plaats van het probleem?’), het vragen naar details (‘Wat heeft u anders gedaan dan normaal?’) en het geven van complimenten (‘Hoe heeft u dat voor elkaar kunnen krijgen?’ en ‘Hoe bent u aan dat goede idee gekomen?’) probeert de behandelaar de cliënt over oplossingen te laten praten in plaats van over problemen.

*“Het doel of taak van SFBT is om cliënten iets anders te laten doen dan gebruikelijk door het veranderen van hun interactieve gedrag of hun interpretaties van gedrag en situaties op een zodanige manier dat een oplossing bereikt kan worden” (De Jong & Berg, 2004).*

De Shazer (1985) beschrijft de volgende kernpunten van SFBT: de ontwikkeling van een oplossing is niet perse gerelateerd aan het probleem; de cliënt is expert; als het niet kapot is, probeer het niet te repareren; als iets werkt, ga er dan mee door; als iets niet werkt, ga iets anders doen.

Op de gezinsdagbehandeling komen multi-probleem gezinnen die vastgelopen zijn. Dit kan komen door bijvoorbeeld gezagsproblemen,

psychiatrische problemen bij ouder of kind, maatschappelijke problemen of onbewuste gezinsprocessen.

Het RMPI is een derdelijns instelling en de gezinnen worden onder andere doorverwezen door Bureau Jeugdzorg (BJZ) of het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Bij de groepsintake komen de gezinnen voor de eerste keer naar de dagbehandeling om kennis te maken met de werkwijze van de behandeling. Hierbij krijgen ze de opdracht om met het hele gezin punten op te schrijven waarvan zij niet willen dat deze veranderen. Vervolgens wordt het gevraagd wat er anders zou zijn wanneer er een 'wonder' zou gebeuren. Wanneer de gezinnen deze oplossingsgerichte manier van werken bevalt kunnen zij zich aanmelden voor een individuele intake en wordt het voortraject van de behandeling in gang gezet. Dit voortraject bestaat uit een kennismaking en een huisbezoek door de behandelaren.

Vervolgens komen de gezinnen zes weken lang, drie dagen in de week in behandeling. Iedere behandeldag begint met een rondje 'tevredenheid'. Iedere cliënt noemt iets waar hij/zij trots op was de afgelopen dagen. Wanneer iedereen aan de beurt is geweest formuleert ieder gezin de doelen waar zij die dag aan willen werken, deze worden op het bord geschreven. Hierna volgt een 'thema' met het hele gezin. Tijdens deze thema's krijgen de gezinnen een opdracht om met het hele gezin uit te voeren. De opdrachten worden vaak gekenmerkt door creativiteit; kleien, tekenen, kleuren en knutselen. Na de lunch gaan de kinderen huiswerk maken en gaan de ouders met elkaar een thema doen. Tijdens deze ouderthema's komen er onderwerpen aan bod als 'wat is goed ouderschap?'. De dag wordt afgesloten met het bespreken van de doelen; zijn de doelen behaald? En hoe is aan de doelen gewerkt?

De behandeling kent vijf verschillende fasen. Iedere fase wordt gekenmerkt door een stap in het proces. De *eerste fase* is de fase van de kennismaking. Het gaat hier om het leren kennen van het referentiekader van de cliënt om zo goed mogelijk mee te kunnen puzzelen naar krachten/oplossingen/mogelijkheden. In deze fase worden de doelen van de cliënt opgesteld, wordt er gevraagd naar uitzonderingen (wanneer het probleem niet aanwezig was) en worden de doelen gescoord op een schaal van 0 tot 10.

In de *tweede fase* wordt er met de cliënt gepuzzeld over de vraag of de hulpvraag haalbaar is. Wanneer er sprake is van een 'probleem' dan is dit op te lossen, maar wanneer er sprake is van een 'beperking' wordt dit moeilijker. In de *derde fase* van de behandeling wordt er gewerkt naar een 'crisis' door de druk op het proces te verhogen. In het dagelijks leven zullen de gezinnen ook periodes van 'verhoogde' spanningen tegenkomen. Door de druk (kunstmatig) op te voeren wordt zichtbaar wat voor werk het gezin nog te doen heeft.

De *vierde fase* is de tussenevaluatie. In deze fase wordt de balans opgemaakt van waar de gezinnen aan gewerkt hebben, hoe hier aan gewerkt is en wat er nog nodig is om de gestelde doelen te bereiken. In de *vijfde* en laatste fase van de behandeling wordt datgene waar aan gewerkt is verankerd en eigen gemaakt door de gezinnen. De gezinnen wordt gevraagd wat de behandeling heeft opgeleverd, of zij de doelen bereikt hebben en wat er nodig is om het geleerde thuis vast te blijven houden. Tijdens de eindevaluatie wordt het verslag dat de behandelaren geschreven hebben over het gezin voorgelezen en wordt er besproken welk vervolgotraject er nodig is.

Het doel van huidig onderzoek is meer inzicht proberen te krijgen in de ontwikkeling van PSE tijdens de behandeling van het RMPI. De vragen die hierbij gesteld worden zijn:

1. Verandert de PSE binnen deze behandeling?
2. Is er een verband tussen de verandering van PSE en klachten van de ouders?
3. Is er een verband tussen de verandering van PSE en het probleemgedrag van het kind?
4. Verloopt deze verandering van PSE binnen de behandeling volgens een bepaald patroon?

Dit onderzoek bestaat uit twee delen: een kwantitatief deel en een kwalitatief deel. Het kwantitatieve deel bestaat uit vragenlijsten die tijdens de behandeling meerdere malen werden afgenomen. Het kwalitatieve deel bestaat uit twee case studies, waarvoor er bij twee ouders drie maal een kort interview werd afgenomen.

### ***PSE binnen de behandeling op de GDB.***

De hoofdvraag van dit onderzoek is of de parental self-efficacy binnen deze behandeling daadwerkelijk verandert. Barlow et al. (2008) deden onderzoek naar de effectiviteit van het 'Training and Support Program' (TSP) op het vergroten van de PSE. Direct na de behandeling waren er significante verbeteringen in de PSE en vier maanden na de behandeling bleken deze positieve veranderingen nog steeds aanwezig te zijn. In het TSP programma wordt er net als op de gezinsdagbehandeling gewerkt met kinderen met verschillende problematiek. Daarnaast wordt in beide behandelprogramma's gewerkt aan het aanleren van manieren en technieken om effectief met het kind om te gaan. Echter, er zijn ook een aantal verschillen tussen de behandelprogramma's: Het RMPI werkt bijvoorbeeld met een oplossingsgerichte methode, terwijl het TSP programma een groepstherapie is.

Bandura (2001; Bandura, 1997) beschrijft vier manieren waarop self-efficacy beïnvloed wordt. De eerste manier is *ervaring*. Succesvolle ervaringen versterken de self-efficacy, terwijl mislukkingen de self-efficacy zullen doen afnemen. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat de ervaring met het zorgen voor kinderen die moeders hebben voordat zij zelf moeder worden, de sterkste voorspeller is voor PSE van de moeder (Gross, Rocissano & Roncoli, 1989; Froman & Owen, 1990). Ook is gebleken dat de PSE van moeders hoger is voor opvoedingstaken die het meest voorkomen (Froman & Owen, 1989). Oftewel, ouders hebben meer geloof in het kunnen uitvoeren van opvoedingstaken die zij vaker uitvoeren dan van taken die zij minder vaak uitvoeren.



De tweede manier is *'modelling'*, ook wel *'vicarious experience'* genaamd. In dit proces wordt een 'ander' vergeleken met het 'zelf' en neemt de betrokkene als het ware 'virtueel' de plaats van het model in. Wanneer mensen iemand anders ergens in zien slagen dan wordt het gevoel dat men dit zelf ook kan groter en zal de self-efficacy toenemen. Wanneer men iemand ziet falen, zal de self-efficacy afnemen. Dit proces wordt versterkt wanneer het 'zelf' de 'ander' meer ziet als een gelijke. Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat oudertraining programma's positieve invloed hebben op de perceptie van de eigen self-efficacy (Wolfson, Lacks & Futterman, 1992; Gross, Fogg, & Tucker, 1995; Tucker, Gross, Fogg, Delaney & Lapporte, 1998).

Een derde factor die invloed heeft op self-efficacy is *sociale druk*. Wanneer anderen zeggen dat een taak je zal lukken zal de self-efficacy toenemen, terwijl wanneer anderen zeggen dat het je niet zal lukken de self-efficacy zal afnemen.

De vierde manier waarop self-efficacy beïnvloed kan worden bestaat uit *fysiologische factoren*. Wanneer een persoon met een lage self-efficacy een fysiologische verandering ervaart, bijvoorbeeld zwetende handen, kan hij/zij dit interpreteren als een teken dat hij of zij deze taak niet kan uitvoeren. Hierdoor zal de self-efficacy verder afnemen. Daarentegen zien mensen met een hoge self-efficacy deze fysiologische veranderingen los van hun eigen kunnen. Dus de gedachten die iemand heeft over waar zijn of haar fysiologische veranderingen vandaan komen, hebben invloed op de self-efficacy.

Binnen de behandeling op het RMPI wordt aandacht besteed aan deze vier manieren waarop self-efficacy beïnvloed wordt. De behandeling richt zich met name op het opdoen van *succesvolle ervaringen* (factor 1) en, doordat er met meerdere gezinnen tegelijk wordt gewerkt op de gezinsdagbehandeling, wordt er gebruik gemaakt van *modelling* (factor 2). Daarnaast heeft de behandeling op het RMPI veel overeenkomsten met de behandeling zoals beschreven in het artikel van Barlow et al. (2008) waarin een positieve invloed gevonden werd op de ontwikkeling van PSE. Er kan dan ook verwacht worden dat de behandeling op de gezinsdagbehandeling een positief effect heeft op de groei van PSE.

***PSE en klachten van ouders.***

De tweede vraag, is of er een relatie bestaat tussen de PSE en de klachten van de ouders. Moeders van kinderen met beperkingen ervaren de meeste draaglast van het opvoeden en ervaren een hogere mate van depressie en angst vergeleken met moeders van kinderen zonder een beperking (Eiser, 1993; Gonya, 1995, in Barlow 2008). In vergelijking met vaders vertonen moeders meer fysieke gezondheidsproblemen en een slechter algeheel welzijn (Alik, Larson & Smedje, 2006 in Barlow et al. 2008). Aan de andere kant rapporteren zowel vaders als moeders die zorgen voor een kind met een beperking een grotere waardering voor het leven en brengt het kind meer stabiliteit en cohesie in het gezin (Case-Smith, 2004).

Moeders die zich machteloos voelen ten opzichte van negatieve opvoedingsuitkomsten reageren negatiever op het moeilijke gedrag van het kind (Bugental, Blue & Cruzcosa, 1989). Deze moeders denken dat zij weinig kunnen doen om de negatieve opvoedingsuitkomsten te voorkomen en denken dat het kind meer controle heeft over deze negatieve opvoedingsuitkomsten dan zijzelf. Dit gedachtepatroon komt veel voor bij zowel vaders als moeders met een lage PSE. Daarnaast ervaren ouders met een lage PSE meer frustratiegevoelens en hebben zij het gevoel gedomineerd te worden door het kind (Campis, Lyman & Prentice-Dunn, 1986).

Ook blijkt er een verband tussen stress, depressie en PSE van ouders.

Halpern & McLean (1997) vonden dat moeders met een hoge PSE minder stress ervaren dan moeders met een lage PSE. Ook Fox en Gelfand (in Colemann & Karraker, 2003) vonden een relatie tussen PSE en stress. Zij vonden in hun onderzoek dat depressieve moeders met veel stresservaringen een lager gevoel van PSE rapporteerden. Ook Teti en Gelfand (1991) vonden dat depressieve moeders een lagere PSE hebben dan niet depressieve moeders, omdat zij selectieve herinneringen hebben aan faalervaringen uit het verleden. Uit deze onderzoeken komt naar voren dat er een relatie bestaat tussen PSE en depressie van de moeder. Echter, het is onduidelijk wat oorzaak en wat gevolg is. Moeders met een lage PSE kunnen hierdoor meer stress ervaren en depressieve gevoelens krijgen. Maar de depressiviteit en gevoelens van wanhoop kunnen ook leiden tot een lage PSE.

Verschillende onderzoeken tonen een verband aan tussen klachten van de ouders en PSE. Er is meer onderzoek gedaan naar klachten van moeders dan naar klachten van vaders in verband met PSE. Op basis van de onderzoeken waarbij wel gekeken is naar klachten van de vader, wordt er voor zowel vaders als moeders verwacht dat er een negatief verband bestaat

tussen klachten van de ouders en PSE. Wanneer de PSE van de ouders omhoog zal gaan, zullen de klachten afnemen.

### ***PSE en probleemgedrag van het kind***

De derde vraag die onderzocht wordt, is of er een relatie bestaat tussen de PSE van de ouders en het probleemgedrag van het kind. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat PSE zowel een indirect als een direct effect heeft op probleemgedrag van het kind. Een groot aantal studies toont een verband aan tussen probleemgedrag van het kind in de kind- en jeugdpsychiatrische hulpverlening en het opvoedgedrag van ouders. Zo leidt positief opvoedgedrag van ouders tot minder eetproblemen (Decaluwe, Breat, Moens & Van Vierberghe, 2006), minder aandachtsproblemen en minder hyperactiviteit (Schalenbourg & Verschueren, 2003). In 1998 voerden Coleman en Karraker een literatuurstudie uit naar het verband tussen PSE en opvoedgedrag van de ouders. In deze studie werd een verband gevonden tussen PSE en competent, positief opvoedgedrag en opvoedingsstrategieën. Teti en Gelfand (1991) vonden in een onderzoek dat ouders met een hogere PSE meer adequaat opvoedgedrag vertonen. Dit blijkt te gelden voor verschillende etnische achtergronden (MacPhee, Fritz & Miller-Heyl, 1996). Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat ouders met een hoge PSE meer positieve opvoedingsvaardigheden toepassen, zoals responsiviteit (Bongenschneider, Small & Tsay, 1997) en sensitiviteit (Teti & Gelfand, 1991), stimulerende zorg en het gebruik van actieve copingstrategieën door moeder (Donovan & Leavitt, 1985). Daarbij zijn ouders met een hogere PSE meer betrokken bij hun kind en sturen ze het gedrag van hun kind meer aan (Shumow & Lomax, 2002). Ook maken moeders met een hoge self-efficacy meer gebruik van positieve opvoedingsstrategieën, en vertonen ouders met een hoge self-efficacy meer warmte, controle en sensitiviteit, en hebben ze meer interacties met hun kinderen (Bohlin & Hagekull, 1987). Uit onderzoek van Miller-Heyl (1998) blijkt dat wanneer PSE toeneemt, ouders minder gebruik maken van fysieke straffen. Ouders met een hoge PSE hebben meer vermogen om een gezonde, vrolijke en verzorgende omgeving te creëren voor de opvoeding van het kind (Coleman & Karraker, 1997).

Daarentegen maken moeders met een lage self-efficacy meer gebruik van overmatige controle en begrenzing en vertonen zij minder affectie naar hun kind. Kinderen met gedragsproblemen rapporteren vaker dan kinderen zonder gedragsproblemen dat zij het gevoel hebben minder warmte van ouders te ontvangen en dat er sprake is van zwakkere communicatiepatronen binnen het gezin. (Hill & Bush, 2001). Kinderen die opgroeien bij

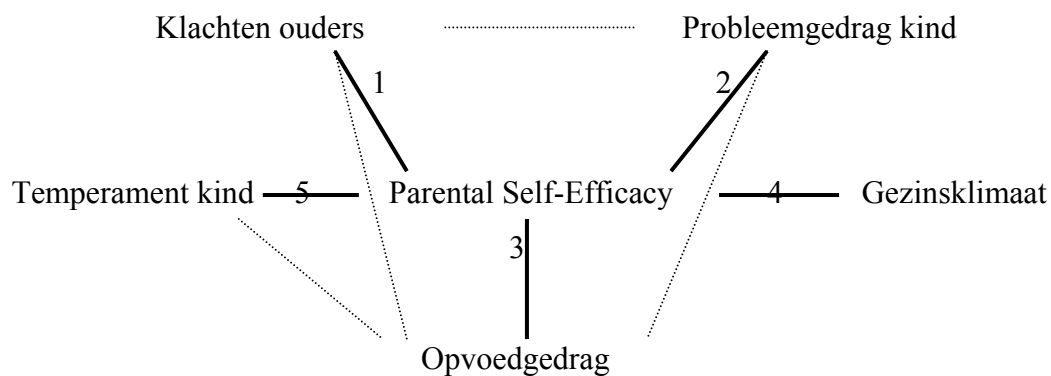
ouders met een inconsistente opvoedingsstijl kunnen negatief reageren op de overmatige controle van hun ouders. Het gevolg hiervan kan zijn dat zij gedragsproblemen gaan vertonen.

Naast een indirect effect blijkt PSE ook een direct verband te hebben met de ontwikkelingsuitkomsten van het kind (Coleman & Karraker, 2003). Zo blijkt dat kinderen van ouders met een hoge PSE betere cijfers halen op school. Maar een hoge PSE van de ouders heeft ook effect op enthousiasme, affectie, toegeeflijkheid en een minder negatieve stemming bij het kind (Teti & Gelfand, 1991). Uit onderzoek in een klinische setting kwam naar voren dat ouders met een lage PSE meer probleemgedrag van hun kind rapporteerden dan ouders met een hogere PSE (Day et al., 1994). Daarnaast heeft de self-efficacy van ouders een direct effect op de self-efficacy van het kind, via *modelling*. Wanneer kinderen hun ouders effectief met problemen om zien gaan, nemen ze dit gedrag over (Ardelt & Eccles, 2001).

Kinderen van ouders met een hoge PSE blijken minder probleemgedrag te vertonen (Bongeschneider et al., 1997). Verschillende onderzoeken tonen een verband aan tussen een hoge PSE en positief opvoedgedrag, wat leidt tot minder probleemgedrag bij het kind. Daarnaast lijkt PSE ook een direct effect te hebben op het gedrag van het kind. Verwacht wordt dat ook in deze studie een negatief verband gevonden zal worden tussen PSE van de ouders en het probleemgedrag van het kind.

***Patroon in de ontwikkeling van PSE***

De vierde en laatste vraag die gesteld wordt is of er een patroon bestaat in de ontwikkeling van PSE. Zoals eerder besproken zijn er een aantal factoren waarvan is aangetoond dat deze verband houden met PSE. Deze factoren zijn: klachten van de ouders, probleemgedrag van het kind, opvoedgedrag, gezinsklimaat en temperament van het kind. Deze verbanden zijn schematisch weergegeven in Figuur 1. Om een patroon vast te stellen zal er gekeken worden naar veranderingen in deze verschillende factoren. Specifiek wordt er gekeken in welke van deze factoren er een verandering over de tijd waar te nemen is en in welke tijdsvolgorde de afzonderlijke factoren veranderen. Eerst zal voor ieder van de vijf factoren het verband met PSE besproken worden en daarna zullen er een aantal verbanden tussen de factoren onderling worden besproken.



*Figuur 1: Schematische weergave van de relaties tussen PSE, opvoedgedrag, probleemgedrag van het kind, klachten van ouders, temperament van het kind en gezinsklimaat. Bovendien zijn de verbanden tussen een aantal van deze factoren onderling weergegeven met stippellijnen.*

*Verband 1:* Zoals aangegeven in Figuur 1 houdt de PSE van de ouders verband met de klachten van de ouders. Ouders met een lage PSE hebben meer frustratiegevoelens dan ouders met een hoge PSE en zij hebben meer het gevoel gedomineerd te worden door hun kind (Campis, Lyman & Prentice-Dunn, 1986). Verder blijkt dat moeders met depressieve klachten en veel stresservaringen een lager gevoel van PSE rapporteren (Fox en Gelfand, in Coleman & Karraker, 2003).

*Verband 2:* De PSE van ouders blijkt ook een verband te hebben met de problemen van het kind. Zo vertonen kinderen van ouders met een hoge PSE minder probleemgedrag (Johnston & Mash, 2001).

*Verband 3:* Daarnaast blijkt er een verband te bestaan tussen PSE en het opvoedgedrag van de ouders. Zo passen ouders met een hoge PSE meer positieve opvoedingsvaardigheden toe zoals sensitiviteit (Teti & Gelfand, 1991) en stellen ze meer grenzen aan het gedrag van het kind (MacPhee, Fritz & Miller-Heyl, 1996; Miller-Heyl, 1998; Shumow & Lomax, 2002). Ook vertonen deze ouders meer warmte en controle (Izzo et al. 2000) en hebben zij meer interactie met hun kinderen, dan ouders met een lage PSE (Bohlin & Hagekull, 1987).

*Verband 4:* Ook bestaat er een verband tussen PSE en het gezinsklimaat. Ouders met een hoge PSE hebben een groter vermogen om een gezonde, vrolijke en verzorgende omgeving voor de opvoeding van het kind te creëren (Coleman & Karraker, 1997).

*Verband 5:* Als laatste blijkt er een verband te bestaan tussen de PSE van de ouders en het temperament van het kind. Zo hebben ouders met een hoge PSE kinderen die makkelijker te troosten zijn (Simonds & Simonds, 1981).

Behalve verbanden tussen PSE en deze factoren, blijken er ook verbanden te bestaan tussen deze factoren onderling. Er bestaat bijvoorbeeld er een verband tussen de klachten van de ouders en de problemen van het kind. Ouders met een kind met een beperking rapporteren een hogere mate van draaglast en depressie dan ouders met gezonde kinderen (Eiser, 1993; Gonya, 1995, in Barlow 2008).

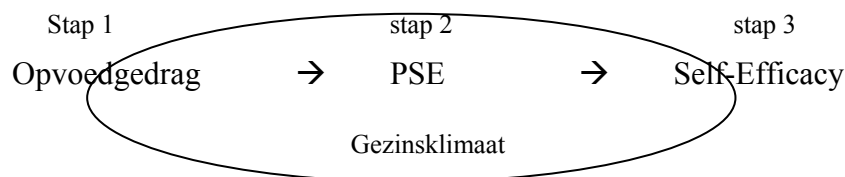
Daarnaast is er een relatie tussen de problemen van het kind en het opvoedgedrag van de ouder. Kinderen van ouders met positief opvoedgedrag laten bijvoorbeeld minder probleemgedrag zien (Schalénbourg & Verschueren, 2003).

Tussen het opvoedgedrag en de klachten van de ouders bestaat ook een relatie. Ouders met depressieve klachten vertonen minder sensitief opvoedgedrag (Knitzer, 2007).

Ten slotte bestaat er een relatie tussen het opvoedgedrag van de ouders en het temperament van het kind. Zo laten ouders van kinderen met een moeilijk temperament minder positief opvoedgedrag zien (Simonds & Simonds, 1981).

*Verwachte patroon in de ontwikkeling van PSE:*

De therapie op de gezinsdagbehandeling is gericht op het verbeteren van het opvoedgedrag van de ouders en de PSE. Zo wordt getracht problemen in de gezinssituatie te verminderen. In dit onderzoek zal de ontwikkeling van PSE bekeken worden in relatie met het opvoedgedrag van ouders, de self-efficacy van ouders en het gezinsklimaat. Om dit te onderzoeken zijn deze vier factoren op drie momenten tijdens de behandeling gemeten met behulp van vragenlijsten. Deze drie meetmomenten definiëren twee tijdsintervallen binnen de behandeling. Voor ieder van deze factoren kan er dus bekeken worden of een verandering optreedt tijdens de behandeling en in welk van de tijdsintervallen deze verandering dan plaatsvond. In Figuur 2 zijn de verwachte verbanden tussen opvoedgedrag, PSE, SE en gezinsklimaat schematisch weergegeven.



*Figuur 2: Schematische weergave van het verwachte patroon in de ontwikkeling van PSE. Verwacht wordt dat eerst het opvoedgedrag zal veranderen. Dit zal dan een verandering in PSE teweeg brengen, wat dan zal leiden tot een verandering in de self-efficacy. Gedurende dit gehele proces zal het gezinsklimaat verbeteren.*

*Stap 1 opvoedgedrag:*

Om je capabel te voelen als ouder moet je volgens onderzoek eerst kennis hebben van gepaste en adequate zorg (Coleman & Karraker, 1997). Een ouder moet signalen van een kind kunnen opvangen en hier adequaat op kunnen reageren. Tijdens de behandeling wordt er specifiek gewerkt aan het verbeteren van het opvoedgedrag. Verwacht wordt dat gedurende de gehele behandeling het opvoedgedrag zal verbeteren. Dit wil zeggen dat zowel in het eerste als in het tweede interval een significante stijging waar te nemen zal zijn.

*Stap 2 PSE:*

Naast kennis van adequate zorg moet een ouder, om zich capabel te voelen, de verwachting hebben dat het kind zal reageren op het gedrag van de ouder (Coleman & Karraker, 1997). Verwacht wordt dat, doordat de ouder leert wat adequate zorg is en hierdoor adequater opvoedinggedrag zal vertonen, de PSE omhoog zal gaan wanneer blijkt dat het kind hier positief op reageert. Verwacht wordt dat de PSE zal stijgen als het opvoedgedrag verbetert. Dit wil zeggen dat in het eerste of het tweede, dan wel in beide tijdsintervallen een stijging waar te nemen zal zijn van PSE.

*Stap 3 SE:*

In de onderzoeksliteratuur is niets bekend over de relatie tussen self-efficacy en de PSE van ouders. Vermoed wordt dat er een relatie bestaat tussen PSE en SE. Wanneer een ouder meer invloed ervaart op zijn/haar leven zal hij/zij ook meer invloed ervaren op het kind. Andersom geldt waarschijnlijk ook dat wanneer ouders meer invloed ervaren op hun kind, zij ook meer invloed ervaren op hun leven. Hierin wordt er vanuit gegaan dat SE een gegeneraliseerd gevoel van invloed is, waarvan PSE een onderdeel is. Aangezien de behandeling gericht is op de ontwikkeling van PSE en niet op self-efficacy, wordt er verwacht dat PSE eerst zal ontwikkelen voordat de SE zal veranderen. Bovendien is PSE slechts één van de vele aspecten van SE en is het redelijk om aan te nemen dat er een vertraging zal zijn tussen de ontwikkeling van PSE en de meetbare ontwikkeling van SE. Dit betekent dat er verwacht wordt dat een eventuele significante stijging van SE pas zal zijn waar te nemen in het tweede tijdsinterval.

*Gezinsklimaat:*

Verder wordt verwacht dat het gezinsklimaat zal veranderen omdat de ouders steeds adequatere zorg zullen kunnen bieden aan hun kind en de PSE omhoog zal gaan. Hierdoor zullen er minder fricties ontstaan tussen ouder en kind en is er meer ruimte voor plezier en gezelligheid. Dus op het moment dat het opvoedgedrag en de PSE toe zullen nemen zal er gelijktijdig een stijging in gezinsklimaat waar te nemen zijn. Verwacht wordt dus dat er een significante verbetering van het gezinsklimaat zal zijn in zowel het eerste als het tweede tijdsinterval.



## ***Methode***

### ***Design***

Dit onderzoek bestaat uit twee delen; een kwantitatief deel en twee case studies.

De data zijn verwerkt en geanalyseerd met het statistiek programma SPSS versie 15.0.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Aan de hand van een repeated measures ANOVA (variantie analyse) met als between subject variabelen ‘groep’ en ‘seks’, is er voor de verschillende hypotheses bepaald of er een hoofdeffect en interactie effecten aanwezig zijn. Met post-hoc gepaarde t-testen zijn hoofd- en interactie-effecten verder geanalyseerd.

Voor analyse van de case studies is er gebruik gemaakt van een multiple time series design.

### ***Participanten***

In dit onderzoek worden data van gezinnen gebruikt die in de periode van begin 2008 tot medio mei deel hebben genomen aan de behandeling op de GDB van het RMPI of binnen deze periode op de wachtlijst hebben gestaan voor een behandeling op de afdeling gezinnen. Deze gezinnen zijn aangemeld vanwege complexe problematiek, waardoor de ontwikkeling van zowel gezinsleden individueel als het gezin in zijn geheel is vastgelopen. Deze gezinnen hebben bij aanmelding vragenlijsten ontvangen, waaronder de CBCL en de SCL-90. In dit onderzoek werden twee groepen onderzocht, één behandelgroep en één controlegroep. De behandelgroep stond op het punt te beginnen aan de zes weken durende behandeling op de gezinsdagbehandeling van het RMPI. De controle groep stond nog op de wachtlijst voor behandeling binnen de afdeling gezinnen. In Tabel 1 zijn het aantal participanten en gemiddelde leeftijd van de kinderen weergegeven per groep en seks.

### ***Behandelgroep***

De behandelgroep bestond uit 8 gezinnen. In totaal waren er 8 moeders, 3 vaders en 14 kinderen waarvan 7 meisjes met een gemiddelde leeftijd van 8.70 en 7 jongens met een gemiddelde leeftijd van 10,29 jaar.

Deze gezinnen hebben voor aanvang van de behandeling en aan het eind van de behandeling vragenlijsten ingevuld. Dit waren de Child Behavior Checklist voor kinderen (CBCL), de Youth Self Report (YSR), de Symptom Check List (SCL-90) en een vragenlijst die speciaal gemaakt is voor dit onderzoek, genaamd Vragenlijst voor Ouders (VvO). Zowel vader als

moeder hebben voor alle kinderen een CBCL vragenlijst en de VvO ingevuld en voor zichzelf de SCL-90. Hiernaast hebben de kinderen in de leeftijd van 11 tot 18 jaar zelf de YSR vragenlijst ingevuld. Halverwege de behandeling, na drie weken, hebben de ouders nogmaals de VvO ingevuld.

### Controlegroep

De controlegroep bestond uit 7 gezinnen. In totaal waren er 7 moeders, 5 vaders en 13 kinderen, waarvan 4 meisjes met een gemiddelde leeftijd van 10.25 jaar en 9 jongens met een gemiddelde leeftijd van 10.22 jaar. Deze gezinnen hebben bij aanmelding onder andere de CBCL, de YSR en de SCL-90 ingevuld. De gezinnen hebben per post de VvO toegestuurd gekregen met de vraag deze in te vullen en zo snel mogelijk te retourneren. Na 3 weken hebben deze gezinnen de VvO nogmaals ingevuld. Weer 3 weken later, aan het eind van de behandeling, hebben de ouders de CBCL, de YSR, de SCL-90 en de VvO nogmaals toegestuurd gekregen en ingevuld.

*Tabel 1: Aantal participanten naar groep, sekse en de gemiddelde leeftijd van de kinderen en standaarddeviatie.*

	Sekse		Leeftijd	
	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>gemiddelde</i>	<i>SD</i>
<b>Behandelgroep</b>				
<i>Kinderen</i>	7	7	10.46	4.01
<i>Ouders</i>	3	8		
<b>Controlegroep</b>				
<i>Kinderen</i>	9	4	10.67	2.81
<i>Ouders</i>	5	7		

## ***Meetinstrumenten***

### **Vragenlijst voor Ouders:**

De PSE en mogelijke voorlopers van de ontwikkeling van PSE zijn gemeten aan de hand van de VvO die de ouders hebben invult. Deze vragenlijst is voor dit onderzoek gemaakt en is samengesteld uit items uit de PCI en CCIP vragenlijsten ([www.octir.nl](http://www.octir.nl)). De lijst bestaat uit 29 items. Hiervan gaan 7 items over de ouders zelf of het gezin als geheel. Bij deze items wordt ouders gevraagd op een lijn van helemaal onjuist tot helemaal juist aan te geven waar zij zich bevonden hebben de afgelopen twee weken. Voorbeelditems zijn: *'Ik heb invloed op mijn leven'* en *'De sfeer in ons gezin is goed'*. De overige items zijn specifiek per kind. Hierbij wordt ouders gevraagd voor ieder item per kind een cijfer van 0 tot 10 te geven, voor de afgelopen twee weken. Hierin is 0 helemaal onjuist en is 10 helemaal juist.

De items kunnen ondergebracht worden in 7 schalen:

1. Parental Self-Efficacy (4 items  $\alpha = .95$ ). Deze schaal meet de mate van gevoel van invloed van ouders op het kind. Voorbeelditem: *'Ik heb genoeg invloed op mijn kind'*.
2. De schaal Self-Efficacy (4 items  $\alpha = .79$ ) meet de mate van gevoel van invloed van ouders, dat zij ervaren op hun eigen leven. Voorbeelditem: *'Ik heb invloed op mijn leven'*.
3. Globaal oordeel over welzijn kind (4 items  $\alpha = .77$ ). Deze schaal gaat over de gezondheid en het gedrag van het kind en geeft een algemeen oordeel over hoe goed het met het kind gaat. Voorbeelditem: *'mijn kind gedraagt zich gewoon zoals andere kinderen van zijn leeftijd'*.
4. Afstemming en Resonantie (4 items  $\alpha = .83$ ). Deze schaal onderzoekt hoe ouder en kind samen en op elkaar reageren en hoe ouders afstemmen op het kind. Voorbeelditem: *'Ik kan genieten van mijn kind'*.
5. Communicatie en Affectie (4 items  $\alpha = .72$ ). Deze schaal geeft weer hoe de ouder en het kind het contact vormgeven en hoe ouders affectie tonen aan hun kind. Voorbeelditem: *'Als mijn kind verdrietig is zoekt hij of zij troost bij mij'*.
6. De schaal Structuur en Veiligheid (4 items  $\alpha = .60$ ) heeft betrekking op de leiding die ouders het kind geven en hoe zij veiligheid bieden aan het kind. Voorbeelditem: *'Mijn kind voelt zich veilig bij mij'*.

7. Gezinsklimaat (4 items  $\alpha = .82$ ). Deze schaal meet hoe er binnen het gezin met elkaar wordt omgegaan en de sfeer die in het gezin heerst. Voorbeelditem: *'De sfeer in ons gezin is goed'*.

Het opvoedgedrag van ouders wordt gemeten aan de hand van de schalen *afstemming en resonantie, communicatie en affectie* en de schaal *structuur en veiligheid*.

### **Child Behavior Checklist voor kinderen (CBCL) en de Youth Self Report (YSR):**

Het probleemgedrag van het kind werd gemeten aan de hand van de CBCL. Deze vragenlijst werd door zowel vader als moeder ingevuld. De CBCL heeft verschillende versies voor verschillende leeftijdscategorieën. De schalen van de CBCL hebben een Cronbach's Alpha variërend tussen de .62 en .92 (Achenbach, 1991). Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de CBCL 1 ½ - 5 jaar, de CBCL 6 – 18 jaar en de YSR 11-18 jaar die door het kind zelf ingevuld wordt.

De CBCL 1 ½ - 5 jaar bestaat uit 99 vragen en de CBCL 6-18 jaar uit 113 vragen over emotionele en gedragsproblemen. Ouders konden op een driepuntsschaal aangeven hoe het de laatste 2 maanden met het kind ging (0=helemaal niet, 1=een beetje of soms en 2=duidelijk of vaak). De YSR 11-18 jaar wordt ingevuld door het kind zelf en bestaat uit 112 vragen. Ook bij deze lijst kon het kind op een driepuntsschaal aangeven in hoeverre de items op dat moment bij hen pasten.

Voor alle drie de lijsten geldt dat de scores worden opgeteld en ondergebracht in drie samenvattende schalen: totale problemen, internaliserende problemen en externaliserende problemen. In zeven probleemschalen: Emotioneel reagerend, Angstig/Depressief, Teruggetrokken, Aandachtsproblemen, Slaapproblemen, Somatische Klachten en Agressief Gedrag. En in zes DSM schalen: affectieve problemen, angstige problemen, somatische problemen, aandacht/hyperactiviteit problemen, oppositioneel/deviante problemen en gedragsproblemen. Voorbeelditems zijn: *'Kan zich niet goed concentreren'* en *'Vermijdt anderen aan te kijken'*.

Voor de CBCL en YSR lijsten zijn normen beschikbaar voor diverse leeftijdsgroepen en voor jongens en meisjes apart (in termen van T-scores en percentielscores).

**Symptom Check List (SCL-90)**

De klachten van de ouders werden gemeten aan de hand van de klachtenlijst SCL-90.

Deze vragenlijst bestaat uit 90 vragen waarop ouders op een vijfpuntsschaal (1= helemaal niet, 2= een beetje, 3= nogal, 4=tamelijk veel, 5=heel erg) kunnen aangeven in hoeverre ouders gedurende de afgelopen week gehinderd werden door klachten. Deze vragenlijst heeft een Cronbach's Alpha van .77.

De items worden opgeteld en ondergebracht in de volgende 10 schalen (achter iedere schaal staat een voorbeelditem): Angst klachten (*'Je gespannen voelen'*), Agorafobische klachten (*'Bang zijn om alleen uit huis te gaan'*), Depressieve klachten (*'Te veel over dingen piekeren'*), Somatische klachten (*'Hoofdpijn'*), Insufficiëntiegevoelens (*'Moeilijk iets kunnen onthouden'*), Sensitiviteit (*'Je gauw gekwetst voelen'*), Hostiliteit (*'Schreeuwen of met dingen smijten'*), Slaapproblemen (*'Te vroeg wakker worden'*), Niet geschaalde items en een totale score van alle klachten.

In Tabel 2 is aangegeven voor hoeveel kinderen de lijsten op alle meetmomenten zijn ingevuld. Dit is ingedeeld naar groep en sekse van de ouder, behalve voor de YSR waarvoor de aantallen worden vermeld naar groep en sekse van het kind.

*Tabel 2: Het aantal kinderen waarvoor de lijsten op alle meetmomenten zijn ingevuld, ingedeeld naar groep en sekse van de ouder. De onderste rij geeft het aantal YSR lijsten ingevuld op alle meetmomenten door de kinderen zelf weer, ingedeeld naar groep en sekse van het kind.*

	Behandelgroep		Controlegroep	
	vrouw	man	vrouw	man
VvO	12	5	10	6
SCL-90	2	1	5	4
CBCL 6-18	5	0	8	4
CBCL 1,5 – 5	1	0	1	1
YSR 11-18	2	0	2	2

### *Case studies*

Naast een kwantitatief onderzoek werden er ook twee case studies uitgevoerd bestaande uit een kwantificeerbaar deel en een kwalitatief deel.

### *Participanten*

Aan de case studies hebben 2 ouders deelgenomen.

De eerste participant is een vader. Hij is samen met zijn vrouw (die niet deel wilde nemen aan het onderzoek) en zijn 3 kinderen (dochter van 20 maanden, zoon van 7 jaar en een zoon van 9 jaar) in behandeling op de gezinsdagbehandeling van het RMPI.

De tweede participant is een moeder. Zij is in behandeling op GDB van het RMPI, samen met haar zoon (14 jaar oud).

### *Onderzoeksinstrumenten*

De case studies bestonden uit een kwantificeerbaar deel en een kwalitatief deel. Het kwantificeerbare deel bestond uit de 9 items van de Parental Self-Efficacy Factoren lijst (PSE-F lijst) ( $\alpha = .67$ ). Deze vragenlijst is voor dit onderzoek ontwikkeld en bestaat uit de volgende items: Invloed op uw kind: *Ik heb het gevoel dat ik .. controle heb over mijn kind.* Gezelligheid: *Geef aan in hoeverre u uw kind als gezellig beschrijft.* Verdriet: *Mijn kind.. wanneer hij/zij verdriet heeft.* Knuffelen: *Mijn kind en ik knuffelen.. met elkaar.* Plezier: *Mijn kind en ik hebben .. plezier samen.* Gevoel van Invloed: *Ik heb.. invloed op mijn leven.* Communicatie: *Wanneer mijn kind en ik onenigheid hebben gehad, praten mijn kind en ik hier.. samen over.* Stemvolume: *In huis wordt er .. geschreeuwd.* Per item kregen de ouder een rij van 100 poppetjes te zien waarbij een aantal punten in de rij poppetjes gedefinieerd is. De ouder werd gevraagd dat poppetje in te kleuren dat op dat moment het beste bij de ouder zelf of het kind paste.

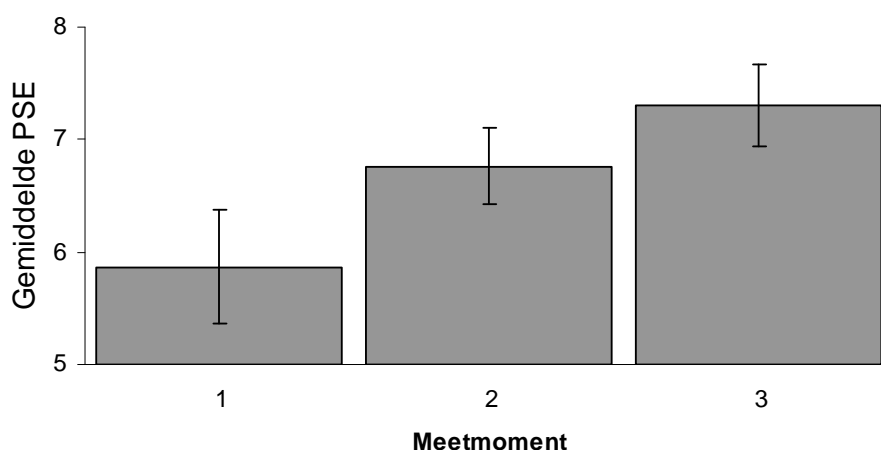
Deze items worden iedere week van de behandeling afgenomen, wat neerkomt op 6 keer. Aan het begin, het midden en het eind van de behandeling ging het invullen van de items gepaard met een begeleidend interview. Dit interview begon met het invullen van de items, hierna werd gevraagd wat de top 3 belangrijkste items op dat moment was, welke items de ouder denkt dat er gaan veranderen, welke items er al veranderd zijn, hoe dit gekomen is en van welke items er verwacht wordt dat deze gaan veranderen, hoe deze veranderingen plaatsvinden en hoe de behandelaren hierbij helpen. De interviews namen ongeveer een half uur in beslag en werden op video opgenomen.

## Resultaten

### 1. Is er een groei in Parental Self-Efficacy gedurende de behandeling?

Een repeated measures ANOVA met twee tussen participanten factoren (seks en groep) op de PSE van de participanten liet een significant hoofdeffect zien voor het meetmoment ( $F(1,33, 21.40)=12.53, p<.01$ ). De interactie tussen PSE en controle groep was significant ( $F(1,51, 37.79)=6.06, p<.01$ ), maar de interactie tussen PSE en sekse was dat niet.

Twee aparte Post-hoc ANOVA's op de data van de controlegroep en de behandelgroep lieten zien dat het hoofdeffect van het meetmoment significant was voor de behandelgroep ( $F(1,34, 21.39)=12.53, p<.01$ ), maar niet voor de controlegroep. Uit paarsgewijze vergelijkingen met Bonforonni correctie bleek dat voor de behandelgroep de toename in PSE significant was over het eerste interval ( $F(1,16)=9.36, p<.01$ ) en ook over het tweede tijdsinterval ( $F(1,16)=5.03, p<.01$ ). In Figuur 3 is de PSE gemiddeld over de participanten van de behandelgroep weergegeven op alle drie de meetmomenten. De foutenbalken geven de standaard afwijking in het gemiddelde weer. In de Figuur is te zien dat de gemiddelde PSE op een tien-punts schaal toeneemt van 5.87 naar 7.31. De resultaten van de statische tests worden samengevat in Tabel 3.



*Figuur 3: Staafdiagram van de PSE gemiddeld over de participanten in de behandelgroep voor de drie meetmomenten (voor de behandeling (1), tijdens de behandeling (2) en na de behandeling (3)). De foutenbalken geven de standaardafwijking in de gemiddelden weer.*

Tabel 3: Samenvatting van de uitkomsten van de statistische tests op de PSE waarden.

	N	df	F	Sig.	Observed Power (a)
Meetmoment	33	1.51	4.86	*	.69
Meetmoment*groep		1.51	6.06	**	.79
Meetmoment*sekse		1.51	.75	-	.15
<b>Behandelgroep</b>					
Meetmoment	17	1.34	12.53	**	
meting 1 vs meting 2		1	9.36	**	
meting 2 vs meting 3		1	9.17	**	
<b>Controle groep</b>					
Meetmoment	16	1.24	.74	-	

(a) alpha=.05

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ 

## 2. Is er een effect van de behandeling op de klachten van de ouders?

Een 10 x 2 (schaal x meetmoment) repeated measures ANOVA met twee tussen participanten factoren (sekse en groep) liet geen significant effect zien.

## 3. Is er een effect van de behandeling op de problemen van het kind?

Een 17 x 2 repeated measures ANOVA met de tussen participanten factoren (sekse en groep) op de data van het de problemen van het kind tussen de 1,5 en 5 jaar (CBCL) laat geen hoofdeffect zien. Dezelfde analyse op de data van de problemen van het kind gerapporteerd door het kind zelf tussen de 11 en 18 jaar (YSR) liet ook geen effect van meetmoment zien.

Een 17 x 2 repeated measures ANOVA met twee tussen participanten factoren (sekse en groep) op de data van het probleem gedrag van het kind tussen de 6 en 18 jaar (CBCL) liet een significant hoofdeffect zien van meetmoment ( $F(1,13)=17.79$ ,  $p < .01$ ). Er waren geen significante interactie effecten voor groep en sekse. Deze resultaten zijn samengevat in Tabel 4. Post-hoc paarsgewijze t-tests voor de aparte schalen lieten een significant effect zien voor de totale problemen van het kind ( $t(15)=2.32$ ,  $p < .05$ ). Voor de internaliserende problemen



van het kind is geen significant effect gevonden, voor de externaliserende problemen van het kind wel ( $t(15)=2,90, p<.01$ ). Dit geldt voor zowel de behandelgroep als de controlegroep, de resultaten van beide groepen zijn samengevat in Tabel 5.

*Tabel 4: ANOVA tabel van de analyse van het hoofdeffect en de interactie effecten van de problemen van het kind.*

	N	df	F	Sig.	Observed Power (a)
Meetmoment	17	1	17.79	**	.97
Meetmoment*groep		1	.62	-	.11
Meetmoment*sekse		1	2.18	-	.28

(a) alpha=.05

\*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$

*Tabel 5: Verschil in problemen van het kind (CBCL 6-18 jaar), gerapporteerd door de ouders in zowel de behandelgroep als de controlegroep, gemeten op twee momenten.*

	t	Sig. (1-tailed)
Totale problemen	2.32	*
Internaliserende problemen	-2.16	-
Externaliserende problemen	2.90	**
Angstig/depressief	1.68	-
Teruggetrokken	.92	-
Somatische klachten	2.27	*
Aandachts/hyperactiviteit	2.86	**
Sociale problemen	3.20	**
Denkproblemen	3.92	**
Regelovertreedende problemen	2.32	*
Aggressief gedrag	2.19	*
DSM affectieve problemen	2.74	**
DSM angstige problemen	1.62	-
DSM somatische problemen	3.09	**
DSM aandachts/hyperactiviteits problemen	1.38	-
DSM oppositieel/deviant	1.56	-
DSM conduct problemen	2.35	*

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

#### ***4. Is er een patroon in de ontwikkeling van PSE?***

Voor iedere schaal van de VvO is er een repeated measures ANOVA uitgevoerd over de drie meetmomenten. Wanneer er een significante verandering over de tijd gevonden werd, werd er aan de hand van repeated contrasts bepaald in welk tijdsinterval deze significante verandering specifiek plaatsvond.

Voor de schaal *parental self-efficacy* werd een significante verandering gevonden over de tijd ( $F(1,34, 21.39)=12.53, p<.01$ ). Deze significante verandering bleek zowel in het eerste ( $F(1,16)=9.36, p<.01$ ) als in het tweede tijdsinterval ( $F(1,16)=5.03, p<.01$ ) plaats te vinden. Voor de schaal *self-efficacy* bleek er geen significante verandering waarneembaar te zijn over de tijd. De schaal *globaal oordeel* steeg significant over de tijd ( $F(2,32)=5.53, p<.01$ ). Uit het contrast bleek er geen significante verandering te zijn in het eerste interval, maar wel in het tweede interval ( $F(1,16)=6.23, p<.05$ ). De schaal *afstemming/resonantie* liet een significante verandering zien over de tijd ( $F(2,32)=3.36, p<.05$ ), deze significante verandering vond plaats in het eerste interval ( $F(1,16)=6.75, p<.05$ ). De schaal *structuur/veiligheid* liet geen significante verandering zien over de tijd. Uit de analyse bleek dat de schaal *gezinsklimaat* significant veranderde gedurende de behandeling ( $F(2,32)=17.05, p<.01$ ). Deze schaal liet een significante verandering zien in zowel het eerste interval ( $F(1,16)=26.50, p<.01$ ) als in het tweede interval ( $F(1,16)=4.86, p<.01$ ). De schaal *communicatie/affectie* liet ook een significante verandering zien gedurende de behandeling ( $F(2,32)=7.86, p<.01$ ). Deze schaal liet een significante verandering zien in het eerste interval ( $F(1,16)=14.36, p<.01$ ), maar niet in het tweede interval. In tabel 7 zijn alle resultaten van analyses samengevat.

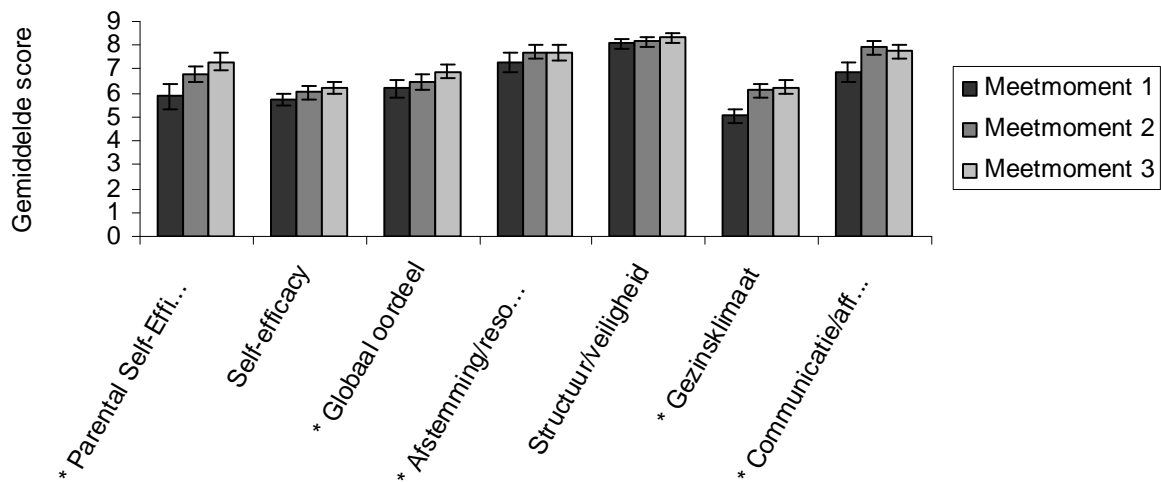
Tabel 7: Resultaten repeated measures ANOVA's voor de afzonderlijke schalen van de VvO van de behandelgroep. Voor de schalen die significant veranderden over de tijd zijn ook de resultaten van de repeated contrast weergegeven.

	<b>df</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Parental Self-Efficacy</b>	1.34	12.53	**
Meetmoment 1 vs meetmoment 2	1	9.36	**
Meetmoment 2 vs meetmoment 3	1	9.17	**
<b>Self-Efficacy</b>	1.48	1.81	-
<b>Globaal oordeel</b>	2	5.53	**
Meetmoment 1 vs meetmoment 2	1	1.24	-
Meetmoment 2 vs meetmoment 3	1	6.63	*
<b>Afstemming/resonantie</b>	2	3.36	*
Meetmoment 1 vs meetmoment 2	1	6.75	*
Meetmoment 2 vs meetmoment 3	1	.00	-
<b>Structuur/veiligheid</b>	2	2.28	-
<b>Gezinsklimaat</b>	2	17.05	**
Meetmoment 1 vs meetmoment 2	1	26.50	**
Meetmoment 2 vs meetmoment 3	1	4.86	*
<b>Communicatie/affectie</b>	2	7.86	**
Meetmoment 1 vs meetmoment 2	1	14.36	**
Meetmoment 2 vs meetmoment 3	1	.48	-

\* p<.05

\*\* p<.01

In Figuur 6 zijn de scores op de verschillende schalen van de VvO weergegeven op de drie meetmomenten, gemiddeld over de participanten van de behandelgroep. Voor de schalen met een asterisk (\*) was er een significante stijging over de tijd.



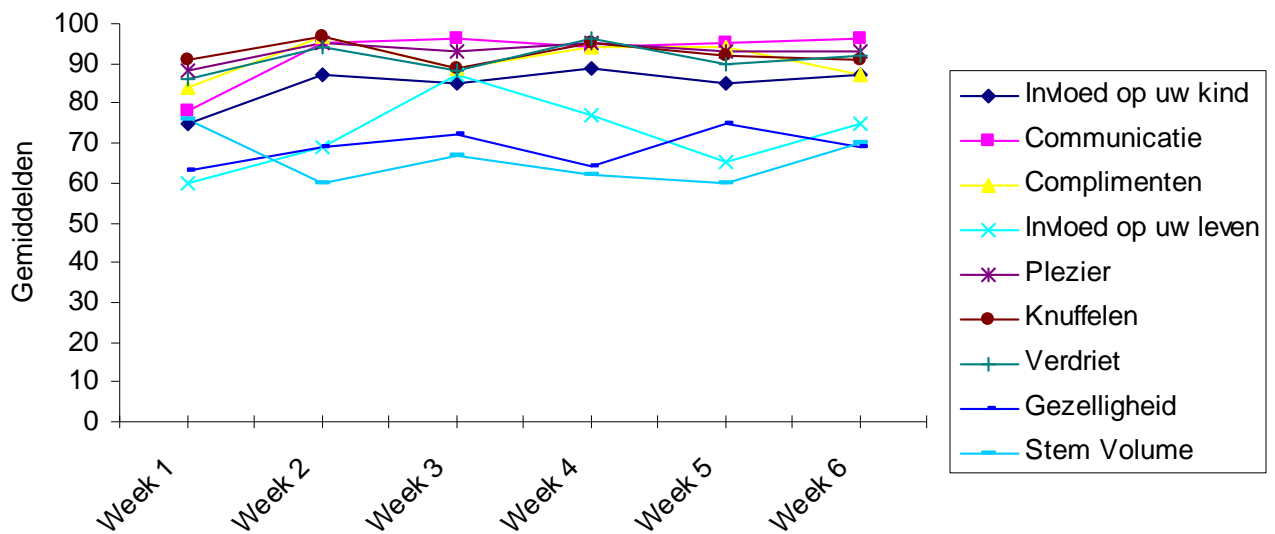
*Figuur 6: Scores op de afzonderlijke schalen van de VvO, gemiddeld over de participanten in de behandelgroep op drie meetmomenten: voor de behandeling (1), na 3 weken behandeling (2) en na de behandeling (3). De foutenbalken geven de standaard afwijking in het gemiddelde weer.*

## Case studies

*Casus 1: AJ*

De eerste casus betreft een vader (AJ) die met zijn drie kinderen en vrouw voor zes weken drie hele dagen in de week in behandeling is op de gezinsdagbehandeling van het RMPI. Zijn oudste zoon is diagnosticeerd met PDD-NOS en bij zijn jongste zoon is er een vermoeden van een autisme spectrum stoornis. AJ heeft iedere week van de behandeling een score gegeven op 9 items van de PSE-F lijst, dit komt neer op zes maal. Het scores van de items ging in de eerste, derde en vijfde week gepaard met een interview. De scores op de negen items zijn weergegeven in Figuur 7.

Voor alle negen schalen is de Spearman rank correlatie met het verloop van tijd (meetmoment 1 t/m 6) berekend. Geen van deze correlatie coëfficiënten was significant.



*Figuur 7: Weergave van de scores op de zes meetpunten (iedere week van de behandeling), op de negen schalen van de PSE-F lijst.*

Interview 1:

AJ heeft aan het begin van het interview zijn top 3 van belangrijkste schalen opgesteld:

1. Plezier
2. Knuffelen
3. Gezelligheid.

In het eerste interview geeft AJ aan dat hij vooral verwacht dat zijn vrouw meer invloed op haar kind gaat ervaren, omdat zij handvatten aangereikt krijgt door de behandelaars op het moment dat het mis gaat tussen haar zelf en het kind. Ook verwacht hij dat de communicatie tussen hem en zijn vrouw zal toenemen, waardoor zij elkaar beter kunnen aanvoelen en begrijpen. Door deze veranderingen verwacht AJ dat het stemvolume in huis omlaag gaat en het thuis gezelliger wordt. Doordat er dan meer rust zal heersen verwacht AJ dat hij meer invloed op zijn leven zal ervaren.

Interview 2:

AJ heeft aan het begin van het interview zijn top 3 van belangrijkste schalen opgesteld:

1. Gezelligheid
2. Invloed op uw kind
3. Plezier

AJ vertelt dat in de afgelopen drie weken de communicatie met zijn vrouw veranderd is; ze praten minder langs elkaar heen. De redenen die hij hiervoor geeft is dat hij en zijn vrouw vaker samen zijn omdat zij samen in behandeling zijn op de gezinsdagbehandeling en tijdens de behandeling bewuster met elkaar bezig zijn. Ook hebben ze handvatten aangereikt gekregen door de behandelaars om beter met elkaar te communiceren.

Door de opdrachten die het gezin met elkaar uitvoert is volgens AJ de schaal Complimenten veranderd. Door de opdrachten is hij bewuster van het geven van complimenten waardoor hij deze vaker geeft aan zowel zijn vrouw als zijn kinderen.

Ook het stemvolume is volgens AJ omlaag gegaan in de afgelopen drie weken. Dit is veranderd doordat hij zelf probeert niet meer te schreeuwen en zijn kinderen en zijn vrouw er op aanspreekt wanneer zij dit wel doen.

AJ verwacht dat in de komende drie weken het gevoel van invloed van zijn vrouw op haar kinderen zal toenemen, doordat AJ zijn vrouw feedback geeft en de behandelaars ingrijpen en handvatten geven wanneer het mis gaat tussen moeder en haar kinderen.

Ook verwacht AJ dat het stemvolume nog verder omlaag zal gaan, doordat hij hier extra op gaat letten.

Daarnaast verwacht hij dat de communicatie met zijn vrouw nog verder zal verbeteren omdat de behandelaren aangeven wanneer de communicatie mis loopt door op dat moment te vragen 'wat gebeurt er nu?'

Als reactie op de verwachte veranderingen zal de gezelligheid in huis toenemen.

Interview 3:

AJ heeft aan het begin van het interview zijn top 3 van belangrijkste schalen opgesteld:

1. Communicatie
2. Plezier
3. Gezelligheid

De afgelopen drie weken is de schaal Verdriet veranderd. AJ geeft aan dat zijn middelste kind zich meer is gaan terugtrekken en niet zo snel meer bij zijn vader komt wanneer hij verdrietig is. Ook de communicatie met zijn vrouw is veranderd. Deze is ten opzichte van drie weken geleden nog verder verbeterd. In de communicatie met zijn kinderen is volgens AJ niets veranderd gedurende de behandeling. Het stemvolume in huis is verder omlaag gegaan omdat AJ hier bewust op gelet heeft.

De schaal Invloed op uw kind is volgens AJ niet veranderd gedurende de behandeling. Ook voor zijn vrouw ziet AJ hier geen verandering in.

*Samenvatting:*

AJ verwachtte dat zijn vrouw gedurende de behandeling meer invloed op haar kind zou gaan ervaren. Ook verwachtte hij beter te leren communiceren met zijn vrouw. Door deze veranderingen zouden de overige schalen mee bewegen. Na drie weken behandeling is volgens AJ de communicatie tussen hem en zijn vrouw verbeterd. Ook is hij meer complimenten gaan geven en is het stemvolume in huis lager. AJ verwachtte dat de communicatie met zijn vrouw nog verder zou verbeteren en dat zijn vrouw meer invloed op haar kinderen zou gaan ervaren.

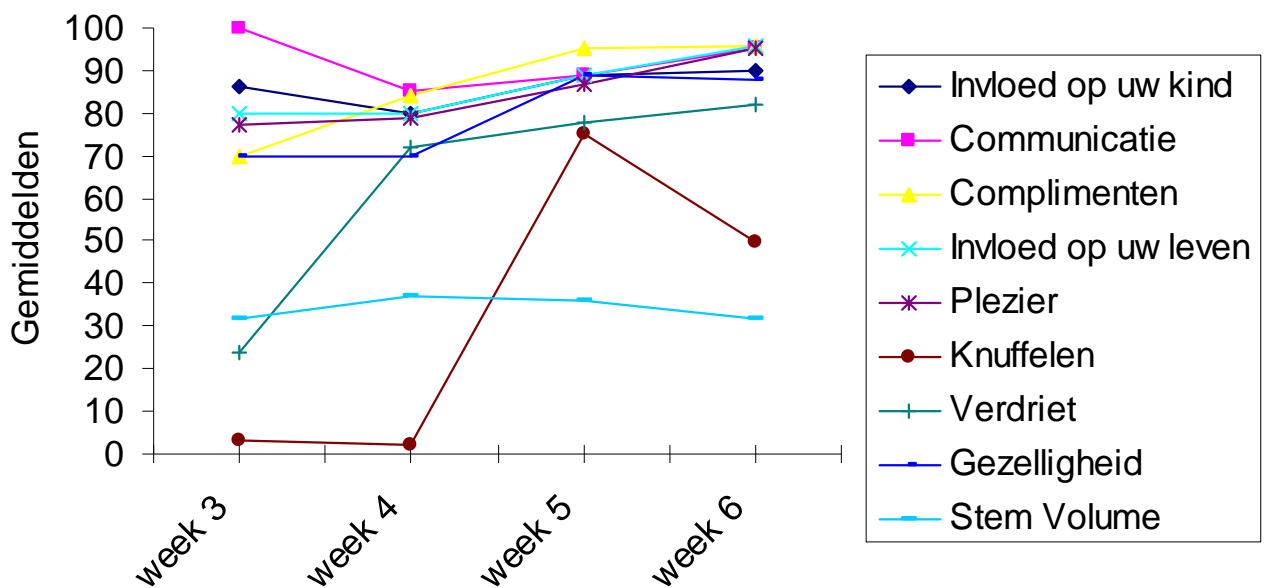
Op het eind van de behandeling vertelt AJ dat de communicatie met zijn vrouw verder verbeterd is, doordat zij meer tijd met elkaar doorbrengen en de behandelaren ingrijpen op het moment dat er iets mis gaat en vragen ‘wat gebeurt er nu?’. In het gevoel van invloed van zijn vrouw op haar kind is volgens AJ niets veranderd.

*Casus 2: I*

De tweede casus betreft een moeder (I) die samen met haar zoon (14 jaar oud) gedurende zes weken, 3 hele dagen in de week in behandeling is op de gezinsdagbehandeling van het RMPI. Haar zoon is gediagnosticeerd met PDD-NOS, zelf heeft ze PTSD.

I heeft op vier meetmomenten van de behandeling de 9 items van de PSE-F lijst gescoord. Deze meetmomenten vonden plaats in de derde, vierde, vijfde en zesde week van de behandeling. Het scoren van de items ging in de derde en vijfde week van de behandeling gepaard met een interview. De scores op de negen schalen op de vier meetmomenten staan weergegeven in Figuur 8.

Voor alle negen schalen is de Spearman rank correlatie met het meetmoment berekend. Voor de schalen Complimenten, Plezier en Verdriet werd een significante correlatie gevonden met het meetmoment ( $r_s = 1.00$ ,  $p < .01$ ), wat er op duidt dat deze schalen toenemen gedurende de behandeling.



*Figuur 8: Weergave van de scores op de vier meetpunten (derde, vierde, vijfde en zesde week van de behandeling), op de negen schalen van de PSE-F lijst.*



Interview 1:

I heeft aan het begin van het interview haar top 3 van belangrijkste schalen opgesteld:

1. Communicatie
2. Invloed op uw kind
3. Plezier

I verwacht dat het gevoel van invloed op haar kind zal toenemen gedurende de behandeling, doordat zij leert wat in het gedrag van haar zoon hoort bij de puberteit en welk gedrag hoort bij zijn beperking. Zij verwacht dat zij door deze verandering beter zal gaan communiceren met haar zoon, waardoor het thuis gezelliger zal worden.

Interview 2:

I heeft aan het begin van het interview haar top 3 van belangrijkste schalen opgesteld:

1. Communicatie
2. Invloed op uw kind
3. Gezelligheid

I vertelt dat alle schalen veranderd zijn in de afgelopen drie weken.

Het gevoel van invloed op haar leven was al aan het toenemen voordat zij in behandeling kwam. Door de verbetering op de andere schalen is het gevoel van invloed op haar leven nog verder gegroeid. Ook het gevoel van invloed op haar kind is groter geworden. I vertelt dat dit samenhangt met de verbeteringen op de andere schalen. Op internet heeft ze gezocht naar informatie over de beperking van haar kind. Bovendien heeft zij geleerd van de behandelaren welk gedrag van haar zoon hoort bij de puberteit en welk gedrag hoort bij zijn beperking. Hierdoor kan zij beter met hem communiceren en beter grenzen aangeven. Het stem volume in huis is omlaag gegaan omdat haar zoon een spiegel voorgehouden wordt door de andere kinderen in de behandelgroep, waardoor hij beseft dat het niet leuk is voor zijn moeder als hij schreeuwt. Omdat haar zoon beter gedrag laat zien geeft I hem meer complimenten. Tot haar verbazing geeft haar zoon haar ook complimenten, knuffelt hij haar en hebben ze meer plezier samen. Waar deze veranderingen vandaan komen weet zij niet. I verwacht dat na de behandeling alle schalen nog verder zullen verbeteren.

*Samenvatting:*

I wilde in de behandeling leren welk gedrag van haar zoon voortkomt uit de puberteit en welk gedrag bij zijn beperking hoort. Ze verwachtte dat het gevoel van invloed op haar kind zou toenemen en dat ze beter zou gaan communiceren met haar zoon.

Gedurende de behandeling heeft I geleerd wat pubergedrag is en welk gedrag bij zijn beperking hoort. Dit heeft ze geleerd van de behandelaren, maar ook door op internet zelf naar informatie te zoeken. Gedurende de behandeling zijn alle schalen verbeterd en verwacht ze dat alle schalen na de behandeling nog verder zullen veranderen.

## **Discussie**

Sinds het jaar 2000 is de mate waarin gebruik gemaakt wordt van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren flink gestegen. Er zijn zelfs plannen om ongeboren kinderen die tot een risico groep behoren alvast aan te melden bij jeugdzorg. Het idee hier achter is dat de hulpverlening sneller op gang kan komen wanneer het kind geboren wordt. Maar hiermee wordt ook een signaal afgegeven aan ouders dat zij (mogelijk) hun eigen kind niet op kunnen voeden. Hierdoor wordt mogelijk het vertrouwen van de ouders in hun eigen capaciteiten om hun kind op te voeden ondermijnd, wat een negatief effect zou kunnen hebben op de opvoeding van het kind en het psychisch welzijn van de ouders. Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat het besef van de eigen invloed op de opvoeding van het kind en het vertrouwen in het eigen kunnen om opvoedingstaken uit te voeren, een positieve invloed heeft op de psychische gezondheid van ouders en op het gedrag van het kind (Barlow et al., 2008). Dit besef van invloed wordt ook wel Parental Self-Efficacy genoemd (Teti & Gelfand, 1991).

Het Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut (RMPI) is een jeugd psychiatrische instelling waar er in de behandelingen oog is voor PSE. Een onderdeel van het RMPI is de gezinsdagbehandeling, waar kinderen met (verdenking van) een psychiatrische stoornis en hun gezin zes weken lang drie hele dagen in de week in behandeling kunnen komen. De gezinnen die in behandeling komen zijn vastgelopen door bijvoorbeeld gezagsproblemen, psychiatrische problemen bij ouder of kind, maatschappelijke problemen of onbewuste gezinsprocessen. De behandeling heeft als doel de draagkracht van de ouders te vergroten. Door de behandeling te richten op het vergroten van de PSE wordt dit getracht te bereiken.

In het huidige onderzoek werden vier vragen gesteld met betrekking tot de ontwikkeling van PSE tijdens de deelname aan de gezinsdagbehandeling van het RMPI. De eerste vraag was of de PSE daadwerkelijk toeneemt gedurende de behandeling. Verwacht werd dat de PSE gedurende en op basis van de behandeling zou stijgen. Daarom werd er een stijging van PSE verwacht voor een behandelgroep, maar niet voor een controlegroep. Uit de analyse van de resultaten bleek dat de PSE daadwerkelijk toenam voor de behandelgroep. Voor de controlegroep werd er geen significante stijging gevonden in de PSE gedurende dezelfde periode. Dit betekent dat de behandeling daadwerkelijk een stijging van PSE kan bewerkstelligen.

De tweede vraag was of er een relatie bestaat tussen PSE en de klachten van de ouders. Voorgaande onderzoeken hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen PSE en klachten van de ouders. Verwacht werd dan ook dat wanneer de PSE toe zou nemen, de klachten van de ouders af zouden nemen. Uit de resultaten bleek dat de PSE voor de behandelgroep toenam, maar niet voor de controlegroep. Er vanuit gaande dat er een relatie is tussen PSE en de klachten van de ouders, zou er op basis van dit resultaat verwacht kunnen worden dat de klachten van de ouders in de behandelgroep afnemen. Uit de analyse bleek echter dat er geen verandering was in de klachten van de ouders voor zowel behandel- als controlegroep. Dit suggereert dat de klachten van de ouders niet samenhangen met de verandering in PSE. Dit komt niet overeen met voorgaande onderzoeken waar wel een relatie gevonden werd tussen de mate van PSE en de klachten van de ouders (Campis, Lyman & Prentice-Dunn, 1986; Teti en Gelfand, 1991; Bugental, Bluw & Cruzcosa, 1989). Een mogelijk verklaring zou kunnen zijn dat er een tijdsvertraging bestaat tussen de toename van de PSE en het effect van de toegenomen PSE op de klachten van de ouders. Of er sprake is van een tijdsvertraging zou in een follow-up studie onderzocht kunnen worden. Dit zou gedaan kunnen worden door een bepaalde tijd na de behandeling nogmaals deze vragenlijsten af te nemen en te analyseren of er binnen dit tijdsinterval sprake is van een verandering in klachten van de ouders. Er moet echter ook rekening gehouden worden met de lage power in deze analyse. Deze was door het geringe aantal participanten dusdanig laag dat er eigenlijk geen conclusies uit kunnen worden getrokken.

De derde vraag was of de PSE een verband heeft met de problemen van het kind. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat PSE van de ouders in verband staat met het probleemgedrag van het kind. Wanneer de ouders een hoge PSE hebben vertonen de kinderen minder probleemgedrag dan wanneer de ouders een lage PSE hebben. Verwacht werd dat als de PSE zou stijgen gedurende de behandeling, dat dan de problemen van het kind af zouden nemen. Gezien de stijging van PSE in de behandelgroep werd verwacht dat in deze groep de problemen van het kind af zouden nemen. Aangezien de PSE in de controlegroep niet veranderde werd er verwacht dat de problemen van het kind gelijk zouden blijven of toenemen in deze groep. Alleen voor de door de ouders gerapporteerde problemen voor jongeren tussen de 6 en 18 jaar bleken de problemen van het kind af te nemen. Dit bleek bovendien voor zowel behandel- als controlegroep het geval te zijn, wat suggereert dat dit geen gevolg was van de behandeling. Bovendien suggereert dit dat er geen samenhang was met de toename van PSE. Voor de klachten gerapporteerd door ouders voor de kinderen tussen 1,5 en 5 jaar en voor de zelf gerapporteerde klachten van de jongeren tussen de 11 en

18 jaar werden geen significante verschillen gevonden. Voor deze laatste twee groepen was de power van de analyse te klein om er daadwerkelijk conclusies aan te kunnen verbinden. Voor de groep van 6 tot 18 jaar was de power groter, maar nog steeds aan de lage kant. Er zouden meer participanten aan het onderzoek moeten worden toegevoegd.

De resultaten van de onderzoeksvragen naar het verband tussen PSE, klachten van de ouders en het probleemgedrag van het kind dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De veranderingen in deze twee factoren zijn gemeten als gevolg van de behandeling en niet direct in relatie met PSE. Verondersteld wordt dat, doordat de PSE stijgt gedurende de behandeling, de verandering in klachten van de ouders en problemen van het kind onder andere verklaard kunnen worden door deze toename in PSE. Mogelijk hebben andere factoren bijgedragen aan de veranderingen in de klachten van de ouders en het probleemgedrag van het kind.

De laatste vraag was of er een patroon in de ontwikkeling van PSE is. Om een patroon vast te stellen is er gekeken naar veranderingen in verschillende factoren die een door de onderzoeksliteratuur aangetoond verband bleken te hebben met PSE. Er is bepaald welke van deze factoren significant veranderden gedurende de behandeling en in welke tijdsintervallen de afzonderlijke factoren veranderden. Verwacht werd dat het opvoedgedrag van ouders gedurende de gehele behandeling zou verbeteren, dat de PSE in de eerste of de laatste drie weken dan wel gedurende de gehele behandeling toe zou nemen, dat de SE in de laatste drie weken toe zou nemen en dat het gezinsklimaat gedurende de gehele behandeling zou verbeteren.

Uit de analyse van de data van de behandelgroep bleek dat het opvoedgedrag van ouders significant steeg in het eerste interval van de behandeling. De PSE steeg significant in zowel het eerste als het tweede interval. Ook het gezinsklimaat bleek in zowel het eerste als het tweede interval te stijgen. De SE bleek gedurende de behandeling niet significant te veranderen. Bovendien bleek het globale oordeel dat ouders hebben over het welzijn van het kind significant toe te nemen in de laatste drie weken van de behandeling. In de onderzoeksliteratuur is er geen verband gevonden tussen het globale oordeel van de ouder over het welzijn van het kind en PSE. Waar deze verandering vandaan komt is dan ook niet duidelijk. Wellicht zien ouders met een hogere PSE ook het welzijn van het kind positiever in. Een andere mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat doordat ouders adequater opvoedgedrag vertonen, het welzijn van het kind daadwerkelijk verbetert. Tegen de verwachting in bleek er geen verandering in SE gedurende de behandeling. Wanneer we SE zien als een gegeneraliseerd gevoel van invloed en PSE als een onderdeel hiervan, dan zou het mogelijk

kunnen zijn dat de PSE tot een zeker niveau moet stijgen voordat dit zichtbaar invloed heeft op de SE. Bovendien zou het zo kunnen zijn dat de groei van SE met een vertraging op de groei van PSE volgt.

Aan de hand van de gebruikte statische analyse en op basis van het design van de studie kunnen er geen causale verbanden gevonden worden. Het is dan ook niet duidelijk of er sprake is van een noodzakelijk patroon in de ontwikkeling van PSE gedurende deze behandeling.

De case studies laten geen duidelijk patroon zien in de scores op de verschillende items. Wel blijkt dat beide ouders verwachten dat gedurende de behandeling het gevoel van invloed op het kind zal veranderen. Toch rapporteert slechts één ouder een daadwerkelijke verandering in PSE op de verschillende meetmomenten in de behandeling. Ouders hebben laten weten dat de interviews ze verder hebben geholpen in hun proces.

Deze studie kent een aantal beperkingen. Zo wordt er gebruik gemaakt van zelf rapportage, wat onderhevig is aan subjectiviteit en mogelijk niet de werkelijke situatie weergeeft. Er zou sprake kunnen zijn van sociale wenselijkheid, waardoor er mogelijk sprake is van onderrapportage. Anderzijds zou het ook zo kunnen zijn dat ouders graag hulp willen voor de problemen waardoor er sprake is van overrapportage. Daarnaast was de respons vrij laag waardoor veel vragenlijsten ontbraken. Er zou sprake kunnen zijn van selectieve uitval.

Parental Self-efficacy is een gevoel van invloed dat ouders hebben, wat effect lijkt te hebben op het gedrag van de ouders. Onderzoek naar PSE dat gebruik maakt van observaties van de ouder-kind interactie zou antwoord kunnen geven op de vraag of en hoe de mate van PSE te zien is in het gedrag van de ouder. Ook zou het antwoord kunnen geven op de vraag hoe het kind reageert op een stijging van PSE van de ouder. Follow-up studies na de behandeling zouden antwoord kunnen geven op de vraag of er mogelijk sprake is van een vertraging in het effect van PSE op klachten van ouders, problemen van het kind en self-efficacy.

Studies in de klinische setting hebben vaak problemen met de respons van ouders. Veel ouders zitten 'vol' en hebben geen zin of tijd om vragenlijsten in te vullen. Eén manier om deze lage respons tegen te gaan is het integreren van de vragenlijsten in de behandeling. Dit kan er voor zorgen dat er meer vragenlijsten worden ingevuld, maar bovendien bleek uit de case studies dat het invullen van de vragenlijsten een positief effect had op het behandelproces van de gezinnen. Daarnaast is het van belang dat er een goed administratief systeem is voor de vragenlijsten. Dit voorkomt dat er data zoek raken en het vergemakkelijkt het aanleggen van een database.

Door het kleine aantal participanten die deelgenomen hebben aan dit onderzoek kan er geen eenduidig antwoord gegeven worden op de vraag of er een verband bestaat tussen PSE, de klachten van de ouders en de problemen van het kind. Wel is er aan de hand van dit onderzoek aangetoond dat de behandeling zoals aangeboden op de gezinsdagbehandeling een positief effect heeft op de PSE van ouders. Ook blijkt dat in de eerste weken van de behandeling het opvoedgedrag van de ouders verbetert en in de laatste weken van de behandeling het globale oordeel dat de ouder heeft over het welzijn van het kind. Zowel de PSE als het gezinsklimaat verbeteren gedurende de zes weken dat de ouders in behandeling zijn.

## Referenties

- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22, 944–972.
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: WH Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001) Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barlow, J.H., Powell, L.A., Gilchrist, M., & Fotiadou, M. (2008). The effectiveness of the Training and Support Program for parents of children with disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 55-62.
- Bugental, D.B., Blue, J., & Cruzcosa, M. (1989). Perceived control over caregiving outcomes: Implications for child abuse. *Developmental Psychology*, 25, 532-539.
- Bohlin, G., & Hagekull, B. (1987). Good mothering: Maternal attitudes and mother – infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 8, 352-363.
- Bongenschneider, K., Small, S., & Tsay, J. (1997). Child, parent, and contextual influences on perceived parenting competence among parents of adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 345 – 362.
- Campis, L.K., Lyman, R.D., & Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: Development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 260-267.
- Case-Smith J. Parenting a child with a chronic medical condition. *Am J Occup Ther* 2004; 58:551-560.
- Coleman, P.K., & Karakker, K.H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Coleman, P.K., & Karakker, K.H. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Coleman, P.K., & Karakker, K.H. (2003) Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behaviour and developmental status. *Infant Mental Health*, 24, 236-248.
- Day, D. M., Factor, D. C., & Szkiba-Day, P. J. (1994). Relations among discipline style, child behaviour problems, and perceived ineffectiveness as a caregiver among parents with conduct problem children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 26, 520–533.

- Decaluwe, V., Breat, C., Moens, E., & Van Vlierberghe, L. (2006). The association of parental characteristics and psychosocial problem in obese youngsters. *International Journal of Obesity*, 30, 1766-1774.
- de Jong, P. & Berg, I. K. (2004). *De kracht van oplossingen: Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Harcourt Assessment BV.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- Donovan, W.L., & Leavitt, L.A. (1985). Stimulating conditions of learned helplessness: The effects of interventions and attributions. *Child Development*, 56, 594- 603.
- Dossier Jeugdzorg (2008). *Een land vol kinderen met afwijkend gedrag*. Geraadpleegd op 20 mei 2008, op <http://dossierjeugdzorg.nl/archief/een-land-vol-kinderen-met-afwijkend-gedrag/>
- Froman R.D. & Owen S.V. (1989) Infant care self-efficacy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal*, 3, 199–210.
- Froman R.D. & Owen S.V. (1990) Mothers' and nurses' perceptions of infant care skills. *Research in Nursing and Health* 13, 247–253.
- Gross, D., Fogg, L., & Tucker, S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Research in Nursing and Health*, 18, 489-499.
- Gross, D., Rocissano, L., & Roncoli, M. (1989). Maternal confidence during toddlerhood: Comparison of preterm and fullterm groups. *Research in Nursing and Health*, 12, 1-9.
- Halpern L.F. & McLean W.E., Jr (1997) Hey mom, look at me! *Infant Behavior and Development*, 20, 515–529.
- Hill, N.E., & Bush, K.R. (2001). Relationships between parenting environment and children's mental health among African American and European American mothers and children. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 954-966.
- Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T., & Rodriguez-Brown, F. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socio-emotional adjustment in mexican immigrant families. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 20, 197–213.
- Johnston, C., & Mash, E.J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Kntzer, J.F.W. (1991). *Specifiek opvoeden*. Leuven/Amersfoort: Acco
- MacPhee, D., Fritz, J., & Miller-Heyl, J. (1996). Ethnic variations in personal social networks and parenting. *Child Development*, 67, 3278-3295.
- Miller-Heyl, J., MacPhee, D., & Fritz, J. J. (1998). Dare to be you: A family-support, early



- prevention program. *The Journal of Primary Prevention*, 18, 257–285.
- NU.nl (2008) 'Ongeboren baby aanmelden bij Jeugdzorg'. Geraadpleegd op 20 mei 2008, op [http://www.nu.nl/news/1438649/10/rss/%27Ongeboren\\_baby\\_aanmelden\\_bij\\_jeugdzo rg%27.html](http://www.nu.nl/news/1438649/10/rss/%27Ongeboren_baby_aanmelden_bij_jeugdzo rg%27.html)
- Schanelbourg, K., & Verschueren, K. (2003). Probleemgedrag van kleuters op school en de relatie met ouderlijke opvoeding. *Kind en Adolescent*, 24, 170-187.
- Shumow, L., & Lomax, R. (2002). Parental self-efficacy: Predictor of parenting behaviour adolescent outcomes. *Parenting, Science and Practice*, 2, 127-150.
- Simonds, S.P., & Simonds, J.F. (1981). Relationship of maternal parenting behaviours to preschool children's temperament. *Child Psychiatry and Human Development*, 12, 19-31.
- Teti, D.M., & Gelfand, D.M. (1991). Behavioural competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child development*, 62, 918-929.
- Tucker S., Gross D., Fogg L., Delaney K. & Lapporte R. (1998) The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2 year olds. *Research in Nursing and Health* 21, 199–210.
- Wolfson A., Lacks P. & Futterman A. (1992) Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 41–48.

## ***Appendix***