

Gendersverschillen bij externaliserende problemen

Bachelorthesis: een onderzoek naar de effectiviteit van MDFT en PMTO op externaliserende problemen waarbij de rol van geslacht wordt meegenomen.

M.A. de Vries
S3441164
Academische Pabo
Rijksuniversiteit Groningen
30 mei 2022
MSc. L. Visscher
Dr. P.R. Schreuder

Abstract

Families with multiple problems face a lot of problems during their whole life. These parent(s) and child(ren) struggle with long-lasting socioeconomic and psychosocial problems. Different studies show that, within these families, externalizing behavioral problems occur more often in boys than girls. Girls show more internalizing behavioral problems. The main purpose of this study was to determine the effectiveness of two different interventions: MDFT and PMTO, and if this effect was moderated by gender. The study was conducted on an existing dataset. A questionnaire (CBCL) was completed multiple times for 41 children. This questionnaire was filled in by parents at the start (T0) and end of the intervention (T1). In order to answer the research question, descriptive and testing statistics (two-way-anova) were used. The results showed that both the interventions decreased the t-scores of externalizing problems. MDFT showed a stronger decrease (-8.382) in t-scores than PMTO (-4.054). However, there was no significant difference between the interventions. Boys had significantly more externalizing problems compared to girls, in both interventions. Nevertheless, there's no significant difference in effectiveness between boys and girls from both interventions. Based on these results, this study concludes that MDFT and PMTO are both even effective in terms of decreasing externalizing behavioral problems. In addition, boys had significantly more externalizing problems than girls. A potential follow-up study could pay extra attention to this. A critical remark to this study concerns the differences in age of the youth who participated in the interventions, because the interventions were both aimed at a different age group.

Inleiding

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen

Gezinnen met meervoudige problemen (GMCP) hebben tijdens hun gehele levensloop te maken met veel complexe problemen (Morris, 2013; Spratt & Devaney, 2009; Tausendfreund et al., 2016). De problemen van deze gezinnen bestaan uit opvoedingsproblemen, combinaties van gedragsproblemen van het kind, familieconflicten en gezondheids- en financiële problemen (Bodden & Deković, 2016). Zoon (2012) en Zoon en Berg-le Clercq (2013) definiëren gezinnen met meervoudige en complexe problemen als volgt: 'Een gezin met meervoudige en complexe problemen is een gezin van minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen.' De betrokken hulpverleners vinden dat het gezin weerbarstig is voor hulp. De gezinnen met meervoudige en complexe problemen zijn moeilijk bereikbaar, formuleren geen duidelijke hulpvragen en hebben lang aanhoudende problemen die lastig te doorbreken zijn (Steketee & Spierings, 2012). Ghesquière (1993) voegt hier nog aan toe dat de gezinnen veel problemen geven door de hulpverlening te vermijden, onduidelijke aanwijzingen te geven of onduidelijke hulpvragen te formuleren. Daarnaast gaat de communicatie moeizaam.

GMCP dragen kenmerken als instabiliteit, gebrek aan positiviteit in de opvoeding of versterkende verwaarlozing van de opvoeding. De sociale netwerken van GMCP dragen door deze kenmerken mogelijk niet bij aan het positieve veranderingsproces van deze gezinnen (Bodden & Deković, 2016; Fernandez, 2007; Sousa, 2005). Volgens Bodden en Deković (2016) hebben GMCP op minimaal zes domeinen langdurige problemen. Dit kan op het gebied zijn van kindfactoren (bijvoorbeeld leerproblemen), ouderfactoren (bijvoorbeeld agressie), opvoedingsfactoren (bijvoorbeeld onveilige hechting), gezinsfunctioneren (bijvoorbeeld communicatieproblemen), contextuele factoren (bijvoorbeeld lage sociaaleconomische status), sociaal netwerk (bijvoorbeeld conflicten met omstanders) en hulpverlening (bijvoorbeeld uithuisplaatsing).

Externaliserend probleemgedrag bij kinderen met GMCP

Kinderen uit GMCP hebben vaak externaliserende gedragsproblemen en last van een (gedrags)stoornis (Albrecht, 2016). Deze stoornissen zijn onderdeel van de DSM-V. Psychosociaal probleemgedrag bij kinderen binnen GMCP heeft gevolgen voor hun persoonlijk en maatschappelijk functioneren. De kinderen en hun omgeving worden door dit gedrag negatief beïnvloed en kunnen hierbij hinder ervaren in het dagelijks leven. Psychosociale problemen kunnen uiteengezet worden in twee categorieën: externaliserend probleemgedrag en internaliserend probleemgedrag. Externaliserend gedrag

betekent 'naar buiten gericht gedrag'. Hieronder vallen agressief gedrag, sociale problemen en delinquent gedrag (Zeijl et al., 2005). Lange et al., (2018) spreken van een gedragsprobleem als een kind zich dwars en opstandig gedraagt, snel geprikkeld is, anderen kan ergeren, driftbuien heeft en antisociaal gedrag vertoont. Het gehele gezin en de omgeving ervaren hinder van dit gedrag. Het gedrag van het kind houdt tenslotte minstens enkele maanden aan. De problemen die de kinderen vertonen, verschillen per kind. Een veel voorkomende situatie waarbij kinderen gedragsproblemen vertonen, is wanneer zij/hij boos of gefrustreerd is. Anderen kunnen deze problemen laten zien als emotioneel; ze hebben weinig spijt van hun acties. Volgens Albrecht (2016) worden kinderen van GMCP bestempeld als vijandig, negatief, ongehoorzaam en agressief. De gedragsproblemen van de kinderen zijn in verband gebracht met het verstoord interactiepatroon tussen de ouders en het kind(eren). Dit patroon bestaat uit negatieve bekrachtiging en wisselwerking. De gedragsproblemen blijven hierdoor aanwezig en de situatie wordt niet verbeterd.

Externaliserende problemen komen vaker voor bij kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie (Fearon et al., 2010). Een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie is ook zichtbaar bij GMCP (Adger, 2013). Het gezin is niet bij elkaar betrokken en ze zijn daarnaast niet gemotiveerd om dit te verbeteren. Kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie hebben hun ouder(s) nodig voor steun, maar zijn tegelijkertijd ook bang voor de ouder (Fearon et al., 2010). Ouders zijn op dat moment in zichzelf gekeerd, bijvoorbeeld wegens een opgelopen trauma of depressie. Het kind kan hierdoor geen strategie ontwikkelen om zijn eigen emoties te reguleren, waardoor deze emoties vaak worden geuit in de vorm van externaliserend gedrag. Andere onderzoeken (Cabaj et al., 2014; Ezpeleta et al. 2008; Velders et al., 2011) sluiten hierbij aan door te concluderen dat vijandig, afwijzend opvoedgedrag samenhangt met het voorkomen van meer internaliserende en externaliserende problemen.

Verschil tussen jongens en meisjes bij externaliserende problemen

Verskillende onderzoeken (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008) tonen aan dat externaliserende gedragsproblemen vaker voorkomen bij jongens dan bij meisjes. Meisjes tonen meer internaliserende gedragsproblemen (van Dorsselaer et al., 2010; van Steijn et al., 2014). Jongens van vier jaar en ouder laten meer externaliserend probleemgedrag zien dan meisjes (Kerr, Lopez, Olson & Sameroff, 2004). In het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs scoren de jongens ook beduidend hoger op externaliserend probleemgedrag dan de meisjes (Stevens et al., 2018). Tijdens de basisschoolperiode heeft 15% van de jongens te maken met externaliserend probleemgedrag. Bij de meisjes is dit 10%. In het voortgezet onderwijs blijft dit patroon zich herhalen en groeit het ook. Ruim 16% van de jongens geeft aan gedragsproblemen te hebben. Bij de meisjes gaat het om ruim 11%. Gezien deze informatie is het nuttig

om naar het verschil tussen jongens en meisjes in beide interventies te kijken, zodat indicaties kunnen worden gegeven over de effectiviteit van de interventies voor jongens en meisjes.

Multidimensionele familietherapie

Eén van de interventies die zich op het verminderen van externaliserende problemen richt, is multidimensionele familietherapie (MDFT). Dit is een behandelprogramma voor het hele gezin en kan worden ingezet bij GMCP. Het doel van dit programma is het verbeteren van de communicatie of de onderlinge relatie tussen de gezinsleden (Rigter, 2021). MDFT focust zich op jongeren tussen de 12 en 24 jaar oud. Het is daarbij van belang dat tenminste één ouder fysiek en emotioneel in staat is dit behandeltraject, samen met de jongere, in te gaan.

De interventie is gericht op delinquentie en/of stoornissen in alcohol- of drugsgebruik. Het gedrag van de jongeren hangt samen met verschillende factoren, waardoor de aandacht niet alleen op de jongere wordt gevestigd maar ook op het sociale netwerk rondom de jongere, bijvoorbeeld het gezin of school. De interventie wordt residentieel of ambulante aangeboden (Rigter, 2021). Inhoudelijk verschillen de aanpakken niet van elkaar, enkel de duur en frequentie van de bijeenkomsten. De duur en frequentie van de residentiele MDFT hangt af van de duur van de plaatsing. Ambulante MDFT duurt zes maanden en kan doorlopen tot maximaal drie maanden na het vertrek van de jongere uit zijn verblijfplaats. De behandelsessies van MDFT kennen drie varianten (Rigter, 2021). De therapeut ziet of alleen de ouders, alleen de jongere(n) of een sessie met de ouders en de jongere(n) samen. Het doel van de eerste twee varianten is om de ouders en de jongere voor te bereiden op de discussies en interacties die ze kunnen verwachten tijdens de gezamenlijke sessies. Per week vinden ongeveer twee tot drie behandelsessies plaats die een gevarieerde duur hebben van 30 tot 90 minuten.

Bij de interventie zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van MDFT. Dit is gedaan aan de hand van een gerandomiseerd en quasi-experimenteel onderzoek, een meta-analyse en een kosteneffectiviteitsonderzoek. Over het algemeen kwam hieruit naar voren dat de behandeling effectief bleek te zijn en een meerwaarde heeft boven andere behandelingen. MDFT vermindert alle problemen: delinquentie, middelenstoornissen en symptomen van externaliserende en internaliserende problemen. Daarnaast is MDFT goed uitvoerbaar en kosteneffectief (Goorden et al., 2016; Rigter et al., 2013). De maatschappelijke re-integratie is bevorderd en het functioneren binnen het gezin is verbeterd (Liddle et al., 2011). Verschillende onderzoeken (Liddle et al., 2018; Dakof et al., 2015; Van Der Pol et al., 2017; Liddle et al., 2001; Schaub et al., 2014; Hoogeveen et al., 2017) hebben specifiek gekeken naar verschillende uitkomsten, waaronder de symptomen van externaliserende problemen. Uit de onderzoeken kwam naar voren dat MDFT een gunstig effect heeft op de vermindering van symptomen van externaliserende problemen. Bij elk onderzoek werd een daling geconstateerd en daarbij liet MDFT meer vermindering zien

dan andere behandelingen, bijvoorbeeld groepstherapie (Dakof et al., 2015). Bij twee van de bovenstaande onderzoeken (Dakof et al., 2015; Liddle et al., 2018) is bekend dat minimaal 75% van de groep jongeren een jongen was. Relevante uitspraken over het verschil in geslacht zijn niet gedaan.

Parental Management Training Oregon

Een andere interventie die wordt ingezet bij GMCP, parental management training oregon (PMTO), laat de ouders een grote rol spelen tijdens de behandeling. PMTO is bedoeld voor gezinnen met minimaal één kind met externaliserende problemen. Het doel van de interventie is om de externaliserende gedragsproblemen bij kinderen te verminderen (Albrecht, 2016). Dit wordt gedaan door ouders effectieve opvoedingsstrategieën aan te leren. PMTO focust zich op kinderen met ernstige gedragsproblemen. Deze kinderen zijn vaak negatief, vijandig, openlijk ongehoorzaam en tonen agressief gedrag. De gedragsproblemen zijn volgens PMTO verbonden met een ontwricht interactiepatroon tussen ouder en kind. Dit patroon behoudt de externaliserende problemen en kan ervoor zorgen dat het verergert.

Tijdens de interventie krijgen de ouders elke week een uur lang therapie om het inzetten van de effectieve opvoedingsstrategieën te trainen. De volgorde van het aanbieden van de strategieën is hierin niet belangrijk. Er zijn echter twee vuistregels die altijd worden aangehouden: ‘Het bekrachtigen van gewenst gedrag wordt altijd voorafgegaan door het uitlokken van gewenst gedrag’ en ‘het ombuigen van ongewenst gedrag wordt altijd voorafgegaan door het systematisch versterken van gewenst gedrag’. In totaal krijgen de ouders 15 tot 25 behandelingen aangeboden.

Via randomized controlled trials (RCT) is in de Verenigde Staten, Noorwegen en IJsland onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventie. Het meest recente onderzoek uit de Verenigde Staten (DeGarmo & Forgatch, 2007; DeGarmo, 2010) onderzocht de effecten van PMTO bij samengestelde gezinnen. De internaliserende en externaliserende gedragsveranderingen van de kinderen werden in verband gebracht met de gedragsveranderingen van moeder en stiefvader. De laatstgenoemde had een uniek aandeel aan de verbeteringen. Dit bleef nog lang zichtbaar na de behandelingen. De onderzoeken afkomstig uit Noorwegen en IJsland (Ogden & Hagen, 2008; Sigmarsson, DeGarmo, Forgatch & Vikar Guðmundsdóttir, 2013) lieten zien dat de gedragsproblemen van de kinderen significant zijn geminderd in vergelijking met de controlegroep. De ouders die PMTO volgden, durfden doeltreffend grenzen aan te geven; de ouders uit de controlegroep minder.

Bij de jaarlijkse analyses van de doelgroep en behandeluitkomsten, uitgevoerd door Kenniscentrum PMTO Nederland (Van Dam & Damen, 2012), wordt geconstateerd dat externaliserende en internaliserende problemen aan het eind van de behandeling significant zijn afgenomen. De effectsize (0.84) op externaliserende problemen is erg groot. Dit houdt in dat het gemiddelde kind, waarvan in ieder geval één ouder de interventie heeft gevolgd, meer verbetering laat zien in het gedrag dan 84% van de kinderen

waarvan de ouder(s) geen of een alternatieve interventie hebben gevolgd. Bij geen enkel onderzoek naar het effect van PMTO zijn relevante uitspraken gedaan over het verschil tussen jongens en meisjes.

Verschillen tussen PMTO en MDFT

PMTO is tijdens de interventie meer gericht op de ouder, als mediator naar het kind. MDFT daarentegen betreft het hele gezin bij de interventie en is dus meer gericht op de jongere zelf. De genoemde interventies hebben dus een verschillende aanpak om de vermindering van externaliserende problematiek te willen bereiken. Het is daarom relevant om de interventies te vergelijken, om meer inzicht te krijgen in het effect van de verschillende aanpakken. Een eventueel verschil tussen de interventies zou een indicatie kunnen zijn dat de ene aanpak effectiever is dan de andere.

Het doel van dit onderzoek is het uitvinden welke interventie effectiever is wat betreft de afname van externaliserend gedrag van jongeren binnen GMCP. Hierbij wordt ook gekeken of het effect voor jongens en meisjes verschilt.

De onderzoeksvraag van deze studie luidt als volgt: ‘Wat is het effect van PMTO op externaliserend gedrag bij kinderen binnen GMCP in vergelijking met MDFT en verschilt dit voor jongens en meisjes?’

Op basis van de literatuur zijn twee hypothesen opgesteld:

H0: beide interventies zijn even effectief op externaliserend gedrag bij kinderen binnen GMCP.

Ha: de interventies verschillen in effectiviteit op externaliserend gedrag bij kinderen binnen GMCP.

H0: het effect van de interventies op externaliserend gedrag binnen GMCP verschilt niet tussen jongens en meisjes.

Ha: het effect van de interventies op externaliserend gedrag binnen GMCP verschilt tussen jongens en meisjes.

Methodie

Onderzoeksdesign

De gegevens die in deze studie zijn bestudeerd, zijn afkomstig van een bestaande dataset van 499 GMCP. Deze data is verzameld binnen een quasi-experimenteel onderzoek (Visscher et al., 2018). In dit quasi-experimenteel onderzoek is data verzameld over de volgende interventies: intensieve ambulante gezinsbehandeling (IAG), multisysteem therapie (MST), PMTO, MDFT, gezin centraal en 10 voor toekomst. Deze interventies zijn uitgevoerd door jeugdprofessionals. De data is verzameld tussen januari 2017 en april 2019. Tijdens de interventie zijn verschillende variabelen gemeten. De data die is verzameld in het quasi-experimenteel onderzoek zal in deze studie worden gebruikt. De interventies PMTO en MDFT zijn in dit onderzoek met elkaar vergeleken. De variabele die in dit onderzoek centraal staat, externaliserende problemen, is gemeten door middel van een vragenlijst (CBCL/6-18, ingevuld door de jongeren en ouders, bij start (T0), einde (T1) en drie maanden na einde van de interventie (T2)).

Populatie

In Nederland zijn 47 organisaties benaderd om mee te doen aan het onderzoek, waarvan uiteindelijk 26 bereid waren om mee te doen. Alle organisaties die zijn benaderd, werken tenminste met één van de geselecteerde interventies. De hulpverleners van de organisaties hebben de gezinnen benaderd en uiteindelijk hebben 474 gezinnen aan het onderzoek geparticipeerd.

Oorspronkelijk zijn in totaal acht interventies voor de studie geselecteerd: PMTO, MDFT, multisystematic therapy (MST), intensive family treatment (IFT), families first (FF), family central (FC), 10 for the future (10FtF) en triple p 4-5. Twee interventies, triple p 4-5 en FF, zijn uitgesloten voor het onderzoek, omdat te weinig gezinnen deelnamen aan het onderzoek die deze interventies ontvingen en de duur van de interventies te kort was om verandering te meten (respectievelijk 1 maand en 2,5 maand). Voor dit onderzoek is een aantal in- en exclusiecriteria vastgesteld: de gezinnen hebben ernstige opvoedingsproblemen, de kinderen hebben ernstige gedragsproblemen of gezinnen die kampen met meerdere en complexe problemen. Daarnaast zijn alleen gezinnen meegenomen die de vragenlijst in het Nederlands konden invullen en waarbij het betreffende kind bij aanvang van de interventie tussen de 4 en 20 jaar oud was.

Procedure

Het team van hulpverleners is voor het onderzoek door hun werkgever (de organisatie) benaderd. Aan hen werd gevraagd of zij gedurende de interventie elke vier weken een webgebaseerde vragenlijst

(TIMFP) wilden invullen. De TIFMP is een taxonomie om praktischelementen en programma-elementen systematisch te meten (Visscher et al., 2018). Deze vragenlijst is online verstuurd, via BergOp. Dit is een online vragenlijst programma. De gezinnen zijn als eerst door de hulpverlener benaderd om mee te doen. Vervolgens moesten de gezinnen hiervoor geïnformeerde toestemming geven. Wanneer deze gegeven was, werden de online vragenlijsten ingevuld.

Interventies

In deze studie staan twee interventies centraal: MDFT en PMTO. MDFT heeft het verbeteren van de communicatie tussen de gezinsleden als doel en is gericht op jongeren tussen de 12 en 24 jaar oud die crimineel gedrag vertonen en/of een stoornis hebben in het gebruik van alcohol en/of drugs, al dan niet gepaard met psychische problemen. MDFT hanteert de volgende inclusiecriteria: jongeren van 12 tot en met 18 jaar (tot en met 24 jaar kan ook, mits ze in een justitiële jeugdinrichting verblijven) die crimineel gedrag vertonen en/of één of meer stoornissen hebben in het gebruik van middelen, thuiswonende jongeren van 12 tot en met 18 jaar die vanwege crimineel gedrag of stoornis(sen) in middelengebruik en tekortschietende opvoedcapaciteiten van de ouder(s) uit huis dreigen te worden geplaatst, minstens één ouder doet mee aan MDFT en de jongere en minstens één ouder spreken Nederlands of er wordt gebruikgemaakt van een tolk.

De andere interventie, PMTO, heeft als doel om de externaliserende gedragsproblemen bij kinderen tussen de 4 en 12 jaar oud te verminderen. De interventie biedt programma's aan gericht op de jongere en ouder(s). De ouder(s) vormen hierbij de intermediaire doelgroep. Daarnaast laat het de ouders een grote rol spelen tijdens de behandelingen. Tijdens de behandelingen worden de ouders effectieve opvoedingsstrategieën aangeleerd. De in- en exclusiecriteria van PMTO zijn als volgt: tenminste één van de kinderen uit het gezin vertoont ernstige externaliserende gedragsproblemen, het aangemelde kind is tussen de 4 en 12 jaar oud en het kind woont thuis, of is frequent aanwezig in huis.

Meetinstrumenten

Om inzicht te krijgen in de relatie tussen externaliserend gedrag en het effect van de interventies met daarbij het verschil tussen jongens en meisjes, zijn de volgende variabelen uit de dataset meegenomen: externaliserende problemen en geslacht. Om emotionele- en gedragsproblemen van jeugdigen te meten, is gebruikgemaakt van de child behavior checklist (CBCL). De vragenlijst is ingevuld door de jongeren en ouders, bij start (T0), einde (T1) en drie maanden na einde van de interventie (T2). De t-scores van de vragenlijst (CBCL) zijn als continue variabele meegenomen. Voor dit onderzoek is gekozen om de t-scores van T0 en T1 te gebruiken, omdat bij T2 veel missende follow-ups zijn en de data hierdoor niet compleet is. De variabele geslacht is categorisch meegenomen.

De CBCL meetvaardigheden en emotionele- en gedragsproblemen van jeugdigen op gestandaardiseerde wijze. De score geeft aanwijzingen over probleemgebieden of DSM-pathologie (Achenbach et al., 2008). Het bestaat uit twee onderdelen: een competentiedeel met twintig vragen over onder andere de interesses van de jongere en een deel over emotionele- en gedragsproblemen (Verhulst en Van Der Ende, 2013). Het tweede gedeelte van de vragenlijst bevat 120 stellingen over het gedrag van de jongere, bijvoorbeeld 'schreeuwt vaak'. De stellingen kunnen beantwoord worden met 0 (helemaal niet), 1 (een beetje of soms) en 2 (duidelijk of vaak). Bij de CBCL worden de competentie-, syndroom-, en DSM-schalen berekend. Van elke schaal wordt een percentielscore en een t-score berekend. In deze studie worden de t-scores (gestandaardiseerde scores) gebruikt. Een hoge t-score duidt op een ergere mate van problematiek.

De competentieschalen zijn gebaseerd op het eerste gedeelte van de vragenlijst en onderverdeeld in drie subschalen: activiteiten, sociaal en school. De syndroomschalen zijn gebaseerd op het tweede gedeelte van de vragenlijst en zijn ook onderverdeeld in acht subschalen: angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, regelovertredend gedrag en agressief gedrag. Syndroomschalen 1 tot en met 3 vormen de schaal internaliseren. Syndroomschalen 7 en 8 vormen de schaal externaliseren. De t-scores van de syndroomschalen voor externaliseren zijn gebruikt voor dit onderzoek.

Alle syndroomschalen samen vormen de schaal totale problemen. De DSM-schalen zijn gebaseerd op gedragsvragen die overeenkomen met de criteria van DSM-5 en zijn onderverdeeld in negen categorieën: affectieve problemen, angstproblemen, somatische problemen, hyperactiviteit, opstandige problemen, gedragsproblemen, traag denktempo, obsessief-compulsieve problemen en posttraumatische stressproblemen.

Data-analyse

Als eerst is een beschrijvende analyse gemaakt waarin een globaal beeld van de data (T0 en T1) is geschetst. Door middel van een frequentietabel zijn de verdelingen van de variabelen geslacht en externaliserende problemen duidelijk gemaakt. Daarnaast zijn uitspraken gedaan over de centrum- en spreidingsmaten van de t-scores van de CBCL (dit betreft de variabele externaliserende problemen). Het gemiddelde, het minimum en het maximum van de t-scores zijn weergegeven. Een boxplot is gemaakt om de verdeling van het geslacht te kunnen weergeven. De standaarddeviatie is berekend om uitspraken te kunnen doen over de gemiddelde spreiding in de dataset. Als laatste is de variantie van de t-scores berekend.

Vervolgens is een two-way ANOVA toets gebruikt om te bepalen of het effect van PMTO op externaliserend gedrag bij kinderen verschilt met het effect van MDFT. Hier is voor gekozen, omdat het effect van meerdere verklarende variabelen op een afhankelijke variabele getest moet worden. Om de toets

te kunnen uitvoeren, zijn van tevoren de assumpties van een two-way ANOVA gecontroleerd. De data moet normaal verdeeld zijn, er moet sprake zijn van homoscedasticiteit, de data is per groep willekeurig geselecteerd en de afhankelijke variabele is gemeten op ratio- of intervalniveau. Na het controleren van de assumpties is de toets uitgevoerd (voor T1). Bij het uitvoeren van de toets is een interactieterm (interventie*geslacht) gebruikt om te kijken of het effect van de interventies verschilt voor jongens en meisjes. De onafhankelijke variabele is de interventie (MDFT en PMTO) en de afhankelijke variabelen zijn externaliserende problemen (T1) en geslacht. De variabele geslacht is als dummy variabele meegenomen (jongen = 1, meisje = 2).

Resultaten

Beschrijvende analyse

Als eerst is gekeken naar de beschrijvende statistiek. In Tabel 1 is de precieze verdeling van de interventies te zien. Het geslacht is hierin meegenomen. In totaal hebben 97 jongeren de interventies MDFT of PMTO ontvangen. Hiervan was in 58 gezinnen het aangemelde kind een jongen (59.8%) en in 39 gezinnen een meisje (40.2%). Opvallend is dat bij MDFT een meer gelijke verdeling tussen jongens en meisjes bestaat.

Tabel 1

Verdeling geslacht per interventie

	MDFT	PMTO	Totaal
Geslacht			
Jongen	33	25	58
Meisje	31	8	39
Totaal (N)	64	33	97

Vervolgens is gekeken naar de centrum- en spreidingsmaten van de t-scores van de CBCL. Uiteindelijk is voor 42% (N=41) van het aantal jongeren die MDFT of PMTO ontvingen een CBCL ingevuld. Uit de boxplot kwam naar voren dat (tijdens T1) 14 jongens en 6 meisjes deelnamen aan PMTO. Bij MDFT waren dit (tijdens T1) 11 jongens en 10 meisjes. In Tabel 2 zijn de scores van de startmeting (T0) van beide interventies te zien. In Tabel 3 zijn de scores van de eindmeting (T1) van beide interventies te zien.

Tabel 2

Beschrijvende scores startmeting interventie

T0 T-score Totaalscores externaliseren	N	Gemiddelde	Standaarddeviatie	95% betrouwbaarheidsinterval		Variantie
				Laagste waarde	Hoogste waarde	
Interventie						
MDFT	22	67.500	1.887	63.677	71.323	59.310
PMTO	19	61.721	2.306	57.050	66.393	112.386

Tabel 3*Beschrijvende scores eindmeting interventies*

T1 T-score Totaalscores externaliseren	N	Gemiddelde	Standaarddeviatie	95% betrouwbaarheidsinterval		Variantie
				Laagste waarde	Hoogste waarde	
Interventie						
MDFT	21	59.118	2.708	53.631	64.606	200.26
PMTO	20	57.667	3.025	51.538	63.795	152.42

Beide interventies laten een daling zien in t-scores van externaliserende problemen. De gemiddelde score van MDFT laat een daling zien van 8.382 punten tegenover een daling van 4.054 punten van PMTO. Dit is een verschil van 4.328 punten. De laagste en hoogste waarden van de t-scores zijn bij beide interventies ook verminderd. MDFT laat een grotere daling zien van 6.717 punten tegenover 2.598 punten van PMTO.

In Tabel 4 en 5 zijn de scores van de start- en eindmeting, gesplitst in geslacht, te lezen.

Tabel 4*Scores startmeting interventies per geslacht*

Geslacht	Interventie	Gemiddelde	Standaarddeviatie	95% betrouwbaarheidsinterval	
				Laagste waarde	Hoogste waarde
Jongen	MDFT	68.273	2.669	62.866	73.680
	PMTO	66.643	2.365	61.850	71.436
Meisje	MDFT	66.727	2.669	61.320	72.134
	PMTO	56.800	3.958	48.780	64.820

Tabel 5*Scores eindmeting interventies per geslacht*

Geslacht	Interventie	Gemiddelde	Standaarddeviatie	95% betrouwbaarheidsinterval	
				Laagste waarde	Hoogste waarde
Jongen	MDFT	60.636	3.738	53.063	68.210
	PMTO	66.000	3.313	59.287	72.713
Meisje	MDFT	57.600	3.920	49.657	65.543
	PMTO	49.333	5.061	39.079	59.588

De jongens scoren bij beide interventies op externaliserende problemen (T0 en T1) hoger dan de meisjes. De meisjes laten een sterkere daling zien in t-scores van externaliserende problemen dan jongens, een daling van 9.127 (MDFT) en 7.467 (PMTO) van de meisjes tegenover een score van 7.637 (MDFT) en 0.643 (PMTO) van de jongens. MDFT laat bij jongens en meisjes de sterkste afname zien. De meisjes die PMTO volgen, hebben daarentegen wel de laagste score (bij T0 en T1) van alle jongens en meisjes van beide interventies. De hoogste en laagste waarden van beide interventies (jongens en meisjes) laten bijna allemaal een daling zien. Enkel bij jongens die PMTO volgen is een kleine stijging (1.277) te zien.

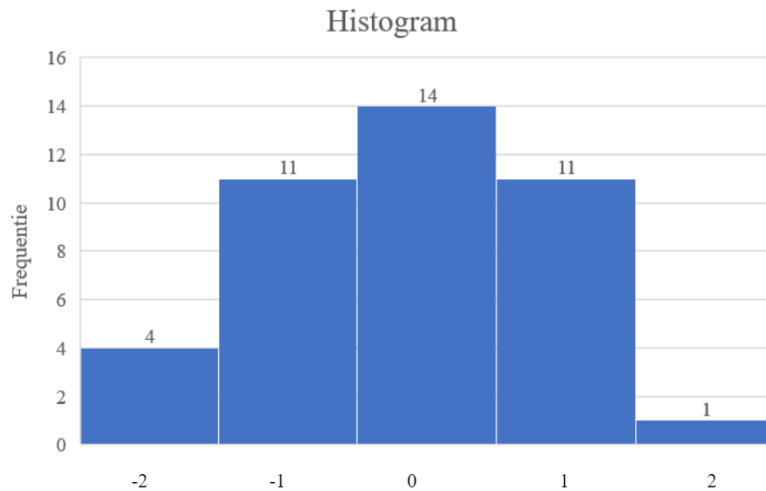
De beschrijvende statistiek laat zien dat MDFT een sterkere daling van externaliserende problemen laat zien dan PMTO. Daarnaast scoren jongens bij beide interventies hoger op externaliserende problemen. Meisjes laten een sterkere afname zien dan jongens bij beide interventies. Met behulp van een two-way ANOVA wordt gekeken of deze verschillen ook significant zijn.

Assumpties two-way ANOVA

Om een Two-way ANOVA uit te kunnen voeren, moet aan verschillende assumpties worden voldaan. Allereerst moet de data van de groepen willekeurig geselecteerd zijn. De data is niet geheel random verzameld. De organisaties die zijn benaderd voor de data, zijn select gekozen. De organisaties hebben vervolgens alle gezinnen, die de interventie volgen, benaderd. Hieruit is een aselechte groep ontstaan.

De tweede assumptie waaraan voldaan moet worden, is het meetniveau van de afhankelijke variabele. Deze moet worden gemeten op ratio- of intervalniveau. De afhankelijke variabele (T1 score variabele 'externaliserende problemen') is een continue variabele met een ratio meetniveau.

De derde assumptie waaraan voldaan moet worden, is een normaal verdeelde data. Om te controleren of de data normaal verdeeld is, is een histogram gemaakt. Deze is te zien in Figuur 2. Aan de hand van de histogram kan worden geconcludeerd dat de data redelijk tot normaal verdeeld is.

Figuur 2*Histogram T1 Totaalscore externaliseren*

De laatste assumptie waaraan voldaan moet worden, is homoscedasticiteit. Dit wordt gecontroleerd door het genereren van een spreidingsdiagram. In de spreidingsdiagrammen wordt gekeken of de variantie van de foutterm gelijk is. Hieruit bleek dat de observaties even ver van de regressielijn liggen voor elke score, waardoor geconcludeerd kan worden dat homoscedasticiteit aanwezig is. Aan alle assumpties van een two-way ANOVA is voldaan, waardoor de toets kan worden uitgevoerd.

Effecten van MDFT en PMTO op externaliserende problemen

Tabel 6*Toetsende statistiek T1: Two-way-anova*

Dependent Variable: T1 T-score Totaalscores Externaliseren

	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1248.502 ^a	3	416.167	2.708	.059
Intercept	127166.091	1	127166.091	827.456	.000
Geslacht	904.908	1	904.908	5.888	.020
Interventie	19.645	1	19.645	.128	.723
Geslacht * interventie	433.061	1	433.061	2.818	.102
Error	5686.279	37	153.683		
Total	154895.000	41			
Corrected Total	6934.780	40			

a. R Squared = .180 (Adjusted R Squared = .114)

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een Two-way ANOVA gebruikt. In Tabel 6 zijn de resultaten van de Two-way ANOVA uiteengezet. De Two-way ANOVA laat zien of een

significant verschil ($p < .050$) bij de interventies is gevonden. Er is geen significant verschil gevonden bij de variabele 'interventie' ($p = .723$). Het gevonden verschil uit de beschrijvende statistiek tussen het effect van MDFT en PMTO op de totaalscores van externaliserende problemen op T1 is dus niet significant.

Moderatie van geslacht

In Tabel 6 is tevens gemeten of de variabele 'geslacht' een significant verschil laat zien. Het significantieniveau bij deze variabele is $p = .020$. De ANOVA laat zien dat het directe effect van geslacht en externaliserende problemen op T1 significant is. Uit de beschrijvende statistiek kwam naar voren dat jongens een hogere score hebben op externaliserende problemen dan meisjes. Naar aanleiding van de toets blijkt dit een significant hogere score te zijn.

In de Two-way ANOVA is geen significant interactie-effect van geslacht op interventie ($p = .102$) gevonden. Dit houdt in dat het effect van de interventies in externaliserende problemen op T1 niet verschilt tussen jongens en meisjes.

Discussie

In dit onderzoek is getracht antwoord te krijgen op de volgende vraag: ‘Wat is het effect van PMTO op externaliserend gedrag bij kinderen binnen GMCP in vergelijking met MDFT en verschilt dit voor jongens en meisjes?’ Het doel van deze studie was om te achterhalen welke interventie effectiever is wat betreft de afname van externaliserend gedrag van jongeren binnen GMCP. Hierbij is ook gekeken of het effect verschilt voor jongens en meisjes. Geconcludeerd kan worden dat geen verschil is gevonden tussen de interventies in externaliserende problemen op T1. De toetsende statistiek liet zien dat het gevonden verschil van de beschrijvende statistiek niet significant is. MDFT is niet effectiever dan PMTO in externaliserende problemen en dit geldt andersom ook. Dit betekent dat de nulhypothese kan worden aangenomen. Het huidige onderzoek sluit aan bij eerdere onderzoeken die zijn gedaan naar de effectiviteit van de interventies op externaliserende problemen. Zij tonen aan dat beide effectief zijn als het gaat om de afname van externaliserend probleemgedrag. De studies die de effectiviteit van PMTO bij samengestelde gezinnen onderzochten (DeGarmo & Forgatch, 2007; DeGarmo, 2010), toonden aan dat de internaliserende en externaliserende gedragsveranderingen van de kinderen in verband werden gebracht met de gedragsveranderingen van moeder en stiefvader. Dit sluit aan bij de eerder genoemde resultaten van Fearon et al., (2010): ‘Externaliserende problemen komen vaker voor bij kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie’. De studies die de effectiviteit van MDFT onderzochten (Liddle et al., 2018; Dakof et al., 2015; Van Der Pol et al., 2017; Liddle et al., 2001; Schaub et al., 2014; Hoogeveen et al., 2017), kwamen tot de conclusie dat MDFT alle uitkomstmaten zou verminderen. De maatschappelijke re-integratie is bevorderd en het functioneren binnen het gezin is verbeterd.

Daarnaast laten de resultaten zien dat jongens significant hoger scoren op externaliserende problemen op T1. Het effect van de interventies verschilt echter niet tussen jongens en meisjes, omdat het interactie-effect (geslacht*interventie) niet significant is, waardoor de nulhypothese ook hier kan worden aangenomen. Het onderzoek van onder andere Zahn-Waxler, Shirtcliff en Marceau (2008) biedt een mogelijke verklaring voor het eerst genoemde resultaat (jongens scoren significant hoger dan meisjes op externaliserende problemen). Zij stellen dat externaliserende problemen vaker voorkomen bij jongens dan bij meisjes. Het onderzoek van Kerr, Lopez, Olson en Sameroff (2004) heeft ook gelijkenissen met de resultaten. Volgens hen tonen jongens vanaf vier jaar significant meer externaliserend probleemgedrag dan meisjes van die leeftijd.

Op basis van dit onderzoek maakt het in de praktijk geen verschil welke interventie (MDFT of PMTO) gekozen wordt wat betreft de vermindering van externaliserende problemen. Daarnaast maakt het in de praktijk ook geen verschil welke interventie gekozen wordt wat betreft het geslacht van het

aangemelde kind. Op dit moment is namelijk geen bewijs aanwezig dat het effect van de interventies voor jongens en meisjes verschilt.

Tijdens het onderzoek is rekening gehouden met het aantal ingevulde vragenlijsten tijdens de verschillende periodes (start, einde en drie maanden na einde). Na het bestuderen van de dataset bleek dat op het eind (T2) de vragenlijst het minst zijn ingevuld. Om een zo concreet mogelijk beeld te kunnen schetsen van de data, is daarom gekozen deze meting niet mee te nemen. Dit heeft ervoor gezorgd dat de resultaten juist geïnterpreteerd zijn.

Een mogelijke kanttekening bij dit onderzoek betreft de verschillen in leeftijd van de jongeren die deelnamen aan de interventies. De interventies richten zich namelijk beide op een andere leeftijdscategorie. De leeftijd van de jongeren die PMTO volgen zit tussen de 4 en 12 jaar en de jongeren die MDFT volgen zijn tussen de 12 en 24 jaar oud. In dit onderzoek is geen rekening gehouden met het leeftijdsverschil van de jongeren. Hierdoor kunnen uitkomsten eventueel anders geïnterpreteerd worden dan wanneer het leeftijdsverschil wel in het onderzoek zou worden meegenomen. Het advies voor een eventueel vervolgonderzoek is dan ook om een soortgelijk onderzoek uit te voeren, waarbij de leeftijd van de jongeren gecontroleerd wordt.

Om daarnaast een integraal beeld te krijgen van de effectiviteit van de interventies op externaliserende problemen tussen jongens en meisjes is ander aanvullend onderzoek nodig waarin de focus op het geslacht ligt. In een vervolgonderzoek kunnen meerdere interventies naast elkaar neer worden gelegd en kan gekeken worden naar het verschil in effectiviteit tussen jongens en meisjes als het gaat om externaliserende problemen. Op deze manier kan duidelijk worden welke interventie(s) effectiever zijn voor meisjes en welke interventie(s) effectiever zijn voor jongens.

Alles overziend, de resultaten uit het onderzoek wijzen erop dat er geen significant verschil bestaat tussen de interventies (MDFT en PMTO) in externaliserende problemen op T1. De jongens scoren significant hoger op externaliserende problemen (T1). Echter, het effect van beide interventies verschilt niet voor jongens en meisjes.

Referentielijst

- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A., (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*, 49, p. 251-275.
- Adger Jr., H. (2013). Alcohol use disorder in adolescents. *Pediatrics in Review*, 34, 103-114
- Albrecht, G. (2016). Databank effectieve jeugdinterventies: *beschrijving 'Parent Management Training Oregon Model (PMTO)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Bodden, D. H. M., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process*, 55(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/Famp.12144>.
- Cabaj, J. L., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2014). Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood. *BMC Pediatrics*, 14, 166.
- Dakof, G.A., Henderson, C., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,... Liddle H.A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29, 232- 241.
- Dam, C. van, & Damen, H. (2012). Evaluatie Kenniscentrum PMTO: *Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van het Kenniscentrum PMTO*. Praktikon: Nijmegen.
- DeGarmo, D. S. (2010). Coercive and prosocial fathering, antisocial personality, and growth in children's post-divorce noncompliance. *Child Development*, 81, 496–509.
- DeGarmo, D. S., & Forgatch, M. S. (2007). Efficacy of parent training for stepfathers: From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parenting: Science and Practice*, 7, 1–25.
- Dorsselaer, M. van, M. de Looze, E. Vermeulen-Smit S. de Roos, J. Verdurmen, T. ter Bogt en W. Vollebergh (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. HBSC 2009'*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., & Domenech, J. M. (Jul 2008). Risk factor clustering for psychopathology in socially at-risk spanish children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 559-568.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.
- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on

- family support. *Children and Youth Services Review*, 29(10), 1368–1394. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2007.05.012>.
- Ghesquière, P. (1993a). Multi-problem gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen: Een strijd om perspectief. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 536-550.
- Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.
- Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., Rigter, H. (2017). Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 34, 61-82.
- Kerr DC, Lopez NL, Olson SL, Sameroff AJ. Parental discipline and externalizing behavior problems in early childhood: the roles of moral regulation and child gender. *J Abnorm Child Psychol*. 2004 Aug;32(4):369-83. doi: 10.1023/b:jacp.0000030291.72775.96. PMID: 15305543.
- Lange, M. de, W. Matthys, D. de Veld, N. Foolen, A. Addink, A. Menting en I. Bastiaanssen (2018), *'Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming'*. Utrecht, Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk/Nederlands Instituut van Psychologen/Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47-56.
- Morris, K. (2013). Troubled families: Vulnerable families' experiences of multiple service use. *Child and Family Social Work*, 18(2), 198–206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00822.x>.
- Ogden, T. & Hagen, K.A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.
- Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C.L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.

- Rigter (2021). Justitieinterventies.nl: *beschrijving Multidimensionele familie therapie (MDFT)*.
 Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Geraadpleegd van
www.justitieinterventies.nl.
- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014).
 Multidimensional Family Therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder
 symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, *14*,
 26.
- Sigmarsdóttir, M., DeGarmo, D.S., Forgatch, M.S., Vikar Guðmundsdóttir, E. (2013). Treatment
 effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices
 in a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, *54*, 468–476.
- Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multi-problem poor families.
Journal of Social Work Practice, *19*(2), 163–179. <https://doi.org/10.1080/02650530500144766>.
- Spratt, T., & Devaney, J. (2009). Identifying families with multiple problems: Perspectives of
 practitioners and managers in three nations. *British Journal of Social Work*, *39*(3), 418–434.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm151>.
- Steketee, M., & Spierings, F. (2012). *Sociale uitsluiting en moeilijk bereikbare groepen in de
 samenleving*. In: H. van Ewijk, F. Spierings, & R. Wijnen (red.), *Basisboek sociaal werk. Activeren
 en verbinden* (pp. 175- 194). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Stevens, G., van Doresselaer, S., Boer, M. e.a. (2018). HBSC 2017. *Gezondheid en welzijn van jongeren
 in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Families in
 multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and careservices. *Child & Youth Services*,
37(1), 4–22. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2015.1052133>
- Van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh,
 L., Vermeiren, R.R.J.M. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family
 therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child
 Psychology and Psychiatry*, *58*, 532-545.
- Van Steijn L, de Winter AF, Reijneveld SA (2014). Stabiliteit en verandering van psychosociale
 gezondheid en leefstijl bij adolescenten en mogelijkheden voor interventies. *Bouwstenen voor het
 Extra Contactmoment Adolescenten*. Groningen: *UMCG, Rijksuniversiteit Groningen*.
- Velders, F. P., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., . . . Tiemeier, H.
 (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: The
 impact on child emotional and behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*,
20(7), 341-350

- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA-Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar: CBCL/6-18, YSR en TRF*. Rotterdam: ASEBA Nederland.
- Visscher, L., Evenboer, K. E., Jansen, D. E. M. C., Scholte, R. H. J., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J. W., ... van Yperen, T. A. (2018). Identifying practice and program elements of interventions for families with multiple problems: The development of a taxonomy. *Children and Youth Services Review*, *95*, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.10.030>.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *4*, 275-303.
- Zeijl, E., M. Crone, K. Wiefferink, S. Keuzenkamp, M. Reijneveld (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: SCP/TNO.
- Zoon, M. (2012). *Kenmerken en risicofactoren van multiprobleemgezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zoon, M., & Berg-le Clercq, T. (2013). *Wat werkt in multiprobleemgezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.