

Interventie

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 17 juni 2022

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Abrahamse (april 2022).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide Beschrijving	6
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	24
5. Samenvatting Werkzame elementen	29
6. Aangehaalde literatuur	30

Samenvatting

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is een geprotocolleerde interventie gericht op het vergroten van opvoedvaardigheden bij ouders en het verminderen van gedragsproblemen bij jonge kinderen. PCIT heeft als doel het interactiepatroon van ouder en kind te veranderen om te zorgen voor een gedragsverandering bij het kind. De behandeling vindt doorgaans plaats in een spelkamer, maar kan ook thuis aangeboden worden indien geïndiceerd. Tijdens de twee fases van behandeling (Kind-Gerichte Interactie en Ouder-Gerichte Interactie) worden ouders door de therapeut live gecoacht wat zich richt op het versterken van opvoedvaardigheden, het verbeteren van de ouder-kind relatie, het leren grenzen stellen en beter leren luisteren door het kind. Ouders leren hun kind in het spel te volgen en positieve aandacht te geven aan het gewenste gedrag van hun kind. Tegelijkertijd leren ouders met negatief en ongewenst gedrag van hun kind om te gaan door negeren en time-out.

Doelgroep

PCIT richt zich op kinderen van 2 tot 7 jaar met (ernstige) gedragsproblemen en hun ouders die opvoedproblemen ervaren. PCIT kan ingezet worden bij kinderen met een gediagnostiseerde gedragsstoornis (ODD, ADHD). Ook als er geen sprake is van een dergelijke diagnose, maar het kind wel enkele vormen van probleemgedrag vertoont die deze diagnose kenmerkt kan PCIT ingezet worden. PCIT kan ook ingezet worden vanwege risico's bij het kind (bijvoorbeeld wonend in pleeggezin) of omdat er sprake is van een verstoorde ouder-kind relatie.

Doel

Het einddoel van PCIT is de gedragsproblemen bij het kind te voorkomen en/of te verminderen. Dit gebeurt door de positieve opvoedvaardigheden van de ouders te vergroten en de kwaliteit van de ouder-kind relatie te verbeteren, waardoor de gedragsproblemen verminderen en daardoor de stress bij ouders vermindert.

Aanpak

Ouders en kind worden samen in een spelkamer getraind, waarbij de therapeut vanachter een one-way screen de ouder coacht middels een oor-microfoontje. Ook ervoor gekozen worden om de therapie bij het gezin in de thuissituatie aan te bieden (PCIT-Home). De therapie richt zich middels twee fasen (Kind-Gerichte Interactie en Ouder-Gerichte Interactie) op verbetering van de ouder-kind interactie en op het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind. Naast de fysieke sessies, worden ouders ook gevraagd thuis te oefenen met de positieve opvoedvaardigheden door middel van 5-minuten speciale speeltijd met hun kind. PCIT duurt gemiddeld 20 weken afhankelijk van het niveau van vaardigheden van de ouder en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituatie naar situaties in het dagelijks leven.

Materiaal

Er is een in het Nederlands vertaald en bewerkt handboek beschikbaar (origineel protocol is Engels). Ook bijbehorende assessment materialen zoals de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) en het Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS) zijn beschikbaar in het Nederlands.

Onderbouwing

Interventies waarbij opvoedvaardigheden van ouders worden versterkt om het gedrag van het kind te veranderen, ook wel oudertrainingen genoemd, worden gezien als de

meest effectieve strategie om gedragsproblemen bij jonge kinderen te verminderen. Daarbij worden de kernelementen van PCIT geassocieerd met positieve effecten op de vaardigheden van ouders en het gedrag van kinderen. Door het bekrachtigen van gewenst gedrag en het toepassen van voorspelbare en veilige strategieën bij ongewenst gedrag (negeren en time-out). PCIT verandert hiermee de negatieve interactiepatronen tussen ouder en kind door nieuwe patronen te creëren die gezond, warm en sensitief zijn. De live coaching tijdens de sessies door de therapeut zijn hierbij een belangrijk onderdeel van de interventie. Coaching geeft de therapeut de mogelijkheid om ouders gedrag aan te leren en dit te bekrachtigen op het moment dat ze daadwerkelijk plaatsvinden.

Onderzoek

Naast meer dan 40 jaar van internationaal onderzoek die de effectiviteit van PCIT onderbouwd, zijn in Nederland drie effectstudies naar PCIT uitgevoerd en gepubliceerd. Al deze studies lieten bewijs zien voor het positieve effect van PCIT op de vermindering van gedragsproblemen bij jonge kinderen (Abrahamse, Junger, Chavannes, Coelman, Boer, & Lindauer, 2012; Abrahamse, Junger, Van Wouwe, Boer, & Lindauer, 2016; Abrahamse, Tsang, & Lindauer, 2021). In twee van deze studies werd ook bewijs gevonden voor een toename van opvoedvaardigheden en werd gevonden dat door het aanbieden van PCIT bij het gezin thuis het aantal gezinnen dat vroegtijdig de behandeling afbreekt beperkt kan worden. De Nederlandse effectstudies uit 2012 en 2016 zijn opgenomen in verschillende internationale meta-analyses naar de effectiviteit van PCIT (Valero-Aguayo, Rodríguez-Bocanegra, Ferro-García, & Ascanio-Velasco, 2021; Thomas, Abell, Webb, Avdagic, & Zimmer-Gembeck, 2017). Hieruit blijkt dat PCIT effectief is in het verminderen van gedragsproblemen van het kind, ook in vergelijking tot controlegroepen of andere interventies. Tevens laten de meta-analyses zien dat PCIT zorgt voor een toename van positieve opvoedvaardigheden en een afname van opvoedingsstress bij ouders.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is een ouderinterventie die zich richt op kinderen in de leeftijd van 2 tot 7 jaar waarbij sprake is van (ernstige) gedragsproblemen. PCIT kan als behandeling ingezet worden bij kinderen waarbij de diagnose voor ernstige gedragsproblemen is gesteld, waaronder een oppositioneel opstandige stoornis (ODD) of een norm overschrijdende gedragsstoornis met of zonder ADHD en kan tevens ingezet worden bij kinderen zonder diagnose die wel enkele vormen van probleemgedrag vertonen die deze diagnose kenmerkt.

PCIT wordt internationaal primair ingezet als behandeling voor jonge kinderen met gedragsproblemen, maar in een toenemend aantal landen wordt PCIT gebruikt als aanbod in relatie tot risico's bij de ouders (zoals bij verhoogde kans op kindermishandeling). De inhoud van PCIT leent zich namelijk om ingezet te worden als preventieve behandeling, waarbij PCIT indirect, via het verbeteren van de ouder-kind relatie en het verminderen van gedragsproblemen van het kind, kan bijdragen aan het voorkomen van (herhaling van) fysieke kindermishandeling. In Nederland gebeurt dit in de klinische praktijk ook, maar onderzoek hiernaar is vooralsnog beperkt. In de huidige interventiebeschrijving ligt daarom de focus op PCIT als behandeling en niet als preventieve interventie.

Intermediaire doelgroep

PCIT richt zich op ouders en/of vaste verzorgers die opvoedproblemen ervaren en onvoldoende opvoedvaardigheden hebben om het gedrag van hun kind te hanteren. De interventie wordt aangeboden aan de ouders of andere volwassenen die een belangrijke rol in de opvoeding van het kind spelen (bijv. opa/oma of pleegouder). De ouders kunnen verschillen in leeftijd, etnische achtergrond en opleidingsniveau. Wel is voldoende kennis van de Nederlandse of Engelse taal van belang. Ook dienen ouders voldoende motivatie te hebben om aan de behandelsessies deel te nemen.

Selectie van doelgroepen

PCIT wordt in de klinische setting, specifiek in de specialistische jeugdhulp, ingezet als er sprake is van (ernstige) gedragsproblemen bij een kind tussen de 2 en 7 jaar en/of er sprake is van een verstoorde ouder-kind relatie.

Er zijn meerdere mogelijkheden om verwezen te worden voor PCIT:

- Reguliere intake binnen een klinische (specialistische) setting
 - o Er is sprake van (ernstige) gedragsproblemen bij het kind of er wordt een diagnose CD, ODD en/of AD(H)D gesteld
 - o Er worden (door de jonge leeftijd van het kind) klinische observaties gedaan met ouder en kind.
- Jeugdbescherming
- Jeugdhulp (vanuit gemeente)
- School

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

Indicaties:

- Een score van 132 (klinische grens) op de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999), een gestandaardiseerd vragenlijst welke bij intake wordt ingevuld door de ouders. Tenminste één van de kinderen in het gezin vertoont (ernstige) gedragsproblemen, waarbij gesproken wordt over oppositieel-opstandig, antisociaal en agressief gedrag. Als ouders de gedragsproblemen van hun kind een intensiteit score van onder de 114 geven, dan wordt er niet voldaan aan het diagnostische criterium voor een gedragsstoornis, maar kan PCIT alsnog geïndiceerd worden op basis van de andere indicatiecriteria.
- Ouders hebben onvoldoende opvoedvaardigheden om het gedrag van het kind te hanteren.
- Het aangemelde kind is tussen de 2 en 7 jaar oud.
- De ernst van deze problematiek is zodanig dat minder intensieve vormen van opvoedondersteuning onvoldoende resultaat zullen opleveren of hebben opgeleverd.
- Het kind woont thuis of is voldoende thuis, zodat de ouder kan oefenen met de Kind-Gerichte Interactie en Ouder-Gerichte Interactie vaardigheden (voorwaarde is dat één of beide ouders dagelijks de 5 minuten speciale speeltijd kunnen uitvoeren).
- Intellectueel vermogen van ouders is boven de 70. PCIT vraagt in zekere mate leerbaarheid van ouders. Echter kan hierbij in individuele gevallen een uitzondering gemaakt worden.

Naast veel voorkomende vragenlijsten die bij intake of diagnostiek gebruikt worden (SDQ, CBCL en OBVL), wordt bij aanmelding voor PCIT gebruik gemaakt van een aanvullende vragenlijst; de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Deze gestandaardiseerde vragenlijst brengt naast de frequentie (Intensiteit schaal) van de problemen bij het kind ook de beleving van ouders in kaart (Probleem schaal).

Als er aanleiding is om de ouder-kind relatie te versterken door de opvoedvaardigheden te vergroten bij ouders, kan PCIT ook geïndiceerd worden. De afweging of deze indicatie voldoende van toepassing is, wordt door de verwijzende professional gemaakt. Dit geldt ook voor de afweging om PCIT op locatie of bij het gezin thuis aan te bieden (PCIT-Home).

Contra-indicaties:

- Ouders waarbij sprake is van ernstige niet behandelde persoonlijke problematiek (bijv. traumaklachten).
- Ouders met verslavingsproblematiek of middelenmisbruik.
- Ouders met overheersende relatieproblematiek wat actieve deelname belemmerd.
- Ouders die bekend zijn als dader van seksueel misbruik.

Betrokkenheid doelgroep

Door de jaren heen zijn ouders en kinderen actief betrokken bij de doorontwikkeling van PCIT. Dit gebeurt op systematische wijze tijdens evaluatieonderzoek aan de hand van kwalitatieve interviews, maar ook vanuit de organisatie PCIT International (licentiehouder) wordt veel waarde gehecht aan input vanuit de doelgroep. Daarnaast wordt er bij afsluiting van de behandeling (zowel bij een het vroegtijdig afbreken of het

volledig doorlopen van het traject) met ouders gereflecteerd op het verloop en de ervaringen met PCIT, wat inmiddels al belangrijke inzichten heeft opgeleverd, waaronder het door ontwikkelen van PCIT als aanbod bij het gezin thuis. Het originele protocol/handleiding kent hierdoor inmiddels verschillende aanvullingen voor een zorg op maat aanbod voor specifieke doelgroepen (bijv. angstproblematiek, autisme en depressie). Vanuit de ontwikkelaar Sheila Eyberg wordt dit maatwerk (tailoring) ook aangemoedigd, mits de aanpassingen in het protocol geëvalueerd worden in wetenschappelijk onderzoek. Ook in Nederland wordt vanuit deze gedachte PCIT aangeboden, het protocol is aangevuld met handvatten voor toepassing in de thuissituatie (PCIT-Home) en waarbij de effecten in een onderzoeksproject zijn geëvalueerd (Abrahamse, Tsang, & Lindauer, 2021). Tevens is uit diverse onderzoeken naar PCIT bekend dat aanpassingen voor verschillende populaties (zowel culturen als problematiek) niet noodzakelijk zijn voor behoud van effectiviteit van PCIT. De huidige focus bij de doorontwikkeling van PCIT ligt op het meer toegankelijk maken voor verschillende doelgroepen en vroegtijdige uitval te voorkomen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van PCIT is het voorkomen en/of verminderen van gedragsproblemen bij jonge kinderen. Dit hoofddoel wordt bereikt door het verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders en de kwaliteit van de ouder-kind relatie te verbeteren, waardoor de gedragsproblemen verminderen en daardoor de stress bij ouders vermindert .

Subdoelen

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

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

1. Zijn de opvoedvaardigheden van ouders vergroot.
 - Ouders maken voldoende gebruik van de Kind-Gerichte Interactie (KGI) vaardigheden, dit zijn positieve opvoedvaardigheden, namelijk het geven van gerichte complimenten, nazeggen van wat het kind zegt en benoemen van het gedrag. Daarnaast leert de ouder het stellen van vragen, het geven van kritiek en het geven van opdrachten te vermijden en mild verstorend gedrag te negeren.
2. Ouders maken voldoende gebruik van de Ouder-Gerichte Interactie (OGI) vaardigheden, dit zijn disciplineringsvaardigheden, namelijk het geven van directe opdrachten en het gebruiken van de time-out procedure.
3. Is de kwaliteit van de ouder-kind relatie verbeterd.
4. Is er meer positieve interactie tussen ouder en kind.
5. Is de opvoedingsstress van ouders verminderd.

De therapeut heeft verschillende manieren om de voortgang tijdens PCIT te volgen en tevens te bepalen wanneer alle subdoelen behaald zijn. Dit gebeurt aan de hand van een wekelijkse afname van de ECBI (gedragsproblemen kind) **en aan het begin van de sessie** worden ook de opvoedvaardigheden van ouders aan de hand van het Dyadic

Parent-Child Interaction Coding System (DPICS) gescoord. Daarnaast wordt er gesproken met ouders over hun vertrouwen in het gebruiken van de nieuw aangeleerde vaardigheden in het dagelijks leven en over hun progressie gedurende de behandeling. Mede op basis hiervan bepaalt de therapeut wanneer PCIT afgerond kan worden.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

PCIT heeft een vaste structuur en is een individuele interventie waarbij ouder(s) en kind samen deelnemen aan de behandelsessies. De interventie wordt aangeboden door een opgeleide PCIT-therapeut. Behandelsessies nemen ca. anderhalf uur in beslag en hebben een overzichtelijke opbouw, met steeds dezelfde onderdelen. Bij PCIT worden ouders en kind samen in een spelkamer getraind, waarbij de ouder vanachter een one-way-screen wordt gecoacht door een therapeut middels een microfoon in het oor ('live-coaching'). Wanneer de therapie wordt aangeboden in de thuissituatie (PCIT-Home) coacht de therapeut van een gepaste afstand met een draadloze headset, of kiest de therapeut een strategische positie achter de ouder.

PCIT wordt afgerond als ouders de vaardigheden uit beide fasen beheersen volgens vooraf gestelde competentie criteria, het gedrag van het kind op een niveau van normaal functioneren zit en ouders voldoende vertrouwen in zichzelf hebben om zelfstandig verder te gaan, ofwel de opvoedingsstress is afgenomen.

PCIT als behandeling duurt tussen 10-30 weken, heeft gemiddeld 20 sessies. Dit is afhankelijk van de zwaarte van de problematiek van het kind, het niveau van vaardigheden van ouders en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituaties naar situaties in het dagelijks leven.

Inhoud van de interventie

PCIT kent twee fasen, de Kind-Gerichte Interactie (KGI), met een focus op het versterken of herstellen van de ouder-kind relatie en het bevorderen van positieve opvoedvaardigheden en de Ouder-Gerichte Interactie (OGI), waar ouders leren consistente en voorspelbare grenzen te stellen. Beide fasen starten met een instructiesessie, waarbij ouder(s) zonder kind naar de sessie komen. In deze sessie wordt uitgelegd wat de respectievelijke fase inhoudt en wat er tijdens de daaropvolgende sessies aan bod komt. De therapeut is veel aan het woord tijdens deze sessie, geeft uitleg en voorbeelden, doet vaardigheden voor en er worden ook rollenspellen met ouder(s) gedaan ter voorbereiding op de coachingsessies die na deze instructiesessie volgen. De coachingsessies in beide fasen starten altijd met de therapeut die 5-minuten de ouder en kind tijdens spel observeert en de vaardigheden bij de ouder scoort. Het vervolg van de sessie richt zich op het coachen van de ouder door de therapeut op de specifieke positieve opvoedvaardigheden. Ouders worden tevens gevraagd thuis ook te oefenen door middel van het dagelijks inzetten van vijf minuten 'speciale speeltijd' met hun kind, waarin ze dan de vaardigheden oefenen in de thuissituatie. Zie 'Overzicht PCIT' hierboven voor een schematische weergave van de interventie en specifiekere uitleg per fase onderdeel.

Overzicht PCIT

Onderstaande tabel geeft de opbouw en inhoud van PCIT weer:

Fase	Wat	Inhoud	Duur
Pre-start	Werving	<ul style="list-style-type: none"> • Standaard intake bij instelling • (Hetero)-anamnese • Afname van vragenlijsten 	1 bijeenkomst
Start	Assessment (ouder, kind en therapeut)	<ul style="list-style-type: none"> • Interview met ouders • Afname van vragenlijsten • Observatie ouder-kind interactie 	Max. 2 bijeenkomsten
Fase 1	Kind-Gerichte Interactie instructiesessie (ouder en therapeut)	Uitleg geven over positieve opvoedvaardigheden (complimenten, nazeggen, nadoen, gewenst gedrag benoemen en plezier hebben) en mild verstorend gedrag actief negeren.	1 bijeenkomst
	Kind-Gerichte Interactie coachingsessies (ouder, kind en therapeut)	Aanleren van positieve opvoedvaardigheden. Het gaat hier bij elke sessie steeds om dezelfde vaardigheden (gerichte complimenten, nazeggen, nadoen, gewenst gedrag benoemen en plezier hebben; mild verstorend gedrag actief negeren). Op basis van de 5-minuten observatie aan het begin van de sessie wordt de extra focus op vaardigheden die achterblijven bepaald.	Afhankelijk van behalen competentie-criteria
Fase 2	Ouder-Gerichte Interactie instructiesessie (ouder en therapeut)	Uitleg over het geven van effectieve opdrachten en time-out procedure.	1 bijeenkomst
	Ouder-Gerichte Interactie coachingsessies (ouder, kind en therapeut)	Aanleren van het geven van effectieve opdrachten en time-out procedure.	Afhankelijk van behalen competentie-criteria
	Afrondende bijeenkomst (ouder, kind en therapeut)	<ul style="list-style-type: none"> • Afronden van de therapie • Afname van vragenlijsten • Uitreiking 'diploma' 	1 bijeenkomst

Werving

Werving wordt gedaan voor de start van PCIT. Een gezin kan aangemeld worden voor PCIT na een standaard intake bij een jeugdhulporganisatie of specialistische jeugd ggz-instelling. Als na intake gesteld wordt dat de gedragsproblemen en/of de verstoorde ouder-kind relatie op de voorgrond staan van de problematiek en tevens voldaan wordt

aan de eerdergenoemde indicatiecriteria, is PCIT geïndiceerd. Vervolgens wordt het kind met zijn/haar ouders aan een beschikbare PCIT-therapeut gekoppeld om de behandeling te starten.

Assessment

Zoals in de tabel geschetst wordt er bij start van PCIT een assessment gedaan, bestaande uit een interview met de ouders, de afname van een vragenlijst om de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders te bepalen en een observatie van de ouder-kind interactie in drie situaties (kindgericht spel, oudergericht spel en opruimen). De uitkomsten van deze assessment geven vervolgens richting aan de doelen tijdens het PCIT-traject en de coaching door de therapeut.

Kind-Gerichte Interactie fase (KGI)

De KGI-fase van PCIT heeft als doel de band tussen ouder en kind te versterken. De ouder leert om positieve opvoedvaardigheden te gebruiken (gerichte complimenten geven, nazeggen, nadoen, gewenst gedrag benoemen en plezier hebben) en mild verstorend gedrag 'actief te negeren'. Ouders dienen in deze fase het geven van opdrachten, stellen van vragen en geven van kritiek te vermijden. De positieve opvoedvaardigheden die de ouders aanleren worden in de eerste KGI-bijeenkomst (instructiesessie) met ouders doorgenomen en van een uitleg voorzien (het doel van de vaardigheden). Ouders ontvangen hierover ook handouts met aanvullende informatie en tips voor het gebruik van de vaardigheden. De daaropvolgende sessies (coachingsessies) worden ouders met het kind live gecoacht middels een microfoontje in het oor, door de therapeut vanachter het one-way-screen. Elke coachingsessie is op dezelfde manier opgebouwd.

Ouder-Gerichte Interactie fase (OGI)

Tijdens de OGI-fase van PCIT leren ouders effectieve, op het gedrag gerichte managementstrategieën, zoals het geven van opdrachten, reageren op gehoorzamen dan wel verzet van het kind en het gebruiken van een time-out procedure. De focus ligt in deze fase op het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind. Doordat de ouder consequent op het gedrag van het kind reageert, leidt dit tot een verbetering van het meewerken en gehoorzamen van het kind. De vaardigheden die de ouders aanleren worden in de eerste OGI-bijeenkomst (instructiesessie) met ouders doorgenomen en van een uitleg voorzien (het doel van de vaardigheden en uitleg procedure). De daaropvolgende sessies (coachingsessies) worden ouders opnieuw met het kind live gecoacht. De sessies kennen dezelfde opbouw en structuur als de KGI-coachingsessies waarbij nu de vaardigheden van de OGI-centraal centraal staan binnen de coaching door de therapeut. Daarnaast blijft de therapeut coachen op de KGI-vaardigheden.

Instructiesessies

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

Coachingsessies

Na de instructiesessie wordt overgegaan naar de coachingsessies. Elke coachingsessie

heeft dezelfde opbouw. Onderstaande tabel geeft de opbouw van een coachingsessie weer:

Eén ouder in therapie	Twee ouders in therapie
Nabespreken van de huiswerkformulieren	Nabespreken van de huiswerkformulieren
Scoren van vaardigheden van de ouder Coachen van de ouder	Scoren van de eerste ouder Coachen van de eerste ouder
	Scoren van de tweede ouder Coachen van de tweede ouder
Bespreken van de voortgang	Bespreken van de voortgang
Toelichten nieuwe huiswerkformulieren	Toelichten nieuwe huiswerkformulieren

De coachingsessie start met het invullen van een vragenlijst, de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) over het gedrag van het kind en de bespreking van de huiswerkformulieren die de ouders de vorige bijeenkomst hebben meegekregen nabesproken.

Vervolgens gaat één ouder spelen met het kind waarbij hij/zij alle geleerde vaardigheden toepast. De therapeut scoort de vaardigheden die de ouder toepast vanachter het one-way screen. Aan de hand van deze scoring middels de DPICS (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System) kiest de therapeut één of twee vaardigheden die tijdens de coaching extra aandacht krijgen. Dit zijn de vaardigheden die de ouder nog onvoldoende toepast. Vervolgens start de coaching waarbij de ouder speelt met het kind en via het oortje feedback van de therapeut krijgt. Wanneer de coaching afgerond is wisselt de eerste ouder met de tweede ouder van plaats en start het scoren en vervolgens het coachen (indien er twee ouders aanwezig zijn).

Na de coaching van de tweede ouder bespreekt de therapeut de voortgang (toegepaste vaardigheden) aan de hand van de DPICS en ECBI-score van de ouders. De DPICS helpt de therapeut om het type en de kwaliteit van de interactie tussen kind en ouder te kunnen beoordelen, geeft de therapeut de mogelijkheid voor elke sessie coachingsdoelen vast te stellen en maakt het de therapeut mogelijk aan ouders feedback te geven op vooruitgang in hun vaardigheden.

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

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

Bij afronding van de sessie geeft de therapeut de nieuwe huiswerkformulieren mee. Ouders ontvangen ook handouts met aanvullende informatie en tips voor het gebruik van de vaardigheden. Het oefenen van de vaardigheden vindt niet alleen tijdens de sessies

plaats, maar ook thuis. Iedere dag dienen ouders vijf minuten speciale speeltijd met hun kind in te plannen, zodat ze de nieuw geleerde vaardigheden kunnen oefenen en zich eigen kunnen maken.

Afsluiting

Fasering in PCIT ontstaat door de 'meting-gestuurde' benadering. Pas wanneer de ouders de belangrijke opvoedvaardigheden in voldoende mate beheersen gaan zij door naar de volgende fase. Afsluiting vindt plaats als ouders en het gedrag van het kind voldoen aan de zogenoemde competentie criteria. Hiermee heeft PCIT geen vast aantal sessies en ontvangt elk gezin het aantal sessies wat nodig is om het behandeltraject succesvol af te ronden. Gemiddeld zijn dat 20 sessies.

Competentie criteria

Tijdens de KGI-fase wordt aan het begin van elke sessie gedurende 5 minuten gescoord. Een vereiste voor de overgang naar de OGI-fase is dat ouders tijdens deze 5 minuten 10 keer gewenst gedrag benoemen, 10 keer nazeggen, en 10 keer 'gerichte complimenten' geven. Tevens is een vereiste dat de ouder hierbij niet meer dan 3 opdrachten geeft, vragen stelt en/of kritieken geeft.

Tijdens OGI-fase moet 75% van de opdrachten 'effectief' door de ouders worden geformuleerd, dat wil zeggen dat opdrachten direct, positief en enkelvoudig zijn en de kinderen moeten in 75% van de gevallen de opdracht hebben uitgevoerd/opgevolgd. Daarnaast moet de aanpak van de ouder correct zijn. Dat wil zeggen dat zij bij gehoorzaam gedrag van het kind een 'gericht compliment' geven (en een waarschuwing bij ongehoorzaamheid plus de gehele time-out procedure uitvoeren indien nodig).

Zodra ouders de competentie criteria voor de KGI- en OGI-fase behaald hebben, wordt toegewerkt aan een afronding van PCIT. Bij afsluiting worden nog twee aanvullende criteria gehanteerd worden zijn:

- De score op de ECBI moet bij afsluiting van PCIT lager (of gelijk) zijn aan een score van 114 (NB: 132 is de klinische grens), ofwel als het gedrag van het kind is genormaliseerd.
- Ook is een voorwaarde dat ouders voldoende vertrouwen in zichzelf hebben om zelfstandig verder te gaan, ofwel de opvoedingsstress is afgenomen.

Indien er gedurende de behandeling of bij afsluiting aanvullende problematiek in het gezin speelt die niet te beïnvloeden is door verbetering van de ouder-kind interactie (bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek van ouders of financiële problematiek) wordt het gezin doorverwezen naar een andere interventie of aanvullende hulpverlening voor ouders. De therapeut maakt hierbij een zorgvuldige afweging of PCIT haalbaar is en de timing van de behandeling passend is.

2. Uitvoering

Materialen

De volgende materialen zijn voor de uitvoering en evaluatie van PCIT beschikbaar:

- Handleiding Parent-Child Interaction Therapy (Eyberg & Funderburk, 2011) (door PCIT International goedgekeurde Nederlandse vertaling)
- Handouts (huiswerkformulieren, voortgangsformulieren, aanvullende therapie informatie)
- Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999) (Nederlandse vertaling beschikbaar)
- Klinische handleiding en werkboek Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS; Eyberg, Nelson, Ginn, Bhuiyan, & Boggs, 2013) (Nederlandse vertaling).

Locatie en type organisatie

De interventie kan als behandeling uitgevoerd worden in een instelling voor Jeugdhulp of Jeugd-GGZ, in een psychologische of pedagogische praktijk. De interventie kan ook aangeboden worden in een andere setting (PCIT-Home) zoals bij het gezin thuis, een buurthuis, wijkcentrum, of school, mits de therapeut opgeleid is om dat uit te voeren.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Vanuit de licentiehouders PCIT International wordt de opleiding tot PCIT-therapeut aangeboden voor daarvoor gecertificeerde Global trainers. Nederlandse trainers zijn beschikbaar en het trainingsmateriaal is grotendeels in het Nederlands.

Voorwaarden tot deelname aan de opleiding:

- Een relevante HBO- of WO-opleiding, met kennis van ontwikkelingspsychologie waaronder de gehechtheids- en sociale leertheorie.
- Ruime klinische ervaring met het ouders en kinderen.

De opleiding tot PCIT-therapeut omvat vier onderdelen en vindt plaats in een tijdsbestek van 12 maanden:

1. Deelname aan 5 opleidingsdagen (40 uur).
2. Consultatietraject van 21 uur
3. Vaardigheidsbeoordeling op 6 opnames
4. Praktijkervaring met minimaal 2 succesvol afgeronde casussen gezinnen

1. Deelname aan de 5 opleidingsdagen

De basisopleiding bestaat uit 5 trainingdagen (40 uur). De opleiding is modulair opgebouwd en bestaat uit een kennismakingsdeel, een trainingsdeel op het toepassen van de methodiek, een coachingsdeel op het versterken van therapeutische vaardigheden en een implementatie-/organisatiedeel.

In de opleiding maken therapeuten kennis met de theorie achter PCIT, met de toepassing van de methodiek, het werken vanuit de handleiding, het uitvoeren van assessments, het hanteren van indicatie- en contra-indicaties en het maken van inhoudelijke keuzes in de therapie. Na deze kennismakingsfase wordt men getraind en begeleid op het in de klinische praktijk toepassen van de methode. In de coachingsfase wordt men begeleid op de methodische en inhoudelijke aspecten van de behandeling. Tevens wordt advies

gegeven over de implementatie en organisatie van PCIT en de inbedding in de organisatie.

2. Consultatietraject van 21 uur

Gedurende 12 maanden vindt consultatie plaats via een online meeting. Deze consultaties duren 60 minuten en zijn groepsgewijs georganiseerd. De consultatie vindt om de twee weken plaats en heeft hierdoor een duur van ca. 12 maanden. Tevens de dit consultatietraject komen verschillend ontwerpen aan bod, waaronder implementatie en indicatie vragen en tevens inhoudelijke casuïstiek.

Zodra de PCIT-therapeut het consultatietraject en twee casussen succesvol heeft afgerond aan de hand van een competentie checklist komt hij/zijn in aanmerking voor certificering bij PCIT International.

3. Vaardigheidsbeoordeling op 6 opnames

Onderdeel van de PCIT-opleiding zijn 6 vaardigheidsbeoordelingen van video-opnamen die de therapeut i.o. instuurt en waar hij/zij schriftelijke feedback van de trainer op ontvangt. De inhoud van de opnames die de therapeut i.o. aanlevert dient verdeeld te zijn over de verschillende onderwerpen (vermeldt op een competentie checklist) die in het PCIT-protocol aan de orde komen en te zijn voorzien van een reflectieverslag.

4. Praktijkervaring met minimaal 2 succesvol afgeronde casussen gezinnen

Certificering is mogelijk wanneer de therapeut voldoende praktijkervaring heeft gedemonstreerd. Zodra de PCIT-therapeut het consultatietraject en twee casussen succesvol heeft afgerond aan de hand van een competentie checklist komt hij/zijn in aanmerking voor certificering bij PCIT International.

Kwaliteitsbewaking

De integriteit van de therapeut wordt gewaarborgd binnen het opleidingstraject. De vaardigheden van de therapeuten worden tijdens de 5-daagse opleiding en tijdens de consultatie beoordeeld op competentiecriteria.

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

1. Therapeut realiseert samenwerking met ouders

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

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

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

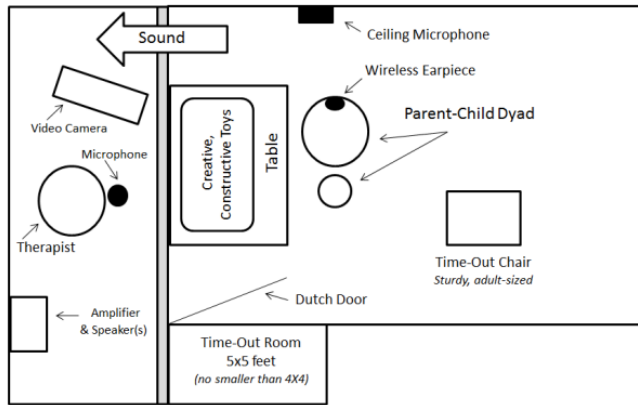
Ook na certificering worden therapeuten geacht om hun competenties en kennis te toetsen en is hercertificering na twee jaar noodzakelijk. Het beleid ten aanzien van de opleiding en kwaliteitsbewaking is conform de richtlijnen van PCIT International. Hierbij zijn er zogenoemde accreditatiepunten (CE-credits) nodig, die je kunt verkrijgen door het bijwonen van aanvullende consultatiebijeenkomsten, congressen en het bekijken van een video's over een specifiek PCIT-gerelateerd onderwerp. Daarnaast biedt de PCIT-handleiding houvast voor therapeuten met een integriteitschecklist per sessie, waarbij nauwkeurig is uitgewerkt waaraan een bepaalde PCIT sessie moet voldoen.

Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van PCIT zijn enkele organisatorische randvoorwaarden bij de uitvoerende instelling noodzakelijk. Vanzelfsprekend moeten de PCIT-therapeuten beschikken over de juiste competenties en de PCIT opleiding hebben gevolgd.

Daarnaast dient de instelling te beschikken over een spelkamer met one-way screen met audiovisuele apparatuur en een time-out ruimte. Er moet voldoende ruimte zijn zodat er een tafel in de ruimte kan, een losse stoel verwijderd van de tafel (voor de 'aparte stoel') en een aparte ruimte met een 'halve' deur (voor de time-out). PCIT International heeft hier ook handvaten en aanbevelingen voor, welke beschikbaar zijn op de website www.pcit.org. Daarnaast is er in Nederland bij de huidige uitvoerende organisaties al uitgebreide kennis over de inrichting en de benodigde apparatuur voor deze ruimte.

Een standaard PCIT-kamer ziet er als volgt uit:



([Comeau, 2016](#))

Implementatie

Bij implementatie van PCIT binnen een organisatie/instelling wordt gekeken naar de beste aanpak om PCIT onderdeel te maken van het reguliere processen en routes binnen de organisatie/instelling. Zo zijn Nederlandse voorbeeldteksten voor informatiemateriaal voor ouders en verwijzers beschikbaar. Ook wordt voorafgaand aan de opleiding en tijdens de consultatie veel aandacht besteed aan de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie.

De ervaring is dat de implementatie van PCIT binnen de instelling pas daadwerkelijk vorm krijgt als therapeuten getraind zijn en op zoek gaan naar passende casussen. De tweewekelijkse consultatie is hierbij helpend, zodat meegedacht kan worden bij oplossingen voor facilitaire en logistieke knelpunten. De consultatie is daarom niet alleen voor de inhoudelijke kwaliteitsbewaking en certificering, maar ook voor de implementatie en borging van PCIT binnen de instelling.

Kosten

PCIT wordt gegeven door een HBO of WO gediplomeerde psycholoog, (ortho)pedagoog of maatschappelijk werker (uurtarief gemiddeld € 121 euro inclusief materiële kosten). De tijdsinvestering van de therapeut is per sessie anderhalf uur. Met een gemiddeld traject van 20 sessies zijn de kosten van PCIT per kind € 3630.

De kosten voor opleiding zijn afhankelijk van de groepsgrootte bij de 5-daagse opleiding en het verdere consultatietraject. De opleiding wordt altijd door minimaal twee trainers aangeboden. Op basis van een gemiddelde groepsgrootte van 8 deelnemers per opleidingstraject zijn de kosten € 8.000 per therapeut. Dit is inclusief de 5-daagse training, het 21-urige consultatietraject, de vaardigheidsbeoordeling van 6 video's, het materiaal en de uiteindelijke certificering bij PCIT International. In afstemming met de organisatie of instelling kan tevens een maatwerkeraanbod gedaan worden voor een opleidingstraject.

De kosten voor hercertificering bij PCIT International na twee jaar zijn \$25.

3. Onderbouwing

Probleem

PCIT is voor kinderen van 2 tot 7 jaar met (ernstige) gedragsproblemen en hun ouders die opvoedproblemen ervaren en onvoldoende opvoedvaardigheden hebben om het gedrag van hun kind te hanteren. Kinderen die problematisch gedrag vertonen, doen een groot beroep op de opvoedkwaliteiten en inspanningen van ouders en zijn voor ouders een bron van stress. Door de combinatie van het problematische gedrag van het kind en gebrekkige opvoedvaardigheden en stress bij ouders in de opvoeding kan een negatief of verstoord interactiepatroon tussen ouder en kind ontstaan, wat zorgt voor verdere escalatie van gedragsproblemen.

PCIT is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling (jeugdhulp) van kinderen met ernstige gedragsproblemen of een hieraan verwante diagnose (oppositieel opstandige stoornis en norm overschrijdende gedragsstoornis). Deze externaliserende gedragsstoornissen, inclusief ADHD, zijn tevens de meest voorkomende stoornissen bij kinderen (16,4%; Rijlaarsdam et al., 2015).

Bijna alle jonge kinderen vertonen een zekere mate van gedragsproblemen. Vooral bij kinderen jonger dan 4 jaar komt fysiek agressief gedrag regelmatig voor, zoals slaan, bijten en schoppen (Girard, Tremblay, Nagin & Côté, 2019). Kinderen leren echter al snel (vanaf 3 jaar) om hun woede meer te controleren en te reguleren en ook leren ze dan om op een meer sociaal geaccepteerde manier te reageren. Ook de taalontwikkeling draagt er aan bij dat kinderen andere manieren leren om hun frustratie duidelijk te maken (Tremblay et al., 2004). Bij 7% tot 11% van de jonge kinderen nemen deze gedragsproblemen echter niet af naarmate ze ouder worden (Bongers, Koot, van der Ende & Verhulst, 2004). Deze prevalentie is hoog te noemen en externaliserende gedragsproblemen zijn dan ook de meest voorkomende reden waarom jonge kinderen naar hulpverlening verwezen worden (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000). Het is dan ook belangrijk om al op jonge leeftijd te interveniëren bij kinderen met gedragsproblemen om deze te verminderen en de negatieve gevolgen voor de verdere ontwikkeling te voorkomen.

PCIT kan ingezet worden bij kinderen met een gediagnosticeerde gedragsstoornis (ODD, ADHD). Ook als er geen sprake is van een dergelijke diagnose, maar het kind wel enkele vormen van probleemgedrag vertoont die deze diagnose kenmerkt kan PCIT ingezet worden. PCIT kan ook ingezet worden vanwege risico's bij het kind (bijvoorbeeld wonend in pleeggezin) of omdat er sprake is van een verstoorde ouder-kind relatie.

Gedragsproblemen bij jonge kinderen kan uit een grote verscheidenheid van sociaal storend gedrag bestaan, zoals dwars en opstandig gedrag, prikkelbaar en driftig gedrag, anderen ergeren, antisociaal gedrag en agressief gedrag (www.richtlijnenjeugdhulp.nl; Matthys, 2011; Matthys & van West, 2014). Dit gedrag kan zonder behandeling zowel directe negatieve gevolgen hebben als een verhoogd risico op een ongunstige ontwikkelingsuitkomsten op langere termijn (Broidy et al, 2003). Deze kinderen hebben een grotere kans op afwijzing door leeftijdsgenoten (McDonald & Gibson, 2018), het uitlokken van inadequaat opvoedgedrag bij ouders (Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018), lager opleidingsniveau resulterend in werkloosheid, of arbeidsinstabiliteit, in aanraking te komen met het justitiële systeem (criminaliteit), ongehuwd te blijven, te

scheiden (Maughan & Rutter, 2001) en hebben vaker psychiatrische problemen zoals depressie, verslaving en een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Burke, Derella & Johnston, 2018; Frick & Wall Meyers, 2018).

Naast negatieve uitkomsten voor de kinderen zelf, zorgen de gedragsproblemen ook voor maatschappelijke gevolgen. Op vierjarige leeftijd zijn de kosten voor kinderen met gedragsproblemen al hoger dan voor kinderen zonder gedragsproblemen (Raaijmakers, Posthumus, Van Hout, Van Engeland & Matthys, 2011). Uit de studie van Scott en collega's (2001) kwam naar voren dat de lange termijn kosten voor onderwijs, gezondheidszorg, justitie, en sociale voorzieningen tien keer hoger zijn voor kinderen met gedragsstoornissen, dan die voor kinderen die zich normaal ontwikkelen. Deze ernstige gevolgen worden o.a. bevestigd door Gach en collega's (2018).

Oorzaken

Als PCIT wordt ingezet als behandeling is de aanname dat de opvoedproblemen bij ouders, gedragsproblemen en de eventuele diagnoses bij het kind zijn ontstaan en in stand gehouden worden door een combinatie van risicofactoren bij het kind zelf en van de omgeving.

Kindfactoren die onder andere bijdragen aan de ontwikkeling van gedragsproblemen zijn pre- en perinatale problemen, een moeilijk temperament, gen-omgeving interacties en neurobiologische afwijkingen (Matthys, 2011). Ook de omgeving, die bij jonge kinderen nog vooral het gezin betreft, speelt een rol bij het ontstaan en het in stand houden van gedragsproblemen. Het gaat hier dan om specifieke ouder-kindinteracties of beperkte opvoedvaardigheden van ouders, zoals inconsequentie in het hanteren van ongewenst gedrag en hardhandig straffen van ongewenst gedrag (Stormshak et al., 2018).

Daarnaast hangen deze omgevingsfactoren vaak samen met andere risicofactoren binnen het gezin zoals mentale problemen van ouders (Barry, Lindsey, Fair & DiSabatino, 2018), relatieproblemen tussen de ouders (O'Leary & Solano, 2018), financiële problemen (Maughan, Rowe & Murray, 2018) en problemen in de buurt en in het contact met de school (Fite, Rubens, Evans & Poquiz, 2018). Daarbij is bekend dat opvoedingsstress bij ouders zowel een oorzaak als een gevolg van gedragsproblemen bij het kind kan zijn (Neece et al., 2012). Ook kan een negatieve ouder-kind interactie en opvoedingsstress leiden tot kindermishandeling, wat zowel een gevolg als een oorzaak kan zijn van gedragsproblemen bij het kind (MacKenzie, Nicklas, Brooks-Gunn & Waldfogel, 2011).

Inzetten op een gezonde en warme ouder-kind relatie is daarom een uitgangspunt bij het voorkomen en verminderen van gedragsproblemen bij het kind en uiteindelijk ook het voorkomen en verminderen van een negatieve ontwikkeling. Zo blijkt uit onderzoek dat een warme en sterke ouder-kind relatie als buffer kan dienen voor het negatieve effect van armoede op de hersenontwikkeling van kinderen (Brody et al., 2017). Ook draagt een positieve ouder-kind interactie bij aan een goede taalontwikkeling, die cruciaal is voor de cognitieve ontwikkeling en de schoolprestaties van kinderen (Leffel & Suskind, 2013).

De sociale-leertheorie van Bandura (1973) en de coercie theorie van Patterson (2002) beschrijven belangrijke mechanismen die gedragsproblemen na de peutertijd in stand houden. Hierbij kan gedacht worden aan de bekrachtiging van negatief gedrag en coercive patronen van de ouder-kind interactie.

Aan te pakken factoren

Het hoofddoel van PCIT is het voorkomen en/of verminderen van gedragsproblemen van het jonge kind. Dit hoofddoel wordt bereikt door het verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders en de kwaliteit van de ouder-kind relatie te verbeteren, waardoor de gedragsproblemen van het kind verminderen en daardoor de stress bij ouders verminderd.

PCIT richt zich daarom vooral op de risicofactoren die te maken hebben met de ouder-kind interactie en ineffectieve opvoedvaardigheden. PCIT is gebaseerd op zowel de hechtingstheorie – wat uitlegt *waarom* de ouder-kind relatie belangrijk is voor ontwikkeling van het kind – als op de sociale leertheorie – wat uitlegt *hoe* de relatie tussen ouder en kind kan verbeteren. Tijdens de twee fasen van PCIT leren ouders specifieke opvoedvaardigheden om positief gedrag van hun kind te bekrachtigen en negatief gedrag te negeren (subdoel 1). Door deze andere manier van omgang van de ouder met het kind en de positieve aandacht die de ouder het kind leert te geven tijdens PCIT, wordt de ouder-kind relatie verbeterd (subdoel 3 en 4). De ouder gaat zich hierdoor meer competent voelen als opvoeder en het vertrouwen in het ouderschap neemt toe. Dit leidt tot een vermindering van de opvoedingsstress bij ouders (subdoel 5) en doordat met de versterkte opvoedvaardigheden wordt ingezet op het stimuleren van de sociale, emotionele en cognitieve van het kind, leidt dit uiteindelijk tot een verandering in het gedrag van het kind (hoofddoel). Daarnaast leren ouders tijdens PCIT natuurlijke, logische en voorspelbare consequenties voor negatief gedrag van het kind, zoals veilige disciplineringsstechnieken, wat kan leiden tot alternatieve manieren van disciplineren boven het eventuele gebruik van fysiek geweld (subdoel 2).

Verantwoording

Achtergrond:

Uit literatuuroverzichten en meta-analyses (Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Thomas et al., 2017, Weisz & Kazdin, 2010) blijkt dat oudertraining de meest succesvolle aanpak is ter preventie en in de behandeling van externaliserend probleemgedrag.

Opvoedvaardigheden worden beschouwd als het onderliggende mechanisme die de ontwikkeling van gedragsproblemen kan beïnvloeden, maar ook veranderen of voorkomen.

De meeste oudertrainingen voor jonge kinderen hebben een vergelijkbare theoretische achtergrond gebaseerd op de gehechtheidstheorie (Ainsworth, 1969; Sroufe & Sampson, 2000) en de sociale-leertheorie (Bandura, 1973; Dishion & Patterson, 2016). Ook PCIT is gebaseerd op deze twee complementaire theoretische modellen. Beide theorieën gaan er van uit dat gedragsproblemen (mede) ontstaan in de ouder-kind relatie. Vanuit de hechtingstheorie wordt beschreven dat het jonge kind een sterke affectieve band met zijn of haar ouder nodig heeft als een basis voor zijn geestelijke gezondheid. Een sensitieve en responsieve opvoeding gedurende de baby- en peutertijd leidt tot een gevoel van veiligheid bij het kind. Het kind vertrouwt erop dat zijn behoeften bevredigd zullen worden door de ouder. Jonge kinderen, wiens ouder meer warmte, responsiviteit en sensitiviteit laten zien op hun signalen hebben meer kans om veilige relaties met anderen te ontwikkelen en meer effectief emoties te kunnen reguleren.

De sociale leertheorie verklaart hoe ouders en kinderen middels gedragsreeksen verstrikt kunnen raken in verstoorde interactiepatronen. Door een positieve gedragsverandering in de interactie van de ouder naar het kind toe teweeg te brengen, vermindert

probleemgedrag van het kind of wordt dit voorkomen, wat op zijn beurt weer positief opvoedgedrag tot gevolg heeft (Dishion & Patterson, 2016).

Ondanks de vergelijkbare theoretische achtergrond van oudertrainingen is er een grote variatie aan kerncomponenten binnen de verschillende interventies. Dat komt omdat de theorie op verschillende manieren vertaald kan worden in praktische vaardigheden voor ouders. Oudertrainingen die primair gericht zijn op positieve bekrachtiging van het gedrag van kinderen, en dan met name door complimenten te gebruiken, blijken het meest effectief te zijn in het verminderen van gedragsproblemen. Ook het aanleren van natuurlijke, logische of voorspelbare consequenties voor negatief gedrag, zoals veilige disciplineringsstechnieken, komt naar voren als een cruciale component bij het veranderen van het probleemgedrag van kinderen (Leijten et al., 2019).

Daarnaast worden oudertrainingen waarbij ouders de mogelijkheid hebben om nieuwe vaardigheden direct te oefenen met hun kind beschouwd als effectievere interventies, dan interventies waarbij dat niet gebeurt (Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008). Een effectieve oudertraining bevat verder de volgende kernelementen: de kans om positieve interactie tussen ouder en kind te versterken, het vergroten van positieve communicatievaardigheden tussen ouder en kind, de mogelijkheid voor ouders om direct nieuwe vaardigheden te kunnen oefenen tijdens therapiesessies, ouders leren om een time-out procedure effectief te gebruiken, nadruk op consequent en voorspelbaar zijn voor het kind en het belonen van positief gedrag gecombineerd met het negeren van negatief gedrag (Kaminski et al., 2008).

PCIT (Eyberg & Funderburk, 2011) bezit al deze elementen en implementeert deze geprotocolleerd. Daarbij worden de kernelementen van PCIT geassocieerd met positieve effecten op de vaardigheden van ouders en het gedrag van kinderen. Door het bekrachtigen van gewenst gedrag en het toepassen van voorspelbare en veilige strategieën bij ongewenst (negeren en time-out). PCIT verandert hiermee de negatieve interactiepatronen tussen ouder en kind door nieuwe patronen te creëren die gezond, warm en sensitief zijn. De live coaching tijdens de sessies door de therapeut zijn hierbij een belangrijk onderdeel van de behandeling. Coaching geeft de therapeut de mogelijkheid om ouders gedrag aan te leren en dit te bekrachtigen op het moment dat dit daadwerkelijk plaatsvindt.

Ontwikkelaar Sheila Eyberg (1988) werkte vanuit haar achtergrond met traditionele psychotherapie voor kinderen aan een methode waarbij het versterken van de ouder-kind relatie als fundamenteel element van een gezonde ontwikkeling van het kind centraal staat. PCIT is gebaseerd op de opvoedstijlen door Baumrind (1966). Hierin zijn de twee belangrijkste aspecten van de autoritatieve opvoedstijl (warmte/responsiviteit en controle/grenzen stellen) vertaald naar de twee fasen van behandeling: de Kind-Gerichte Interactie (KGI) fase en de Ouder-Gerichte Interactie (OGI) fase. Het uitgangspunt bij deze fasen is dat een warme en responsieve relatie tussen ouder en kind voorwaarde is voor het effectief grenzen stellen (Ainsworth, 1969; Sroufe, 2000). Daarbij geldt ook dat consistente disciplineren binnen de opvoeding, leiden tot een blijvende verandering in het gedrag van ouder en kind (Reitman & McMahon, 2013). Hoewel PCIT in essentie ontwikkeld is voor het verminderen van gedragsproblemen bij jonge kinderen, is de huidige visie dat dit behandelmodel het welzijn van kinderen en gezinnen kan verbeteren in een bredere context, indien dit passend is bij de klinische hulpvraag. PCIT leidt tot verandering van de negatieve interactiepatronen tussen ouders en kinderen. Dit geldt ook voor de onveilige interactiepatronen bij mishandelende ouders. Tijdens de interventie

worden nieuwe patronen gecreëerd die gezond, warm en steunend zijn (Chaffin et al., 2004; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2012).

Inhoud behandeling:

De belangrijkste kracht van PCIT is dat de behandeling voor ouder en kind samen is en er live coaching is (Niec, 2018). Deze live coaching wordt gezien als een krachtig mechanisme voor gedragsverandering, zowel voor ouders als voor kinderen. De therapeut gebruikt technieken als voorzeggen, positieve bekrachtiging en selectieve aandacht om ouders nieuwe ouder-kind interactiepatronen te laten ontwikkelen. De therapeut streeft ernaar dat ouders zich meer bewust worden van het positieve gedrag van hun kind. Door de ouder op deze manier te coachen staat de therapeut tegelijkertijd model voor de warme en responsieve stijl die ouders leren voor de interactie met hun kind (Abrahamse, 2020).

Kind-Gerichte Interactie

Tijdens de eerste fase van PCIT, de Kind-Gerichte Interactie (KGI) staat de versterking van de ouder-kind relatie, of bij sommige gezinnen het herstel of herstructureren hiervan, centraal. Ook wordt ingezet op veilige hechting tussen ouder en kind en de basis gelegd voor effectieve disciplineren. De therapeut zet hier in op verbetering van de positieve opvoedvaardigheden, betere regulatie van het gedrag en de emoties van het kind. Vanuit de gehechtheidstheorie wordt het *waarom* van het belang van een goede ouder-kind relatie voor de ontwikkeling van kinderen benadrukt. De sociale leertheorie verklaart vervolgens *hoe* ouders deze band met hun kind kunnen versterken.

De opvoedvaardigheden die ouders tijdens de KGI leren, zijn vaardigheden waarbij het kind centraal staat, positieve bekrachtiging krijgt en door de ouder gevolgd wordt in zijn gedrag. Zo leren ouders om uitspraken van hun kind na te zeggen (*nazeggen* – kind: “Ik vind de toren heel hoog”, ouder: “Jij vindt het een hoge toren”), zijn of haar gedrag te benoemen (*gedragsbenoeming* – “Je zet het blauwe blokje boven op de toren”), en specifieke bekrachtiging te geven aan positief gedrag (*gerichte complimenten* – “Wat heb je een prachtige toren gebouwd”). Tevens leren ouders om gedrag dat de interactie, en dus ook het kind, stuurt of negatief beïnvloedt, te vermijden (*vragen stellen, opdrachten geven en kritiek uiten*). Ten slotte leren ouders gebruik te maken van selectieve aandacht om ongewenst gedrag van het kind te negeren. Hiermee bevorderen ze de regulatie van het gedrag.

Ouder-Gerichte Interactie

Zodra ouders de positieve opvoedvaardigheden voldoende onder de knie hebben volgens vooraf-gestelde competentie criteria, stroomt het gezin door naar de tweede fase van PCIT, de Ouder-Gerichte Interactie (OGI). Tegen de tijd dat ouders en kind deze fase bereiken, is door de toename van het gebruik van de positieve opvoedvaardigheden een basis gelegd voor een versterkte ouder-kind relatie, maar ook voor de vermindering van de gedragsproblemen bij het kind. Bij ernstige gedragsproblemen is de KGI-fase echter onvoldoende om het gedrag van het kind terug te brengen naar een normaal niveau (Eisenstadt, Eyberg, McNeil, Newcomb, & Funderburk, 1993). Tijdens de OGI-fase leren ouders daarom om consistente en voorspelbare grenzen te stellen, afgestemd op het ontwikkelingsniveau van het kind. Deze grenzen, en ook veilige en effectieve consequenties van gedrag, dragen vanuit de theorie bij aan een gezonde ontwikkeling van het kind (Baumrind, 1966). Het kind leert hierbij de ouder te gehoorzamen doordat er systematisch een time-out procedure gebruikt wordt, duidelijke directe opdrachten

worden gegeven en gehoorzaam gedrag geprezen wordt. De nadruk ligt op het aanleren van positief gedrag bij het kind en positieve opvoedvaardigheden bij de ouders.

Binnen deze context, gericht op het verminderen of voorkomen van gedragsproblemen, wordt ook een effectieve techniek geïntroduceerd voor kinderen die opdrachten niet opvolgen of de grenzen overschrijden, een time-out. Binnen PCIT wordt time-out gezien als een methode om kinderen korte tijd te onttrekken aan activiteiten die bekrachtigend werken, zoals speelgoed en aandacht van de ouder. Oudertrainingen die een time-out-protocol bevatten blijken effectiever te zijn dan interventies zonder time-out (Kaminski et al., 2008). Het live oefenen van de time-out zorgt er daarnaast voor dat ouders de routine meer consistent en veilig aanleren. Ook helpt de coaching van de therapeut om de procedure beter vol te houden.

Het uiteindelijke doel van PCIT is dat ouders de vaardigheden (positieve opvoedvaardigheden en disciplinerings technieken) die ze tijdens de behandelsessies leren, kunnen toepassen in alledaagse situaties met hun kinderen. Binnen PCIT worden verschillende stappen gezet om dit uiteindelijke doel en daarbij ook de langetermijneffecten te bereiken. Zo worden ouders gestimuleerd om dagelijks met hun kind te spelen in de vorm van 5 minuten speciale speeltijd, waarbij ouders tegelijkertijd de vaardigheden kunnen oefenen. Ook wordt één van de laatste sessies van PCIT regelmatig door de therapeut gebruikt om in het openbaar te oefenen.

PCIT is een meting-gestuurde interventie. Dit betekent dat, ondanks de geprotocolleerde structuur en de kerncomponenten van de interventie, de behandeling wordt afgestemd op de individuele behoeften van ouder en kind. Door middel van wekelijkse metingen met een vragenlijst en observatie wordt de voortgang van het gezin en de versterking van de vaardigheden nauwgezet gevolgd. De doelen tijdens de behandelsessie worden hiermee bepaald en ook zijn deze metingen bepalend voor de doorstroom van het gezin naar de tweede fase en afronding van PCIT. Hierdoor wordt binnen de geprotocolleerde structuur van PCIT de behandeling zodanig afgestemd op de behoeften van ouders en kind dat het succes van de behandeling vergroot wordt (Niec, 2018).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Studie 1:

- a) Abrahamse, M. E., Niec, L. N., Solomon, D. T., Junger, M., & Lindauer, R. J. (2019). Psychometric Properties of the Dyadic Parent-Child Interaction Coding System in The Netherlands. *Child & Family Behavior Therapy*, 41(3), 141-158.
- b) Dit betrof een onderzoek naar de ervaringen van de therapeuten met PCIT en de Nederlandse implementatie hiervan. In dit onderzoek zijn 18 PCIT therapeuten geïnterviewd (2015) over hun ervaringen met de training tot PCIT-therapeut en hun zienswijze op de uitvoering van de interventie.
- c) De resultaten laten zien dat de PCIT-therapeuten overwegend positief zijn over de training en de behandeling zelf. Echter hebben zij ook verbeterpunten en beperkingen bij de uitvoering van PCIT benoemd. Zo willen de therapeuten bijvoorbeeld graag meer supervisie, en ook benadrukken zij de problemen die het werken met multiprobleemgezinnen met zich meebrengen. Voor het behoud van de behandelintegriteit en bredere implementatie van PCIT in Nederland is het van belang om de training, de aanvullende consultatie en certificering voor therapeuten goed af te stemmen op de behoefte van de therapeuten.

Studie 2:

- a) Abrahamse, M. E., Niec, L. N., Junger, M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2016). Risk factors for attrition from an evidence-based parenting program: findings from the Netherlands. *Children and Youth Services Review*, 64, 42-50.
- b) In deze studie is gekeken naar de uitval en factoren die hier invloed op hebben bij 40 gezinnen die PCIT hebben ontvangen in de periode 2009 tot 2012.
- c) Bij 40% van deze gezinnen is het behandeltraject vroegtijdig afgebroken, dat wil zeggen voordat alle criteria voor afronding zijn behaald. Dit percentage is relatief hoog, maar enigszins lager dan internationaal onderzoek naar PCIT in vergelijkbare settings. De resultaten laten ook zien dat gezinnen met oudere kinderen een verhoogd risico hebben om PCIT vroegtijdig af te breken, net als moeders met symptomen van angst en depressie.

Studie 3:

- a) Mos, M., Abrahamse, M. E., Scherpbier, I. C. A., Lindauer, R.J.L. (in voorbereiding). Coaching binnen Parent-Child Interaction Therapy (PCIT): Technieken van de therapeut doen ertoe!
- b) In deze studie is onderzoek gedaan naar de visie op en het gebruik van coachingstechnieken door therapeuten binnen PCIT. Hierbij is door 21 therapeuten (68% responsrate) een enquête ingevuld en zijn 49 video's van PCIT coachingsessies gecodeerd en geanalyseerd.
- c) De grote meerderheid van de therapeuten ziet live coaching als meest effectieve component binnen PCIT. Therapeuten maken tijdens het coachen bij PCIT het meest gebruik van positieve bekrachtigingen, door gerichte en algemene

complimenten in te zetten. Tevens wordt het voordoen van positieve opvoedvaardigheden (Modeling) ook vaak gebruikt door therapeuten, voornamelijk voor het voordoen van gedragsbenoemingen en nazeggingen. Deze twee coachingstechnieken worden daarom beschouwd als meest effectief voor het aanleren van opvoedvaardigheden bij ouders. Therapeuten worden geadviseerd om vooral deze technieken te gebruiken tijdens PCIT.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

In Nederland zijn er inmiddels drie effectonderzoeken met onafhankelijke steekproeven naar PCIT uitgevoerd. Internationaal gezien is dit aantal veel groter, ook zijn er diverse meta-analyses beschikbaar. Uit deze onderzoeken komen geen negatieve effecten van PCIT naar voren.

Onderzoek 1

- Publicaties

- a) Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2012). Parent-Child Interaction Therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 1-9.
- b) Deze studie betrof een pilot onderzoek gedaan naar de eerste gezinnen ($n = 37$) in Nederland die PCIT ontvingen na de implementatie in 2007. Deze gezinnen werden aangemeld voor ernstige gedragsproblemen van hun kind in de leeftijd van 2 tot en met 7 jaar. Deze gezinnen zijn vergeleken met een groep kinderen die geen problemen hadden (niet klinische groep; $n = 58$). Scores van ouders op de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) van de eerste en laatste PCIT-sessies zijn in dit onderzoek meegenomen.
- c) Ouders van kinderen die een volledig PCIT-behandeltraject doorliepen rapporteerden een significante vermindering van de gedragsproblemen bij hun kind na afsluiting van PCIT, met effectgroottes van 1.99 voor moeders en 1.88 voor vaders. Dit betekent een zeer groot effect. Daarnaast werden er bij de nameting geen significante verschillen op de ECBI gevonden tussen de groep kinderen die PCIT ontving en de kinderen in de niet-klinische vergelijkingsgroep. Dit wijst erop dat PCIT de gedragsproblemen bij de kinderen kan reduceren naar een niveau van normaal functioneren. Wel was er binnen deze study een relatief grote groep gezinnen (27,5%) die het PCIT-protocol niet volledig doorliepen.

Onderzoek 2

- Publicaties

- a) Abrahamse, M. E., Junger, M., van Wouwe, M. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2016). Treating child disruptive behavior in high-risk families: A comparative effectiveness trial from a community-based implementation. *Journal of Child and Family Studies, 25*(5), 1605-1622.
- b) Dit onderzoek betrof een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gedaan waarbij gezinnen ($N = 43$) PCIT ontvingen of een andere behandelconditie (Gezins-Creatieve Therapie; GCT). De kinderen waren aangemeld vanwege gedragsproblemen en waren

in de leeftijd van 2 tot en met 8 jaar. Metingen werden gedaan met gestandaardiseerde vragenlijsten (ECBI, CBCL, NOSI-K) en een onafhankelijke observatie van de ouder-kind interactie voor het beoordelen van zowel de opvoedvaardigheden van ouders en het gedrag van het kind (DPICS) voorafgaand aan de interventie, direct erna en na 6 maanden.

- c) Binnen dit onderzoek was er sprake van een aantal gezinnen dat na de randomisatie voor GCT op klinisch advies een overstap maakte naar PCIT. Intention-to-treat (ITT) analyses lieten geen significante verschillen zien bij de 6 maanden follow-up meting voor de gedragsproblemen van het kind en de opvoedvaardigheden van de ouders. Vervolgens zijn er analyses uitgevoerd op basis van de behandeling die het gezin daadwerkelijk ontvangen heeft. Bij deze treatment-received groepssamenstelling waren er geen verschillen tussen de behandelcondities op de uitkomstmaten op de meting voor start van behandeling. Bij de na- en follow-up meting waren er echter wel verschillen tussen de behandelcondities. Bij de vergelijking van de effecten tussen de behandelingen kwam een significant interactie-effect van tijd en behandeling naar voren voor de mate van gedragsproblemen (ECBI) en het de opvoedvaardigheden van ouders tijdens het spelen met hun kind (DPICS). Dit betekent dat afname van de gedragsproblemen van het kind en de toename van opvoedvaardigheden van de ouder na PCIT groter is dan na GCT. Dit effect is tevens terug te zien in de tevredenheid van ouders met de behandelvorm die zij ontvingen. Ouders die PCIT kregen waren significant meer tevreden over de behandeling en de geleerde vaardigheden dan gezinnen die GCT ontvingen. Ook werd gevonden dat gezinnen die PCIT ontvingen tevens significante verbeteringen hadden op andere uitkomstmaten zoals externaliserende en internaliserende problematiek (CBCL) van het kind en opvoedingsstress van de ouders (NOSI-K). De integriteit van de uitvoering van PCIT werd bewaakt door integriteit checklists die in de PCIT-handleiding zitten. Voor elk deelnemend gezin is door de onderzoekers één random sessie beoordeeld op basis van deze checklist met een gemiddelde integriteit met het protocol van 72%.

Onderzoek 3

- Publicaties

- a) Abrahamse, M. E., Tsang, V. M., & Lindauer, R. J. (2021). Home-Based Parent-Child Interaction Therapy to Prevent Child Maltreatment: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8244.
- b) Dit onderzoek betrof een evaluatie van een verkorte versie van PCIT (8 sessies) in de thuissituatie (PCIT-Home). Bij PCIT-Home bestond het behandeltraject uit acht sessies die bij het gezin thuis worden aangeboden. Binnen dit onderzoek werden 20 gezinnen random toegewezen aan een Direct Starten-conditie of een Wachtlijstconditie.
- c) De resultaten van dit onderzoek wezen uit dat een aanpassing van de lengte en de behandelsetting een positieve uitwerking had op de mate van uitval; slechts 15% binnen dit onderzoek. Ook bleken ouders die direct PCIT-Home ontvingen een significante afname van de gedragsproblemen van hun kind te rapporteren en meer positieve opvoedvaardigheden te gebruiken ten opzichte van de wachtlijstgroep. Er werd echter niet op alle uitkomstmaten een significante verbetering gevonden: het risico op kindermishandeling en de opvoedbelasting ervaren door de ouders

verminderden bijvoorbeeld niet. Mogelijk zijn acht sessies te weinig om te zorgen voor een behandelingseffect dat generaliseert naar het beter functioneren van het gezin. Ook in kwalitatieve interviews met de betrokken therapeuten werd de veronderstelling bevestigd dat PCIT-Home vooral passend is voor gezinnen met milde problematiek. Voor deze gezinnen is het haalbaar om de gedragsproblemen van het kind binnen de acht behandelingsessies voldoende te verminderen. Therapeuten bevestigden het voordeel van behandeling thuis, maar bij ernstige gedragsproblemen van het kind is het aantal sessies niet toereikend. Ook binnen dit onderzoek is de behandelintegriteit van de therapeuten meegenomen. De integriteit met het protocol op basis van de checklists in de PCIT-handleiding was binnen dit onderzoek gemiddeld 90%.

Onderzoek 4

- a) Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-Child Interaction Therapy: A meta-analysis. *Pediatrics*, 140, 1 -15.
- b) Dit onderzoek betrof een systematische review en meta-analyse van de effecten van PCIT waarbij 23 gerandomiseerde of quasi-experimentele onderzoeken (1144 participanten) naar PCIT geïncorporeerd zijn. Hierbij zijn externaliserende en internaliserende gedragsproblemen van het kind, opvoedingsstress, de ouder-kind interactie en het format van PCIT geanalyseerd.
- c) De belangrijkste resultaten waren dat PCIT betere scoorde dan de controle condities in het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en opvoedingsstress bij ouders. Ook was een verschillende setting (academische of praktijk setting), de lengte van de sessies en de aard van de problematiek van het kind niet van invloed op verschillen in de effectiviteit van PCIT. De conclusie van dit onderzoek is dat PCIT robuuste positieve uitkomsten heeft op zowel vragenlijsten ingevuld door ouders als observationele meetinstrumenten. Daarbij wordt geconcludeerd dat aanpassingen voor verschillende populaties niet noodzakelijk zijn voor behoud van effectiviteit van PCIT.

Onderzoek 5

- a) Valero-Aguayo, L., Rodríguez Bocanegra, M., Ferro García, R., & Ascanio Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for child behaviour problems, *Psicothema*, 33(4), 544-555.
- b) Dit onderzoek betrof een meta-analyse naar de effectiviteit en werkzaamheid van PCIT waarbij 100 experimentele en quasi-experimentele studies geïncorporeerd zijn (1152 PCIT-participanten en 1216 controle participanten). Hierbij is gekeken of PCIT helpend is voor het verminderen van gedragsproblemen van het kind. Daarnaast zijn formats van PCIT geanalyseerd, zijn varianten van PCIT en follow-up metingen onderzocht en is PCIT vergeleken met controlegroepen en/of andere behandelingen.
- c) De belangrijkste resultaten waren dat PCIT goed scoorde in het verminderen van externaliserende gedragsproblemen en problemen met negativisme bij kinderen. De effectiviteit van PCIT was het grootst als er gebruik wordt gemaakt van de intensieve en complete versie van PCIT of als behandeling met een technologische toevoeging. Ook maakt deze meta-analyse gebruik van een effectiviteitsoordeel over de interventie gebaseerd op de criteria voor 'levels of evidence for well-established therapies (Southam-Gerow & Prinstein, 2014)'. Hierbij wordt PCIT aangemerkt als een level 1 therapie, wat

het hoogste niveau is. Deze level 1 betekent dat de effectiviteit van PCIT als alleenstaande behandeling, maar ook de effectiviteit van PCIT afgezet tegen andere gestandaardiseerde behandelingen erkend wordt en dat dit naar voren komt uit meerdere verschillende onafhankelijke studies verspreid over de wereld.

5. Samenvatting Werkzame elementen

PCIT bevat verschillende werkzame elementen die op basis van onderzoek naar de belangrijkste componenten van oudertraining geassocieerd worden met effectiviteit bij het verminderen of het voorkomen van gedragsproblemen bij kinderen. Het gaat om de volgende werkzame elementen:

- Geprotocolleerde interventie;
- Ouder en kind samen in behandeling, nieuwe vaardigheden kunnen direct geoefend worden;
- Focus op positieve ouder-kind interacties;
- Focus op emotionele communicatievaardigheden en emotie-regulatie bij het kind;
- Live coaching (instructie en feedback tijdens de interactie tussen ouder en kind);
- Meting-gestuurde interventie, voortgang van ouders en kinderen wordt tijdens therapie gemeten;
- Positieve bekrachtiging van het gedrag van kinderen;
- Aanleren van natuurlijke, logische of voorspelbare consequenties voor negatief gedrag, zoals veilige disciplinerings technieken (time-out procedure).

6. Aangehaalde literatuur

Abrahamse (2020). De kracht van ouderlijk gedrag: Parent-Child Interaction Therapy als ouder-interventie voor jonge kinderen met gedragsproblemen. *Tijdschrift Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 3, 140-155.

Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2012). Parent-Child Interaction Therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 24.

Abrahamse, M. E., Junger, M., Van Wouwe, A. M. M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2016). Treating child disruptive behavior in high-risk families: A comparative effectiveness trial from a community-based implementation. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1605-1622.

Abrahamse, M. E., Tsang, V. M., & Lindauer, R. J. (2021). Home-based Parent-Child Interaction Therapy to prevent child maltreatment: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8244.

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

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

Barry, T.D., Lindsey, R.A., Fair, E.C., & DiSabatino, K. (2018). Parent psychopathology. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 275-290). Chichester: Wiley-Blackwell.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*, 887-907.

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

Brody, G. H., Gray, J. C., Yu, T., Barton, A. W., Beach, S. R., Galván, A., . . . Miller, G. E. (2017). Protective prevention effects on the association of poverty with brain development. *JAMA pediatrics*, 171(1), 46-52.

Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., . . . Laird, R. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.

Burke, E.F., Derella, O.J., & Johnston, O.G. (2018). Diagnostic issues in oppositional defiant disorder. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 21-36). Chichester: Wiley-Blackwell.

- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., ... & Bonner, B. L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 500-510.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2016). The development and ecology of antisocial behavior: Linking etiology, prevention, and treatment. *Developmental Psychopathology, 1*-32.
- Eisenstadt, T. H., Eyberg, S., McNeil, C. B., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1993). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of clinical child psychology, 22*(1), 42-51.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 215-237.
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy protocol*. Gainesville, FL: PCIT International.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Ginn, N. C., Bhuiyan, N. N., & Boggs, S. R. (2013). *Manual for the Dyadic Parent-Child Interaction Coding System*. Gainesville, FL: PCIT International.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. B. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Behavior Inventory-Revised: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Fite, P. J., Rubens, S. L., Evans, S. C., & Poquiz, J. (2018). The broader context: School and neighborhood factors contributing to ODD and CD symptomatology. In J. E. Lochman & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (p. 355–369). Wiley Blackwell.
- Frick, P.J. & Wall Meyers, T.D. (2018). Conduct disorder and callous-unemotional traits. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 37-54). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Gach, E. J., Ip, K. I., Sameroff, A. J., & Olson, S. L. (2018). Early cumulative risk predicts externalizing behavior at age 10: The mediating role of adverse parenting. *Journal of Family Psychology, 32*(1), 92-102.
- Girard, L. C., Tremblay, R. E., Nagin, D., & Côté, S. M. (2019). Development of aggression subtypes from childhood to adolescence: a group-based multi-trajectory modelling perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(5), 825-838.
- Leffel, K., & Suskind, D. (2013). Parent-directed approaches to enrich the early language environments of children living in poverty. *Seminars in speech and language, 34*(4), 267-278.
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G., Van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., . . . Overbeek, G. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive

child behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(2), 180-190.

Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology*, 36(4), 567-589.

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

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

Matthys, W. (2011). *Gedragstoornissen bij kinderen; diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.

Matthys, W. & van West, D. (2014). Gedragstoornissen. In *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (F.C. Verhulst, F. Verheij & M. Danckaerts, Red.) (pp. 255-280). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Maughan, B., Rowe, R. & Murray, J. (2018). Family poverty and structure. In J. E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 258-274). Chichester: John Wiley.

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

McDonald, K.L. & Gibson, C.E. (2018). Peer rejection and disruptive behavior disorders. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 325-338). Chichester: Wiley-Blackwell.

Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48-66.

Niec, L. N. (2018). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy: Innovations and applications for research and practice*: Springer.

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

O'Leary, K. D. & Solano, I. (2018). Relationship discord, intimate partner physical aggression, and externalizing problem of children. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 291-305). Chichester: John Wiley.

- Raaijmakers, M. A., Posthumus, J. A., Van Hout, B. A., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Cross-sectional study into the costs and impact on family functioning of 4-year-old children with aggressive behavior. *Prevention Science, 12*(2), 192-200.
- Reitman, D., & McMahon, R. J. (2013). Constance "Connie" Hanf (1917–2002): The mentor and the model. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(1), 106-116.
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G. J. M., Van der Ende, J., Hofman, A., Jaddoe, V. V., Verhulst, F., & Tiemeier, H. (2015). Prevalence of DSM-IV disorders in a population-based sample of 5- to 8-year-old children: The impact of impairment criteria. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24*(11), 1339-1348.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ, 323*, 191-194.
- Sroufe, L. A., & Sampson, M. C. (2000). Attachment theory and systems concepts. *Human Development, 43*(6), 321-326.
- Stormshak, E.A., DeVargas, E.& Cardenas, L.E. (2018). Parenting practices and the development of problem behavior across the life span. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 307-322). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Southam-Gerow, M. A., & Prinstein, M. J. (2014). Evidence base updates: The evolution of the evaluation of psychological treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(1), 1-6.
- Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-Child Interaction Therapy: A meta-analysis. *Pediatrics, 140*(3), 1-15.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2012). Parent–Child Interaction Therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment. *Child maltreatment, 17*(3), 253-266.
- Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: The original sin hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 51*, 341-367.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., . . . Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics, 114*, 43-50.
- Valero Aguayo, L., Rodríguez Bocanegra, M., Ferro García, R., & Ascanio Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Psicothema, 33*(4), 544-555.
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*: Guilford Press.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

