

# **Effect van de Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling op externaliserend probleemgedrag**

*Een kwantitatief onderzoek naar het effect van de interventie Intensieve Ambulante  
Gezinsbehandeling op externaliserend probleemgedrag van jongeren van 6 tot 18 jaar uit  
gezinnen met meervoudige en complexe problemen.*

Thomas Werkhoven

S3725421

Begeleider: L. (Lorraine) Visscher, MSc

Tweede beoordelaar: Dr. P.R. (Pauline) Schreuder

Bachelor thesis Pedagogische Wetenschappen

PABA6002

*Rijksuniversiteit Groningen*

*Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen*

*3 juni 2022*

## **Abstract**

Families with multiple problems (FMP) face continuous challenges in their daily lives. All kinds of problems such as behavioral, financial and health problems make it tough for them to live life to the fullest. A common problem among youth in such families are externalizing behavioral problems. Externalizing behavior is behavior directed at others that can be described as aggressive, deviant and hostile. An intervention that tries to tackle these problems and focusses on FMP is the intervention Intensive Family Treatment (IFT). IFT's main goal is to ensure that youth can continue living at home with their parents. The goal of this thesis is to assess the extent to which IFT has a positive effect on externalizing behavioral problems. In order to obtain an answer to this question, a questionnaire (CBCL) was distributed to FMP all around the Netherlands. The questionnaire has been filled in at three different moments. At the start of the intervention (T0;  $N = 125$ ), at the end of the intervention (T1;  $N = 80$ ), and three months after the end of the intervention (T2;  $N = 34$ ). T-scores for externalizing behavior are being used for the analysis. A repeated ANOVA showed that externalizing behavior significantly decreased between T0 and T1. The difference between T1 and T2 was however not significant. The results indicate that IFT has a positive effect on externalizing behavior among youth from FMP during the intervention, but not after the intervention has ended. Even though progress is being made, a lot of FMP still experience difficulties after the intervention took place. Therefore, it is of great importance that future research focusses on the reason why these families still have problems at the end of the intervention and how this can be solved.

## **1. Inleiding**

### **1.1 Gezinnen met meervoudige en complexe problemen**

Het leven voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) is een dagelijkse uitdaging. Deze gezinnen ervaren namelijk problemen op verschillende domeinen die horen bij het functioneren van een familie. Hierbij kan gedacht worden aan gedragsproblemen van het kind, gezondheidsproblemen en financiële problemen. Daarnaast ontbreekt het de ouders vaak aan vaardigheden om deze problemen zelfstandig op te lossen (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019). In 2017 waren er 27.317 GMCP in Nederland (Tuenter et al., 2020). Dit waren gezinnen die bestaan uit minstens één volwassene en één kind van 0 tot 22 jaar dat langdurig kampt met een combinatie van problemen op verschillende gebieden. Dit kunnen bijvoorbeeld sociaaleconomische problemen in het gezin, psychosociale problemen bij de ouders en psychosociale problemen bij de kinderen zijn (Tuenter et al., 2020). Kinderen uit gezinnen met dergelijke problematiek kunnen worden beperkt in hun ontwikkeling en lopen daarmee toekomstkansen mis. Dit kan ontstaan doordat zij essentiële levenservaringen thuis niet aangeleerd krijgen (Maggi, Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2010). Hierdoor zijn ze geneigd ernstige gedragsproblematiek te ontwikkelen (Spratt, 2012). Deze gedragsproblematiek is aan te duiden met externaliserend probleemgedrag en is een veel voorkomend kenmerk van zowel de kinderen, als de ouders uit GMCP (Bodden & Deković, 2016).

### **1.2 Externaliserend probleemgedrag**

Externaliserend probleemgedrag is gedrag jegens anderen dat omschreven wordt als agressief, afwijkend en vijandig (Tully & Hunt, 2016). Onder kinderen is externaliserend probleemgedrag een grondig probleem. Kinderen met externaliserende problematiek laten structureel patronen zien van agressief en antisociaal gedrag. Door hun gebrek aan impulscontrole vallen ze anderen lastig en zijn ze geneigd regels te overtreden (American Psychiatric Association, 2013; Hektner et al., 2014). Door dergelijk gedrag is het geen uitzondering dat deze kinderen te maken krijgen met bijvoorbeeld afwijzing van leeftijdsgenootjes en slechte schoolprestaties (Batum & Yagmurlu, 2007). Wat ten grondslag ligt aan de uitingen van externaliserende problematiek is onvoldoende beheersing van zelfregulatie (Cole et al. 1996). Een goede beheersing van zelfregulatie kan worden beïnvloed door de opvoedingsstijl van de ouders en de bijbehorende opvoedingsvaardigheden (Marcone, Affuso & Borrone, 2020). Om externaliserend probleemgedrag van kinderen

binnen GMCP te verminderen lijkt het dus belangrijk om de opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken.

### **1.3 Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling**

Een interventie die beoogd bij te dragen aan de opvoedingsvaardigheden van ouders is de Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG). IAG is gericht op gezinnen met minimaal één kind tussen de 0 en 18 jaar die meervoudige en complexe problemen hebben en moeilijk toegankelijk zijn voor hulpverleners. Het hoofddoel van deze interventie is dat kinderen thuis in het gezin kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen. Dit wordt beoogd te bereiken door het verminderen van gedragsproblemen van het kind, het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders en het meer betrekken van het sociaal netwerk van het gezin (Van Rooijen, 2020). De methodiek van IAG in zijn huidige vorm bestaat sinds 2013 (Van der Steege et al., 2013) en is een actualisatie van de methodiek Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG), die reeds in 1998 verscheen (Van Schot & Van der Steege, 1998). Daarnaast zijn er nog een aantal varianten op IAG, zoals Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG) en IOG en IPG waarin een van de gezinsleden een licht verstandelijke beperking heeft (IOG-LVG en IPG-LVG) (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019).

In de gezinnen die IAG ontvangen is vaak een kind aanwezig die te maken heeft externaliserend probleemgedrag (Van Rooijen, 2020). In het verleden zijn er verschillende studies gedaan naar het effect van IAG en haar varianten (IOG, IOG-LVG, IPG, IPG-LVG) op het verminderen van probleemgedrag bij kinderen. Een meta-analyse van Veerman, Janssens en Delicat (2005) van 17 interventies voor intensieve pedagogische thuishulp, waaronder IOG ( $N = 329$ ), rapporteerde een effectgrootte ( $ES$ ) van 0,60 voor externaliserend probleemgedrag. Dit is een middelgroot effect, dat wil zeggen dat de  $ES$  tussen de 0,50 en 0,79 ligt. Ondanks deze afname bij de jeugdigen bleek de problematiek op het eind van de interventie toch nog aanzienlijk. In 2007 publiceerden Veerman, De Meyer en Roosma (2007) de resultaten van een studie naar het effect van onder andere IOG ( $N = 449$ ). Zij vonden een effectgrootte van 0,70. Hoewel dit als een middelgroot effect gezien mag worden, kampten ouders en jeugdigen wederom op het einde van de interventie nog met problemen. Veerman en De Meyer (2015) gaven een overzicht van IOG-uitkomsten ( $N = 895$ ) voor probleemgedrag over de periode 2000 t/m 2008. Zij rapporteerden een  $ES$  van 0,66. Een vergelijkbaar onderzoek werd in 2019 door Veerman en De Meyer (2019) gepubliceerd, maar

dan voor de periode 2009 t/m 2019. Er werd een *ES* van 0,54 gevonden voor de interventie IAG. Alle *ES* uit voorgaande studies variëren, maar duiden allen op een middelgroot effect.

#### **1.4 Limitaties van huidig onderzoek naar IAG**

GMCP krijgen in hun leven te maken met veel moeilijkheden, zoals gedrags- en opvoedingsproblemen, relatieproblemen en frequent contact met justitie (Tausenfreund et al., 2016). Deze moeilijkheden zijn vaak chronisch en intergenerationeel. Gezinnen met dergelijke problemen hebben daarom tal van ervaringen op het gebied van professionele hulp. Veel van deze hulp is echter tevergeefs (Damen et al., 2021). Zoals eerder is vermeld, lijkt IAG een interventie te zijn die positieve effecten met zich meebrengt voor GMCP. Huidig onderzoek naar IAG kent echter twee belangrijke limitaties.

Ten eerste is er een gebrek aan follow-up metingen. Over het algemeen komt uit de verschillende onderzoeken naar voren dat IAG een middelgroot effect heeft op gedragsproblematiek van de jeugdigen. Toch blijkt dat een aanzienlijke groep op het einde van IAG nog steeds te kampen heeft met problemen (Veerman, 2005; Veerman, 2007; Veerman, 2019). Reeds voltooide studies werkten met een meting voorafgaand aan de interventie en een meting op het einde van de interventie. Een follow-up meting is iets wat vaak ontbrak bij deze studies, terwijl we weten dat de problemen van deze gezinnen vaak langdurend zijn en wellicht niet na een interventie zijn verholpen. Het is dus belangrijk om meer onderzoek te doen naar het effect van IAG op de lange termijn. Een onderzoek naar de effectiviteit van IAG die wél een follow-up meting heeft gedaan, is het onderzoek van Damen et al. (2021). Zij kwamen tot de conclusie dat de progressie die tussen begin en eind van de interventie was gemaakt, ook nog 2,8 jaar na het einde van de interventie aanwezig was. Ondanks dat de situatie voor de kinderen jaren na de interventie niet significant verslechterde, waren er gemiddeld gezien nog wel veel problemen onder deze kinderen. Dit is een terugkerend verschijnsel wat in nagenoeg alle onderzoeken is voorgekomen.

Een tweede limitatie van huidig onderzoek naar IAG is dat er niet afzonderlijk naar internaliserend probleemgedrag en externaliserend probleemgedrag wordt gekeken. Vaak worden deze twee samengevoegd tot probleemgedrag in zijn geheel, terwijl het belangrijk is om deze uit elkaar te houden. Internaliserende gedragingen zijn namelijk gevoelens die van binnen worden gevoeld, zoals onrustigheid, depressie en teruggetrokkenheid (Achenbach & Rescorla, 2001). Externaliserende gedragingen zijn daarentegen gericht op de buitenwereld, zoals agressief en delinquent gedrag (Achenbach & Rescorla, 2001). Veerman en Meyer

(2019) ondersteunen deze uitspraak. Zij geven namelijk als aanbeveling voor vervolgonderzoek om te kijken naar de schaal probleemgedrag van de CBCL (Child Behavior Checklist) en deze op te splitsen in externaliserend en internaliserend probleemgedrag. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat bepaalde interventies werkzaam zijn voor externaliserend probleemgedrag, maar niet voor internaliserend probleemgedrag en vice versa. In de praktijk wordt comorbiditeit vaak behandeld door te richten op externaliserend probleemgedrag, terwijl de internaliserende problemen niet per se significant afnemen (Zarakoviti et al., 2021). Door het effect van interventies op externaliserend- en internaliserend probleemgedrag afzonderlijk te bekijken, kunnen we mogelijk in de toekomst interventies effectiever koppelen aan de specifieke problematieken van het individu.

### **1.5 Huidig onderzoek**

Huidig onderzoek wil bijdragen aan het verkrijgen van een concreter beeld van de effectiviteit van IAG op jongeren met externaliserend probleemgedrag uit GMCP. Er is bewust gekozen om alleen naar externaliserend probleemgedrag te kijken, omdat de CBCL door de ouders wordt ingevuld en externaliserend probleemgedrag eerder wordt herkend dan internaliserend probleemgedrag (Tandon et al., 2009). Dit onderzoek zal dan ook beogen om de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: ‘In hoeverre vertonen jongeren van 6 tot 18 jaar uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) externaliserend probleemgedrag na de interventie Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) ten opzichte van vóór de interventie en ten opzichte van drie maanden na de interventie?’.

De verwachting is dat IAG, zoals ook is gebleken uit eerder onderzoek, een significante afname gaat geven op externaliserend probleemgedrag op het einde van de interventie (T1) ten opzichte van voor de interventie (T0). Veel studies hadden geen follow-up meting, maar benoemden wel dat er na afloop nog steeds sprake was van probleemgedrag. De studie van Damen (2021) zag geen significante afname van de externaliserende problemen tijdens de follow-up meting. De hypothese van dit onderzoek is dan ook dat er geen significante afname van externaliserende problemen zal zijn tussen het einde van de interventie (T1) en drie maanden na het einde van de interventie (T2).

## **2. Methode**

### **2.1 Onderzoeksdesign**

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een bestaande dataset die is voortgekomen uit een quasi-experimenteel onderzoek. De dataset bestaat uit gegevens uit vragenlijsten die zijn afgenomen in de periode van januari 2017 tot april 2019. Deze vragenlijsten zijn ingevuld door de ouder/verzorger en/of de jongere voorafgaand de interventie (T0), aan het einde van de interventie (T1) en drie maanden na het einde van de interventie (T2). De hulpverlener heeft de vragenlijst alleen bij aanvang van de interventie (T0) en op het einde van de interventie (T1) ingevuld.

### **2.2 Populatie**

Voor dit onderzoek zijn acht interventies geselecteerd op basis van een systematische review naar 30 interventies met als doelgroep GMCP. Het gaat hierbij om de volgende interventies: Multisysteem Therapie (MST), Multidimensionale Familietherapie (MDFT), Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG), Families First (FF), Gezin Centraal (GC), Parent Management Training Oregon (PMTO), 10 voor Toekomst en Triple P 4-5. Deze interventies zijn geselecteerd, omdat zij in de Nederlandse context een effectgrootte hebben van minstens  $d = 0,5$  op gedragsproblematiek (Evenboer et al., 2018). Sommige van deze interventies richten zich op gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen (MST, MDFT, PMTO, Triple P 4-5) en de andere interventies zijn gericht op gezinnen met meervoudige en complexe problemen, zoals gedragsproblemen, gezondheidsproblemen en financiële problemen (IAG, FF, GC, 10 voor Toekomst) (Visscher et al., 2021). Verschillende zorginstellingen die de gekozen interventies aanbieden zijn benaderd om participanten te werven. Van de 47 benaderende instellingen waren er 26 bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens werden er GMCP geselecteerd die de vragenlijsten in het Nederlands konden afnemen en waarvan het kind ouder was dan 4 jaar. Een paar interventies waren namelijk niet geschikt voor kinderen onder de 4 jaar (MST en MDFT). Hierdoor zijn twaalf families uitgesloten. Daarnaast zijn ook de families die de interventies Triple P 4-5 en FF ontvingen uitgesloten, omdat er te weinig families waren. In huidig onderzoek wordt er alleen gekeken naar gezinnen die de interventie IAG hebben ontvangen.

### **2.3 Procedure**

Van de 47 Nederlandse zorginstellingen waren er 26 bereid om deel te nemen aan dit onderzoek. Alle hulpverleners werden tijdens een introductie afspraak door de onderzoeker geïnformeerd over het doel van de studie, de procedure en de vragenlijsten. Vervolgens

werden de gezinnen door hun hulpverlener voorzien van informatie over het onderzoek. Als de gezinnen aan het onderzoek wilden deelnemen, ondertekenden ze een informed consent. Na het akkoord werd de vragenlijst direct naar de gezinnen gestuurd voor de startmeting (T0). Dezelfde vragenlijst werd op het einde van de interventie gestuurd (T1) en ook drie maanden na de interventie (T2). De vragenlijsten werden via BergOp gestuurd, een digitaal systeem voor vragenlijsten. De respondenten hadden 21 dagen de tijd om de vragenlijst in te vullen en kregen na veertien dagen een reminder. Na elke ingevulde vragenlijst kregen de respondenten €10,-.

## **2.4 Interventie**

In dit onderzoek worden de respondenten meegenomen die de interventie IAG hebben ontvangen. Hieronder vallen ook IOG en IPG. Zij worden in dit onderzoek onder de noemer IAG geschoven, omdat het varianten van IAG zijn. IAG staat voor Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling en is gericht op gezinnen met minimaal één kind tussen de 0 en 18 jaar die meervoudige en complexe problemen hebben. Het hoofddoel van deze interventie is dat kinderen thuis in het gezin kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen. Dit wordt beoogd te bereiken door het verminderen van gedragsproblemen van het kind, het vergroten van de opvoedvaardigheden van de ouders en het meer betrekken van het sociaal netwerk van het gezin (Van Rooijen, 2020).

## **2.5 Meetinstrument**

In dit onderzoek is er dieper ingegaan op externaliserend probleemgedrag onder jongeren uit GMCP die de interventie IAG ontvingen. Externaliserend probleemgedrag is gemeten aan de hand van de, door de ouder/verzorger ingevulde, Child Behavior Checklist (CBCL) en wordt gevormd door de schalen regelovertredend gedrag en agressief gedrag. De CBCL is afgenomen bij het begin van de interventie (T0), op het einde van de interventie (T1) en drie maanden na het einde van de interventie (T2). De mate van externaliserend probleemgedrag wordt geschat door middel van 35 vragen met een 3-punts Likert schaal: 'niet' (0), 'soms' (1) en 'vaak' (2). De schaal regelovertredend gedrag bestaat uit 17 vragen en gaan bijvoorbeeld over alcoholgebruik, slechte vrienden en stelen. De schaal agressief gedrag bestaat uit 18 vragen en gaan bijvoorbeeld over vechten, koppigheid en luidruchtigheid (Achenbach & Rescorla, 2001). De betrouwbaarheid en de validiteit van de CBCL zijn uitstekend en de vragenlijst wordt veelal gebruikt voor kinderen van verschillende leeftijden met verschillende problemen (Nakamura et al., 2009). De in het Nederlands



vertaalde versie van de CBCL heeft op de schaal ‘externaliserende problemen’ een betrouwbaarheidscoëfficiënt (alfa) van 0,92 (Verhulst et al., 1996; Visscher et al., 2021).

Om de mate van externaliserend probleemgedrag onder jongeren te bepalen zijn de scores van alle 35 vragen bij elkaar opgeteld. Dit is gedaan voor elk meetmoment. Deze ruwe scores zijn vervolgens omgezet in t-scores. Dit zijn standaardscores die aantonen of een respondent boven of onder het gemiddelde van de normgroep heeft gescoord. Hoe hoger de t-scores, hoe meer er sprake is van externaliserend probleemgedrag

## 2.6 Data-analyse

Eerst zijn er aan de hand van beschrijvende statistiek de kenmerken van de dataset in kaart gebracht. Onder andere zijn de gemiddelde t-scores op externaliserend probleemgedrag en het aantal respondenten op de verschillende meetmomenten weergegeven. Vervolgens is Cohen’s  $d$  gebruikt om de effectgrootte te berekenen. Een effectgrootte ( $ES$ ) van 0,20 – 0,49 wijst op een klein effect, 0,50 – 0,79 op een middelmatig effect en  $d > 0,80$  wijst op een groot effect (Sawilowsky, 2009). Deze toets is uitgevoerd om te kijken of de  $ES$  van dit onderzoek vergelijkbaar is met die van de eerdere studies naar IAG en haar effectiviteit. Eerst is er gekeken naar de  $ES$  tussen T0 en T1 en daarna naar de  $ES$  tussen T1 en T2.

Om te bekijken in hoeverre jongeren van 6 tot 18 jaar uit gezinnen met GMCP externaliserend probleemgedrag vertonen na de interventie IAG ten opzichte van vóór de interventie en ten opzichte van drie maanden na de interventie is er een herhaalde ANOVA (analysis of variance) (partial eta-squared,  $\eta p^2$ ; Sum of squares,  $SS$ ;  $F$ -toets,  $F$ ;  $p$ -waarde,  $p$ ) uitgevoerd. Met de herhaalde ANOVA zijn de gemiddelde t-scores op externaliserend probleemgedrag op de drie meetmomenten met elkaar vergeleken. Om deze toets uit te kunnen voeren moest er worden voldaan aan drie assumpties. De eerste assumptie is dat de data normaal verdeeld moest zijn. Deze assumptie is getoetst door het creëren van een histogram. De tweede assumptie die niet geschonden mocht worden is sphericiteit. Dit houdt in dat de variantie tussen de groepen ongeveer gelijk moet zijn en is getoetst door de Mauchly’s test uit te voeren. Tot slot moesten de herhaalde metingen van de deelnemers onafhankelijk van elkaar zijn. Bij uitvoering van de ANOVA is er gekeken of T0 en T1 significant van elkaar afwijken en vervolgens T1 en T2. Bij een significantieniveau van  $p < 0,05$  kan er worden gesteld dat er een significant verschil is in externaliserend probleemgedrag tussen de meetmomenten. De nulhypothese is dat de scores niet afwijken op de verschillende meetmomenten en de alternatieve hypothese is dat de scores wel afwijken op

de verschillende meetmomenten. Aangezien er sprake is van specifieke hypothesen voor de verschillende meetmomenten is er gebruik gemaakt van contrasten. Door gebruik te maken van contrasten kon er worden aangegeven welke groepen met elkaar werden vergeleken en konden de hypothesen worden onderzocht.

### 3. Resultaten

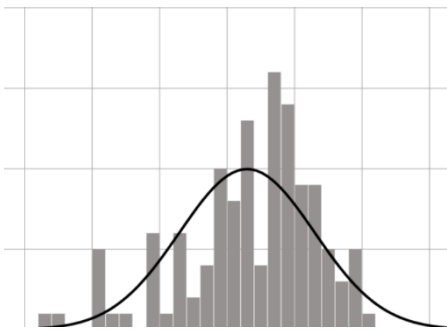
#### 3.1 Beschrijvende analyses

De dataset waarmee is gewerkt bevat 242 respondenten die de interventie IAG ontvingen. In 60.3% van de gezinnen was het aangemelde kind een jongen ( $N = 146$ ) en 39.7% een meisje ( $N = 96$ ). De gemiddelde leeftijd was 10 jaar en 5 maanden. Van de 242 respondenten hebben 125 respondenten de CBCL voor de mate van externaliserend probleemgedrag ingevuld op T0, 80 op T1 en 34 op T2. De gemiddelde t-scores voor externaliserende problemen op de verschillende meetmomenten zijn 62.95 (T0), 58.01 (T1) en 57.41 (T2). Wanneer een t-score lager ligt dan 60 zijn de problemen niet noemenswaardig. Een t-score tussen de 60 en 63 verdient aandacht en een t-score van hoger dan 63 is aanzienlijk en verdient behandeling (Achenbach & Rescorla, 2001). De score van T0 (62.95) valt bijna in deze laatste groep. De *ES* tussen T0 en T1 is 0.49 en duidt bijna op een middelmatig effect. De *ES* tussen T1 en T2 is 0.05 en duidt op een zeer klein effect (Sawilowsky, 2009). De gegevens zijn schematisch weergegeven in tabel 1.

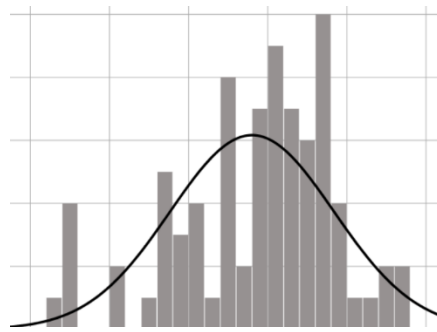
*Tabel 1. T-scores externaliserende problematiek en Effect Size*

<i>Externaliserende problematiek</i>		
<i>T0 (N = 125)</i>	<i>Gemiddelde t-score</i>	62.95
	<i>SD</i>	9.9
<i>T1 (N = 80)</i>	<i>Gemiddelde t-score</i>	58.01
	<i>SD</i>	10.4
<i>T2 (N = 34)</i>	<i>Gemiddelde t-score</i>	57.41
	<i>SD</i>	13.3
<i>T0-T1</i>	<i>ES</i>	0.49
<i>T1-T2</i>	<i>ES</i>	0.05

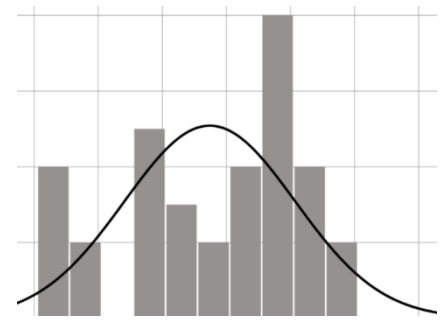
Om te achterhalen of IAG een positief effect heeft op externaliserend probleemgedrag is er een herhaalde ANOVA uitgevoerd. Voordat de herhaalde ANOVA is uitgevoerd zijn een aantal assumpties getest. Allereerst is getest of de data normaal verdeeld zijn. Zoals in figuur 1, 2 en 3 te zien is, lijkt de data normaal verdeeld te zijn.



**Figuur 1.** T-score Externaliserend probleemgedrag (T0)



**Figuur 2.** T-score Externaliserend probleemgedrag (T1)



**Figuur 3.** T-score Externaliserend probleemgedrag (T2)

Ten tweede is de assumptie van sphericiteit getoetst. Deze is getoetst aan de hand van Mauchly's test. Wanneer Mauchly's test een niet-significante p-waarde geeft ( $p > 0.05$ ) is er voldaan aan de aanname van sphericiteit. De test gaf een p-waarde van 0.636 en dus kan er gesteld worden dat er is voldaan aan de assumptie. De derde assumptie: de assumptie van onafhankelijkheid lijkt ook op te gaan in deze dataset. De respondenten hebben namelijk geen invloed op elkaar gehad bij het afnemen van bijvoorbeeld de vragenlijsten en er zitten geen dubbele respondenten in de dataset.

### 3.2 Effect IAG op externaliserend probleemgedrag

Zoals eerder is benoemd is er voldaan aan de assumpties en kan de herhaalde ANOVA worden uitgevoerd om erachter te komen of de t-scores van externaliserende problematiek op de verschillende meetmomenten significant van elkaar verschillen. De specifieke hypothesen, die in de inleiding benoemd zijn, worden getoetst door een contrast te selecteren. Het geselecteerde contrast is *repeated*. Hierbij wordt T0 met T1 vergeleken en T1 met T2. Hieruit komt naar voren dat de t-scores op externaliserende problemen op T0 en T1 significant van elkaar verschillen, omdat  $p < 0.05$  ( $\eta p^2 = 0.345$ ,  $SS = 998.560$ ,  $F = 12.644$ ,  $p = 0.002$ ). Dit houdt in dat de externaliserende problemen op het einde van de interventie significant zijn afgenomen ten opzichte van de start van de interventie. Als er wordt gekeken naar de verandering in externaliserende problemen tussen T1 en T2, dan is er te zien dat deze verandering niet significant is ( $\eta p^2 = 0.010$ ,  $SS = 23.040$ ,  $F = 0.230$ ,  $p = 0.636$ ). De mate van

externaliserende problemen onder jongeren neemt dus niet significant af of toe in de periode tussen het einde van de interventie en drie maanden na het einde van de interventie.

#### 4. Discussie

Het leven voor GMCP is bij uitstek niet eenvoudig. Zij ervaren onder meer problemen op het gebied van externaliserende gedragingen bij de jeugdige. Een interventie die beoogd bij te dragen aan het reduceren van de mate van externaliserende problematiek onder jongeren uit dergelijke gezinnen is IAG. Het doel van dit onderzoek was om in kaart te brengen wat het daadwerkelijke effect was van deze interventie. Er is dan ook getracht antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag: 'In hoeverre vertonen jongeren van 6 tot 18 jaar uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) externaliserend probleemgedrag na de interventie Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) ten opzichte van vóór de interventie en ten opzichte van drie maanden na de interventie?'. We vonden dat de externaliserende problemen bij de jongeren van 6 tot 18 jaar aan het einde van de interventie significant waren afgenomen ten opzichte van de start van de interventie. De follow-up meting gaf daarentegen geen significante toe- of afname van de externaliserende problemen ten opzichte van het einde van de interventie.

De significante verbetering aan het einde van de interventie ten opzichte van voor de interventie was in lijn met de reeds voltooide studies naar het effect van IAG en de hypothese van dit onderzoek. Zo, vond Damen (2021) in zijn onderzoek een vergelijkbaar significant effect van IAG op externaliserende problematiek. De studies van Veerman (2005; 2007; 2015; 2019) lieten eveneens een significant effect van IAG zien. Uit deze studies kwam naar voren dat IAG een middelgroot effect heeft, terwijl dat niet opgaat in dit onderzoek. Dit onderzoek heeft namelijk een *ES* van 0,49 gerapporteerd tussen T0 en T1. Vanaf 0,50 mag een *ES* als middelgroot worden gekwalificeerd en daaronder als klein effect. Het significante effect van IAG uit dit onderzoek bevestigt de uitkomsten uit eerder onderzoek. Er kan met enige voorzichtigheid worden gesteld dat IAG een positieve werking lijkt te hebben op jongeren uit GMCP die te kampen hebben met externaliserend probleemgedrag. Dit geldt echter alleen voor de periode tussen het begin van de interventie en het einde van de interventie.

De niet-significante verbetering of verslechtering in de periode tussen het einde van de interventie en drie maanden daarna is ook in lijn met het onderzoek van Damen (2021) en in lijn met de hypothese van dit onderzoek. Het onderzoek van Damen deed een follow-up meting 2,8 jaar na het einde van de interventie. Uit dat onderzoek is gebleken dat de mate van externaliserend probleemgedrag niet significant is verbeterd of verslechterd. Dit onderzoek ondersteunt die observatie, omdat drie maanden na het einde van de interventie de mate van

externaliserend probleemgedrag niet significant is verbeterd of verslechterd. Er is wel sprake van een afname in externaliserende problemen, maar aangezien dit niet significant is, mogen er geen conclusies aan ontleend worden.

De significante afname van externaliserende problemen tussen T0 en T1 is gebaseerd op een voor- en nameting, maar zonder een controlegroep. Het onderzoek van Van Assen et al. (2020) vond ook dat kinderen na het einde van een interventie nog steeds kampten met gedragsproblemen, terwijl de afname wel significant was. Dit kan verklaard worden door regressie naar het gemiddelde. Wanneer GMCP worden aangemeld bij een zorginstelling, dan zijn de problemen tot een dermate hoog niveau gestegen dat er hulp aan te pas moet komen. Dat de problemen daarna van zichzelf weer afvlakken is wat we noemen regressie naar het gemiddelde. Zonder een controle groep is het niet mogelijk om te bepalen of de afname door de interventie komt of door regressie naar het gemiddelde (Van Assen et al., 2020).

#### **4.1 Sterktes en Limitaties**

Dit onderzoek heeft een aantal sterke punten. Ten eerste is de data verzameld bij families door heel Nederland. Dit heeft geleid tot een verhoging van de generaliseerbaarheid. Hierdoor kan er met de uitkomsten van de steekproef uit dit onderzoek voorzichtige uitspraken worden gedaan over een grotere populatie in Nederland. Ten tweede heeft het onderzoek een longitudinaal design. Het bevat namelijk niet alleen een voor- en een nameting, het heeft ook een follow-up meting die drie maanden na het einde van de interventie plaats heeft gevonden. Veel voorgaande onderzoeken naar het effect van IAG beschikten niet over een follow-up meting.

Aan de andere kant zijn er ook limitaties. Allereerst zijn de missende waarden een noemenswaardig probleem. Dit is een probleem wat vaker voorkomt bij deze doelgroep en dit soort onderzoeken. Er zijn 242 aangemelde kinderen die de interventie IAG ontvingen. Hiervan hebben 125 respondenten, de ouders, de vragenlijst op T0 ingevuld, 80 op T1 en slechts 34 op T2. Deze missende waarden hebben invloed op de resultaten en kunnen een vertekend beeld geven. Redenen voor de missende waarden kunnen zijn dat het de gezinnen niet is gevraagd om de vragenlijst in te vullen, doordat bijvoorbeeld de hulpverlener na de interventie geen contact meer met het gezin had of dat het invullen door de gezinnen simpelweg werd geweigerd. Een tweede limitatie is dat de CBCL is ingevuld door de ouders. Het is mogelijk dat kinderen zich thuis anders gedragen dan bijvoorbeeld op school of bij hun

leeftijdsgenoten in hun vrije tijd (Teye & Peaslee, 2015). Het meenemen van rapportages van leerkrachten en de jongeren zelf hadden van extra waarde kunnen zijn voor dit onderzoek.

## **4.2 Implicaties**

De bevindingen uit dit onderzoek hebben implicaties voor de praktijk, beleid of toekomstig onderzoek op het gebied van GMCP. Ten eerste is uit dit onderzoek gebleken dat IAG een positief effect heeft op externaliserend probleemgedrag voor jongeren uit GMCP. Mocht de praktijk een interventie behoeven die externaliserend probleemgedrag aanpakt, dan is IAG een geschikte optie. Dit onderzoek heeft gekeken naar externaliserend probleemgedrag apart van internaliserend probleemgedrag, terwijl zij in de praktijk vaak samen worden genomen (Zarakoviti, 2021). Aanbevolen wordt om ditzelfde onderzoek uit te voeren, maar om dan de focus te leggen op internaliserend probleemgedrag. Mochten de resultaten van elkaar verschillen, dan kan er in de toekomst frequenter worden gekeken naar het toewijzen van interventies die zich richten op ofwel externaliserend probleemgedrag, dan wel internaliserend probleemgedrag.

Een tweede aanbeveling voor vervolgonderzoek is om na te gaan in hoeverre de scores op externaliserend probleemgedrag gemeten met de CBCL afwijken van de scores gemeten met de Youth Self Report-vragenlijst (YSR). De CBCL wordt namelijk ingevuld door de ouders en de YSR wordt ingevuld door het kind zelf. Ouders zien namelijk slechts het gedrag van hun kind wanneer het kind thuis is. Aan de andere kant is het mogelijk dat het kind sociaalwenselijke antwoorden invult op de YSR. Een aanvullende derde vragenlijst zou interessant zijn. Deze vragenlijst zou bijvoorbeeld kunnen worden ingevuld door de leerkracht en/of sporttrainer. Op deze manier wordt er een valide beeld verkregen van het gedrag van de jeugdige (De Los Reyes et al., 2013).

Ten derde is gebleken dat, ondanks de significante afname in externaliserende problemen, veel GMCP nog te kampen hebben met allerlei moeilijkheden. Dit is iets wat ook naar voren komt uit nagenoeg alle reeds voltooide studies naar IAG (Veerman, 2005; Veerman, 2007; Veerman, 2019; Damen, 2021). Na afloop van de interventie nemen de externaliserende problemen nog wat meer af. Significants is dit echter niet. Dit toont aan dat GMCP niet de doorsnee families zijn, maar dat dit families zijn met hardnekkige problemen. Opvallend is dat veel onderzoek niet beschikt over een follow-up meting, terwijl dit juist heel waardevol zou zijn om zo op die manier te achterhalen of de gemaakt progressie behouden blijft of zelfs doorzet. Deze gezinnen ontbreekt het aan allerlei vaardigheden om op eigen



houtje een functionerend bestaan te leiden (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019). Het is daarom van uiterst belang om juist deze gezinnen te blijven volgen. Hierbij zijn vragenlijsten en statistische analyses niet genoeg om erachter te komen waarom deze gezinnen nog tegen allerlei moeilijkheden aanlopen na afloop van de interventie. Dit vergt kwalitatieve elementen, zoals het afnemen van diepte-interviews. Deze interviews kunnen op het einde van de interventie worden afgenomen om erachter te komen welke problemen het gezin nog heeft. Maar de interviews kunnen ook minstens een halfjaar na de interventie afgenomen worden om erachter te komen of de, tijdens de interventie aangeleerde, vaardigheden nog steeds worden toegepast. Deze informatie kan handvaten bieden voor hoe de nazorg moet worden ingericht.

### **4.3 Conclusie**

Deze studie heeft aangetoond dat IAG een positief effect heeft op externaliserend probleemgedrag van jongeren uit GMCP. De mate van externaliserende problemen op het einde van de interventie is significant afgenomen ten opzichte van het begin van de interventie. Drie maanden na de interventie is de mate van externaliserende problemen niet significant af- of toegenomen ten opzichte van het einde van de interventie. Veel GMCP ervaren na afloop van de interventie nog problemen en daarom is het van groot belang om onderzoek te blijven doen naar deze gezinnen en wat zij behoeven tijdens de interventie, maar ook tijdens de nazorg.

## Referentielijst

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Aseba.
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Batum, P., & Yagmurlu, B. (2007). What counts in externalizing behaviors? The contributions of emotion and behavior regulation. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 25(4), 272–294.
- 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>
- Cole, P. M., Zahn-Waxler, C., Fox, N. A., Usher, B. A., & Welsh, J. D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 518–529. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.4.518>
- De Los Reyes, A., Thomas, S. A., Goodman, K. L., & Kundey, S. M. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual review of clinical psychology*, 9, 123-149.
- Damen, H., Scholte, R. H., Vermulst, A. A., van Steensel, P., & Veerman, J. W. (2021). Parental empowerment as a buffer between parental stress and child behavioral problems after family treatment. *Children and Youth Services Review*, 124, 105982.
- Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274–285. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.03.024>.
- Hektner, J. M., August, G. J., Bloomquist, M. L., Lee, S., & Klimes-Dougan, B. (2014). A 10-year randomized controlled trial of the Early Risers conduct problems preventive intervention: Effects on externalizing and internalizing in late high school. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology, 82(2), 355–360. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0035678>
- Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk*. (1ste editie). Lemniscaat.
- Maggi, S., Irwin, L. J., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2010). The social determinants of early child development: An overview. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(11), 627–635. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2010.01817.x>.
- Marcone, R., Affuso, G., & Borrone, A. (2020). Parenting styles and children's internalizing-externalizing behavior: The mediating role of behavioral regulation. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 39(1), 13–24. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s12144-017-9757-7>
- Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 178–189. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9119-8>
- Rooijen, K. van (2020). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Sawilowsky, S. S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of modern applied statistical methods*, 8(2), 26.
- Spratt, T. (2012). Families with multiple problems: Some challenges in identifying and providing services to those experiencing adversities across the life course. *Journal of Social Work*, 11(4), 343–357. <http://dx.doi.org/10.1177/1468017310379256>
- Steege, M. van der, Ligtermoet, I., Lekkerkerker, L., & Vliet, E. van der (2013). *Methodiekhandleiding IAG*. Utrecht: NJi.
- Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 18(3), 593-610.

- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services, 37*(1), 4-22.
- Teye, A. C., & Peaslee, L. (2015). Measuring educational outcomes for at-risk children and youth: Issues with the validity of self-reported data. In *Child & youth care forum* (Vol. 44, No. 6, pp. 853-873). Springer US.
- Tuenter, T., Hooijsma, M. en Donker, A. (2020) Gezinnen met meervoudige en complexe problemen in 2017. Een analyse met behulp van CBS microdata. *Nederlands Jeugdinstituut*. Geraadpleegd op 15 maart 2022, van <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Gezinnen%20met%20meervoudige%20en%20complexe%20problemen%20in%202017.pdf>
- Tully, L. A., & Hunt, C. (2016). Brief parenting interventions for children at risk of externalizing behavior problems: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies, 25*(3), 705–719. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10826-015-0284-6>
- Van Assen, A. A., Knot-Dickscheit, J. J., Post, W. W., & Grietens, H. H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review, 114*, 104994.
- Van Schot, E., & Van der Steege, M. (1998). *De methodiek van IOG Hulp aan Huis*. Assen: Uitgeverij Hulp aan Huis Drenthe.
- Veerman, J.W., & Meyer, R. de (2015). Consistency of outcomes of home-based family treatment in The Netherlands as an indicator of effectiveness. *Children and Youth Services Review, 59*, 113–119.
- Veerman, J.W., & Meyer, R. de (2019). *Meer zicht op effectiviteit IAG. Analyse van uitkomsten 2009-2019*. Nijmegen: Praktikon.
- Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp. Een meta-analyse. *Pedagogiek, 25*, 176-196.

- Veerman, J.W., Meyer, R.E. de, & Roosma, A.H. (2007) Effectonderzoek aan huis. Opzet en uitkomsten van het onderzoek van de Hulp aan Huisprogramma's in Noord- en Oost-Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 155-168.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18 [Manual for the CBCL/4-18]. *Rotterdam: EUR/AZR/Sophia Kinderziekenhuis, afdeling Kinder en Jeugdpsychiatrie.*
- Visscher, L., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., van Yperen, T. A., Scholte, R. H., Delsing, M. J., ... & Jansen, D. E. (2021). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12745>
- Zarakoviti, E., Shafran, R., Papadimitriou, D., & Bennett, S. D. (2021). The Efficacy of Parent Training Interventions for Disruptive Behavior Disorders in Treating Untargeted Comorbid Internalizing Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Clinical child and family psychology review*, 24(3), 542-552.