

Universiteit Utrecht



GGZ Kinderen en Jeugd
Rivierduinen

Triple P: effectief voor specifieke doelgroepen?

Effectiviteit van de Triple P groepstraining voor gezinnen met kinderen die
verschillende soorten klinisch probleemgedrag vertonen

Thesis Master Orthopedagogiek, werkveld preventie en opvoedingsondersteuning

Universiteit Utrecht, 2008/2009

Student: Maaïke A. A. M. Zuidgeest, BSc

3028593

Eerste begeleider / beoordelaar: Mevr. dr. C. van Tuijl – *Universiteit Utrecht*

Tweede beoordelaar: Mevr. dr. M. van Londen – *Universiteit Utrecht*

Tweede begeleider: Mevr. I. C. van Breukelen, MSc – *GGZ Kinderen en Jeugd, Rivierduinen*

Inleverdatum: 16-06-2009

Triple P: effectief voor specifieke doelgroepen?

Effectiviteit van de Triple P groepstraining voor gezinnen met kinderen die verschillende soorten klinisch probleemgedrag vertonen

M. A. A. M. Zuidgeest – *Universiteit Utrecht*

ABSTRACT

Triple P is a parenting program intended to prevent, and to provide treatment, for severe behavioral, emotional and developmental problems in children. The aim of this study was to assess the effectiveness of the Triple P group training (level 4) and in particular the effectiveness for families with children exhibiting different types of clinical problem behavior and multiple types of clinical problem behavior. The sample consisted of 172 parents that participated in the Triple P group training and 191 parents from the normal population. Dependent variables were child problem behavior (SDQ), parenting skills (PS), parental competence (PSOC) and negative emotions of parents (DASS). Parents that participated in the Triple P group training completed the questionnaires at pre- and post-intervention and parents from the normal population completed the questionnaires once. Effectiveness of the program was measured using independent t-tests, repeated measures ANOVAs and mixed within-between subjects ANOVAs. At post-intervention, child problem behavior had significantly diminished, parenting skills and parental competence had improved and negative emotions of parents had diminished. Parents had significantly improved on parenting skills with scores comparable to parents from the normal population at post-intervention. In addition, the Triple P group training was equally effective for families of children with different types of clinical problem behavior. Furthermore, the training was more effective for children exhibiting 3 or 4 types of clinical problem behaviour than for children exhibiting 1 or 2 types of clinical problem behavior. Lastly, the Triple P group training was equally effective concerning parent variables independent of the number of types of clinical problem behaviour. Results support a broad implementation of the Triple P group training.

Keywords: Triple P, parenting program, prevention, behavioral family intervention

INLEIDING

Een groot deel van de Nederlandse kinderen heeft te maken met psychosociale problemen. Uit onderzoek van de Jeugdgezondheidszorg blijkt dat 11% tot 28% van de kinderen van 0-12 jaar kampen met internaliserende of externaliserende problemen. Bij 5% van de kinderen in de leeftijdscategorie van 0-12 jaar worden meerdere problemen tegelijk gesignaleerd (Zeijl, Crone, Wiefferink, Kreuzenkamp, & Reijneveld, 2005). Internaliserende (emotionele) problemen, zoals depressies, angsten of psychosomatische klachten, komen in deze leeftijdsgroep iets vaker voor dan externaliserende (gedragsmatige) problemen, zoals agressief gedrag of aandachtsproblemen. Jongens hebben in verhouding meer psychosociale problemen dan meisjes en ervaren vaker gedragsproblemen en hyperactiviteit dan meisjes (van Dorsselaer, Zeijl, van den Eeckhout, van den Bogt, & Vollebergh, 2007).

De transactionele benadering (Sameroff, 1975) is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Er bestaat een recursieve interactie tussen het gedrag van kinderen en de opvoeding van ouders, waarbij de relatie tussen opvoeding en probleemgedrag bij kinderen wordt verklaard door zowel de invloed van ouders als kinderen (Burke, Pardini, & Loeber, 2008; Larsson, Viding, Rijdsdijk, & Plomin, 2008; Rapee, 1997). Zowel ouders als kinderen hebben dus een aandeel in de ontwikkeling van internaliserend en externaliserend probleemgedrag. Enerzijds hebben de opvoedingstijl en opvoedingsvaardigheden van ouders invloed op de ontwikkeling van psychosociale problemen van kinderen. Bayer, Hiscock, Ukoumunne, Price en Wake (2008) onderscheiden onder andere een controlerende opvoedingstijl en mentale gezondheidsproblemen van ouders als risicofactoren voor het ontwikkelen van internaliserende en externaliserende problemen bij kinderen. Daarbij gelden een lage opvoedingseffectiviteit en strenge discipline als specifieke risico's voor het ontwikkelen van externaliserende problemen en is een overbeschermende opvoedingstijl een risicofactor voor het ontwikkelen van internaliserende problemen. De opvoedingstijl van ouders heeft invloed op het ontwikkelen van emotionele problemen bij kinderen, waarbij negatieve gevoelens en afwijzing van het kind gerelateerd zijn aan depressie, en een erg controlerende opvoedstijl geassocieerd kan worden met angstproblemen (Rapee, 1997). Anderzijds blijken er tevens voorbeelden te zijn van de invloed van kinderen op de opvoedingstijl en het opvoedingsgedrag van ouders. Zo stellen Larsson en collega's (2008) dat genetisch beïnvloed antisociaal gedrag van kinderen negativiteit van ouders richting het kind veroorzaakt. De invloed van zowel voorspellers van kindgedrag als oudergedrag kan uitmonden in een recursieve interactie. Zo kan antisociaal gedrag van ouders leiden tot een genetische aanleg voor antisociaal gedrag bij het kind, wat ervoor kan zorgen dat ouders negatieve gevoelens en afwijzing uiten richting het kind. Vervolgens kan dit leiden tot de ontwikkeling van emotionele problemen bij het kind, wat vervolgens een overbeschermende reactie van ouders zou kunnen opwekken en zorgt voor een verdere neerwaartse spiraal.

Uit onderzoek van Zeijl en collega's (2005) is gebleken dat medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg ernstige opvoedproblemen signaleren bij 5% van de ouders met kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar. Deze problemen worden doorgaans veroorzaakt door emotionele of gedragsproblemen bij het kind en beperkte opvoedingsvaardigheden van de ouders. Zes procent van de ouders is ontevreden over de opvoeding, vindt deze belastend en zwaar, maakt zich veel zorgen over de ontwikkeling van hun kind en kampt vaak met onzekerheden.

Met het oog op de signalering van ernstige opvoedproblemen en het belangrijke aandeel van de opvoeding bij de ontwikkeling van psychosociale problemen bij kinderen, worden

opvoedingsinterventies gezien als essentieel in vroege interventie gericht op het voorkomen of verminderen van deze psychosociale problemen (Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002).

Opvoedingsinterventies

Opvoedingsinterventies zijn korte termijn interventies, die specifiek gericht zijn op het helpen van ouders in het omgaan met de emotionele en gedragsmatige ontwikkeling van hun kinderen (Barlow, Parsons, & Stewart-Brown, 2004). Volgens Zubrick, Silburn, Burton en Blair (2000) toont onderzoek aan dat psychosociale problemen van kinderen kunnen worden beïnvloed door opvoedingsinterventies die risicovolle opvoedingssituaties trachten te verbeteren. Volgens Morgan, Nu'man-Sheppard en Allin (1990) ligt de preventieve potentie van de opvoedingsinterventies in een aantal factoren: (1) de bijdrage aan coping vaardigheden en competentiegevoel van ouders, (2) de toename van zelfvertrouwen en het gevoel van controle en zelfregulatie bij ouders, (3) een vermindering van de frequentie en intensiteit van gedragsproblemen van kinderen, (4) een consequente afname in stress bij ouders en (5) algemene veranderingen in de ouder-kind interactie die wordt gekenmerkt door meer positieve en minder negatieve momenten. De mogelijkheid tot het gelijktijdig beïnvloeden van zowel het gedrag van kinderen als ouders is belangrijk vanwege de eerder genoemde wederkerig beïnvloedende aard van de ouder-kind interactie. Een preventieve werking van ouderprogramma's is van invloed op het voorkomen van psychosociale problemen bij kinderen.

De effecten van opvoedingsinterventies zijn veelzijdig. Uit een meta-analyse van Serketich en Dumas (1996) van 26 onderzoeken naar gedragsinterventies voor ouders komt een groot effect¹ voor oudergedrag ($d = .86$) naar voren. Een andere meta-analyse toont aan dat opvoedingsinterventies tevens leiden tot verbetering van de psychosociale gezondheid van moeders op de korte termijn – aangetoond door vermindering van angst ($d = .50$) en depressie ($d = .30$) – en het verbeteren van de zelfwaardering van ouders ($d = .40$) (Barlow, Coren, & Stewart-Brown, 2002). Een meta-analyse van Thomas en Zimmer-Gembeck (2007) toont aan dat opvoedingsinterventies naast verbeteringen in de opvoedingsstijl en competenties van ouders (effectgroottes variëren van $-.69$ tot -1.16) zorgen voor vermindering van probleemgedrag bij kinderen (effectgroottes variëren van $-.67$ tot -1.45). De opvoedingsinterventies behalen tevens positieve resultaten bij specifieke groepen kinderen, waaronder kinderen met ADHD en hun ouders (Bor et al., 2002) en zijn bovendien kosteneffectief gebleken (Barlow & Stewart-Brown, 2000).

In meta-analyses wordt tevens nagegaan wat de invloed van verschillende factoren op de effectiviteit van opvoedingsinterventies is. Opvoedingsinterventies behalen grotere effecten als zij: (1)

¹ Vanuit klinisch perspectief staat een effectgrootte tussen .20 en .50 voor een klein effect, een effectgrootte tussen .50 en .80 voor een redelijk effect en een effectgrootte van .80 of hoger voor een groot effect (Cohen, 1988).

gericht zijn op het stimuleren van positieve ouder-kind interactie en emotionele communicatievaardigheden, (2) ouders time-out leren toepassen, (3) het belang van opvoedingsconsistentie benadrukken en (4) ouders nieuwe vaardigheden laten oefenen met hun kinderen (Kaminsky, Valle, Filene, & Boyle, 2008).

Voorbeelden van opvoedingsinterventies die een groot deel van deze kenmerken bevatten zijn Incredible Years (IY), Parent Management Training Oregon (PMTO), Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) en Triple P. Deze interventies hebben gemeen dat zij *evidence-based* zijn, nadruk leggen op het belang van de ouder-kind relatie en competent ouderschap en zich richten op preventie en behandeling van probleemgedrag en opvoedingsmoeilijkheden (Blokland, 2006). De IY oudertraining ten eerste, is een effectieve interventie die focust op het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het stimuleren van betrokkenheid van ouders bij de schoolervaringen van hun kinderen. Dit met het oog op vergroting van academische, sociale en emotionele competenties van kinderen en vermindering van externaliserende gedragsproblemen (Webster-Stratton, 1998). PCIT ten tweede, is een effectieve interventie voor behandeling van gedragsstoornissen bij jonge kinderen en is gebaseerd op principes van de hechtingstheorie en de sociale leertheorie (Eyberg, 2003). Deze interventie zorgt voor verbeteringen in de interactiestijl van ouders en in de gedragsproblemen van kinderen thuis en op school (Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs, & Algina, 1998). Door middel van de interventie PMTO leren ouders disfunctionele interactiepatronen te veranderen en wordt zowel het gebruik van positieve opvoedstrategieën als het gebruik van negatieve consequenties voor probleemgedrag gestimuleerd om gewenst gedrag te bevorderen. Deelname aan PMTO wordt geassocieerd met verbeteringen in discipline van ouders en dit voorspelde een grotere gehoorzaamheid van kinderen en minder externaliserende problemen bij kinderen (Ogden & Hagen, 2008). Een interventie die een bredere range van probleemgedrag tracht aan te pakken dan de eerder genoemde drie interventies is het Triple P programma. Dit programma richt zich naast externaliserend probleemgedrag tevens op internaliserend probleemgedrag van kinderen en tracht naast zwaardere problematiek ook lichtere problemen aan te pakken.

Triple P

Het Triple P programma is een opvoedingsinterventie voor ouders welke internationaal op grote schaal en nu ook nationaal wordt ingezet. Triple P staat voor *Positive Parenting Program*, ofwel Positief Pedagogisch Programma. Dit preventief georiënteerde programma is ontwikkeld in Australië, aan de universiteit van Queensland in Brisbane en heeft als doel (ernstige) gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen te voorkomen bij kinderen door het vergroten van de kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van ouders (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003).

De basis van het Triple P programma wordt gevormd door vijf kernprincipes van positief opvoeden, te weten: (1) zorgen voor een veilige en interessante omgeving, (2) een positieve leeromgeving creëren, (3) aansprekende discipline gebruiken, (4) realistische verwachtingen hebben en (5) als ouder goed voor jezelf zorgen. Deze principes richten zich op specifieke risico- en beschermende factoren waarvan bekend is, dat zij positieve resultaten voorspellen op het gebied van de ontwikkeling en geestelijke gezondheid van kinderen (Sanders, 1999).

Theoretische onderbouwing van Triple P

De inhoud van het Triple P programma is gebaseerd op een zestal wetenschappelijke theorieën (Sanders et al., 2003). De sociale leertheorie ten eerste, biedt inzicht in modellen van ouder-kind interactie en de wederkerige en wederzijdse aard van deze interactie (Patterson, 1982). Disfunctionele patronen van gezinsinteractie hebben invloed op en voorspellen het gedrag van kinderen (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). Het Triple P programma leert ouders hoe zij op een positieve manier kunnen omgaan met hun kind als alternatief voor het gebruik van dwingende, inadequate of ineffectieve opvoedingsvaardigheden. Tevens steunt het Triple P programma op theorieën over gedragsverandering welke effectieve strategieën bieden om probleemgedrag bij kinderen te voorkomen of veranderen (Sanders, 1996). Het programma leert ouders dat enerzijds gewenst gedrag kan worden gestimuleerd via positieve aandacht, prijzen en het aanbieden van boeiende activiteiten en dat anderzijds ongewenst gedrag kan worden verminderd door onder andere basisregels op te stellen, gepast te negeren, logische consequenties toe te passen en duidelijke instructies te geven. Een derde vorm van theoretische ondersteuning van het Triple P programma wordt geboden door ontwikkelingsonderzoek naar opvoeding in de alledaagse context. Het Triple P programma richt zich op de competenties van kinderen in alledaagse situaties. Daarbij bouwt het op onderzoek dat een relatie weergeeft tussen sociale en intellectuele competentie en vroege ouder-kind relaties (Hart & Risley, 1995). Het risico op gedrags- en emotionele problemen wordt verminderd door ouders te leren alledaagse situaties te gebruiken om kinderen taal, sociale vaardigheden, ontwikkelingsvaardigheden en probleemoplossende vaardigheden aan te leren in een emotioneel ondersteunende omgeving. Een vierde principe waarop Triple P is gebaseerd is de sociale informatieverwerkingstheorie. In diverse sociale informatieverwerkingsmodellen wordt de nadruk gelegd op de belangrijke rol van ouderlijke cognities - waaronder attributies, verwachtingen en overtuigingen - als factoren die bijdragen aan ouderlijke zelfeffectiviteit, besluitvorming en gedragsintenties (Bandura, 1995). Tijdens de Triple P interventie wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de attributies van ouders door ouders aan te moedigen alternatieve verklaringen te geven voor het gedrag van hun kind. Daarnaast is het Triple P programma gebaseerd op onderzoek uit de ontwikkelingspsychopathologie, waarin specifieke risico- en

beschermende factoren zijn vastgesteld, die zijn gekoppeld aan ongunstige ontwikkelingsresultaten bij kinderen (Hart & Risley, 1995). De geïdentificeerde beschermende en risicofactoren zijn opgenomen in het Triple P programma. Een laatste theorie die het Triple P programma heeft beïnvloed is de volksgezondheidsbenadering van gezinsinterventie die wordt benadrukt door Biglan (1995). Vanuit dit idee vereist het verminderen van probleemgedrag bij kinderen een gemeenschapscontext om ervoor te zorgen dat de opvoeding verandert. Niveau 1 van Triple P, een media- en promotiestrategie, is een onderdeel dat gericht is op het veranderen van de bredere ecologische opvoedingscontext.

Niveaus van Triple P

Het Triple P programma heeft een *stepped care* karakter wat tot uiting komt in een gelaagde opbouw van vijf interventieniveaus met toenemende sterkte (Sanders, 1999; Sanders et al., 2003; Speetjes, de Graaf, & Blokland, 2007). Het continuüm loopt van een weinig intensief niveau 1 gericht op universele preventie tot een zeer intensief niveau 5 gericht op geïndiceerde preventie. De gelaagde opbouw van vijf verschillende niveaus biedt de mogelijkheid om in te spelen op verschillende niveaus van disfunctioneren en gedragsproblemen en op verschillende behoeften en wensen van ouders met betrekking tot de benodigde soort, de intensiteit en de manier van ondersteuning (Sanders, 1999). Het kunnen inzetten van het programma op meerdere niveaus draagt volgens Sanders (1999) tevens bij aan de efficiëntie, beperking van de kosten en het bereiken van een brede doelgroep.

Dit onderzoek richt zich op de Triple P groepstraining op niveau 4. Het preventieve en vroegtijdige preventieprogramma is gericht op kinderen met een hoog risico waarvan is vastgesteld dat ze waarneembare problemen hebben, maar die nog niet voldoen aan de volledige diagnostische criteria voor een gedragsstoornis (Turner, Markie-Dadds, & Sanders, 2000).

Effectiviteit van Triple P Niveau 4

Triple P wordt uitgevoerd in verschillende landen, waaronder: Australië, Nieuw Zeeland, Schotland, Engeland, USA, Canada, Duitsland, Zwitserland, Iran, Hong Kong, Singapore, Japan en Nederland. De effectiviteit van de Triple P groepstraining is aangetoond in een groot aantal internationale studies binnen en buiten Australië, waaruit blijkt dat door Triple P: (1) het probleemgedrag van kinderen afneemt ($d = -.60$), (2) disfunctionele opvoedpatronen verminderen ($d = -.89$) en (3) het competentiegevoel van ouders groter wordt ($d = .57$) (Bodenmann, Cina, Ledermann, & Sanders, 2008; Cina, Bodenmann, Hahlweg, Dirscherl, & Sanders, 2006; Leung, Sanders, Leung, Mak, & Lau, 2003; Sanders, 1999; Sanders, 2003; Sanders et al., 2003). De effectgroottes komen overeen met eerder genoemde resultaten uit meta-analyses met betrekking tot opvoedingsinterventies.

Een kanttekening bij de vele studies naar de effectiviteit van Triple P is dat veel onderzoeken hebben plaatsgevonden onder leiding van de onderzoekers die het Triple P programma hebben ontwikkeld. Er zijn echter tevens onafhankelijke studies waarin de effectiviteit van Triple P groepstraining wordt aangetoond, waarbij de training bovendien positieve resultaten oplevert in diverse culturele contexten. De onafhankelijke studies bevestigen de effectiviteit van de Triple P groepstraining in Australië (Gallart & Matthey, 2005), waarbij op lange termijn gedragsproblemen bij kinderen verminderen, disfunctioneel opvoedgedrag van ouders vermindert en de mentale gezondheid van ouders verbetert (Dean, Myors, & Evans, 2003). Onderzoek van Cann, Rogers en Matthews (2003) toont aan dat na de Triple P groepstraining minder kinderen klinisch relevant probleemgedrag vertonen en dat ouders zich competentere voelen en minder conflicten ervaren met hun partner. Ook in onderzoek buiten Australië wordt de effectiviteit van de Triple P groepstraining aangetoond. Onderzoek in Duitsland toont een afname in probleemgedrag bij kinderen aan (Heinrichs et al., 2006). Deze bevinding wordt bevestigd in Nederlands onderzoek (de Graaf & Bohlmeijer, 2006; Speetjes et al., 2007). Bovendien worden de verbeteringen in opvoedingsgedrag van ouders bevestigd, gekenmerkt door een afname van laksheid, overreageren en breedsprakigheid en een toename van tevredenheid over de opvoeding (de Graaf & Bohlmeijer, 2006). De aangetoonde effectiviteit van Triple P in diverse culturele contexten ondersteunt de verdere wereldwijde verspreiding en implementatie van Triple P.

Doel en vraagstelling

De effectiviteit van het Triple P programma op niveau 4 – en de groepstraining in het bijzonder – is in internationaal en nationaal onderzoek aangetoond. Of de Triple P groepstraining effectief is voor specifieke doelgroepen is echter in mindere mate onderzocht. De vraag rijst of de interventie wellicht bijzonder geschikt is voor gezinnen met kinderen die een bepaalde soort probleemgedrag vertonen. Is er een verband tussen het soort probleemgedrag van het kind en het effect van de Triple P groepstraining? Uit eerder onderzoek blijkt dat de Triple P groepstraining effectief is voor gezinnen met kinderen die gedragsproblemen of hyperactiviteit vertonen (Bor et al., 2002; Rogers, Cann, Cameron, Littlefield, & Lagioia, 2003). Of dit tevens geldt in het geval van emotionele problemen of problemen met leeftijdsgenoten is nog niet duidelijk. Tevens kan de vraag gesteld worden of gezinnen met kinderen die één soort probleemgedrag vertonen meer of minder baat hebben bij de Triple P groepstraining dan kinderen die meerdere vormen van probleemgedrag vertonen. Een antwoord op deze vragen is relevant in zowel wetenschappelijk als maatschappelijk opzicht. Ten eerste is verder inzicht in de effectiviteit van Triple P voor specifieke doelgroepen gewenst, aangezien er een gebrek is aan studies die rapporteren over de invloed van het soort probleemgedrag en het aantal soorten probleemgedrag van kinderen op de effectiviteit van de Triple P groepstraining. Bovendien is het

praktisch en maatschappelijk gezien relevant om kennis te verkrijgen met betrekking tot de geschiktheid en inzet van de Triple P groepstraining voor specifieke doelgroepen.

In dit onderzoek wordt de effectiviteit van de Triple P groepstraining op niveau 4 bestudeerd en in het bijzonder de effectiviteit voor specifieke doelgroepen. De effectiviteit van de Triple P groepstraining wordt in dit onderzoek vastgesteld aan de hand van: de totaalscore op probleemgedrag van kinderen, de opvoedingsstijl van ouders, het competentiegevoel van ouders en negatieve emoties van ouders.

In het eerste deel van dit onderzoek wordt onderzocht (1) in welke mate de Triple P groepstraining effectief is. Op basis van de resultaten uit eerder onderzoek wordt verondersteld dat de Triple P groepstraining effectief zal zijn: het probleemgedrag van kinderen neemt af, het opvoedingsstijl van ouders verbetert, ouders voelen zich competenter en ervaren minder negatieve emoties.

In het tweede deel van dit onderzoek wordt nagegaan (2) of de gezinnen die de Triple P groepstraining volgen overeenkomen met gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van: het probleemgedrag van kinderen, opvoedingsstijl van ouders en competentiegevoel van ouders. Onderzocht wordt (2a) of gezinnen die deelnemen aan de Triple P groepstraining voorafgaand aan de training verschillen van gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van de onderzoeksvariabelen. De hypothese is hierbij dat kinderen uit de onderzoeksgroep meer probleemgedrag vertonen en ouders uit de onderzoeksgroep een minder functionele opvoedingsstijl hanteren en zich minder competent voelen. Vervolgens wordt nagegaan (2b) of de gezinnen die de Triple P groepstraining volgen na de training de gezinnen uit de normale populatie benaderen ten aanzien van de onderzoeksvariabelen. Verwacht wordt dat de Triple P groepstraining zorgt voor een afname van de verschillen tussen de gezinnen uit de onderzoeksgroep en de normale populatie.

Naast het onderzoeken van de effectiviteit van de Triple P groepstraining en het maken van een vergelijking met de normale populatie is het van belang om na te gaan (3) of de interventie in het bijzonder effectief is voor specifieke doelgroepen. Het derde deel van dit onderzoek spitst zich toe op gezinnen waarin kinderen *klinisch* probleemgedrag vertonen. Allereerst wordt onderzocht (3a) of de Triple P groepstraining in het bijzonder effectief is voor gezinnen met kinderen die verschillende soorten klinisch probleemgedrag vertonen (hyperactiviteit, emotionele problemen, gedragsproblemen en problemen met leeftijdsgenoten). De verwachting is dat de Triple P groepstraining in ieder geval effectief zal zijn voor kinderen met hyperactiviteit- en gedragsproblemen, maar dat de training wellicht minder effectief zal zijn in het geval van emotionele problemen en problemen met leeftijdsgenoten. Ten slotte wordt nagegaan (3b) of het wel of niet gelijktijdig voorkomen van meerdere soorten probleemgedrag invloed heeft op de effectiviteit van de Triple P groepstraining. Verwacht wordt dat de

Triple P groepstraining minder effect zal hebben naarmate kinderen gelijktijdig meerdere soorten klinisch probleemgedrag vertonen. Daarbij wordt verwacht dat dit effect zal gelden ten aanzien van zowel het probleemgedrag van het kind enerzijds als het disfunctioneel opvoedgedrag, het competentiegevoel en de negatieve emoties van ouders anderzijds.

METHODEN

Design

Dit onderzoek is een explorerend onderzoek met twee condities (experimentele groep en vergelijkingsgroep). Ouders uit de experimentele groep hebben voorafgaand aan de interventie en na afloop een aantal vragenlijsten ingevuld. Ouders uit de vergelijkingsgroep hebben eenmalig de vragenlijsten ingevuld (basismeting). De scores van de ouders uit de experimentele groep op de voormeting werden vergeleken met scores op de nameting. De scores op deze twee metingen werden vergeleken met de scores van de ouders uit de vergelijkingsgroep.

Procedure

Onderwerp van onderzoek waren kinderen (2–12) met gedragsproblemen en hun ouders. Ouders uit de experimentele groep hebben in de periode tussen september 2006 en november 2008 de Triple P groepstraining afgerond. Deze training op niveau 4 werd verzorgd door de afdeling preventie van GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen in Alphen aan den Rijn, Gouda, Katwijk en Leiden. Ouders namen deel aan de Triple P groepstraining omdat zij ondersteuning nodig hadden bij het opvoeden van kinderen in de leeftijd van 2–12 jaar die probleemgedrag vertoonden. Het programma bestond uit vier groepsbijeenkomsten van twee uur waarin ontwikkelingstheorieën, opvoedingstechnieken en opvoedingsstrategieën werden besproken en geoefend. Na deze groepsbijeenkomsten ontvingen ouders gedurende drie weken een telefonische consultatie van een half uur. Het programma eindigde met een terugkombijeenkomst waarin ouders voorbereid werden op de toekomst. In totaal hebben er 35 groepstrainingen plaats gevonden met 3 tot 19 deelnemers. De trainingen werden uitgevoerd door minimaal één trainer die gecertificeerd was om de Triple P groepstraining op niveau 4 te mogen uitvoeren. Voorafgaand aan de groepstraining en direct na afronding ervan hebben ouders uit de experimentele groep diverse vragenlijsten ingevuld.

Om de resultaten van de experimentele groep te kunnen vergelijken met de normale populatie is er een vergelijkingsgroep gecreëerd. Exclusiecriteria voor de vergelijkingsgroep waren het hebben van een kind dat buiten de leeftijdsgrenzen van 2–12 jaar valt en het deelnemen aan de Triple P groepstraining.

Voor de vergelijkingsgroep zijn 30 basisscholen in de regio Midden-Holland benaderd, waarvan tien scholen hun medewerking verleenden aan deelname aan het onderzoek: drie scholen uit Waddinxveen, twee scholen uit Reeuwijk en één school uit Alphen aan den Rijn, Bodegraven, Moordrecht, Haasrecht en Waarder. In oktober 2007 hebben deze scholen aan alle oudste kinderen van het gezin een vragenlijst voor de ouders meegegeven. Op de scholen zijn er in totaal 1483 vragenlijsten uitgedeeld. Uiteindelijk hebben 208 ouders de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd naar GGZ Kinderen en Jeugd, dit is ruim 14%. Zeventien vragenlijsten waren niet bruikbaar voor onderzoek. Zestien ouders gaven namelijk geen toestemming voor het gebruik van de onderzoeksgegevens en van één gezin was het kind ouder dan 12 jaar. Dit resulteerde in een vergelijkingsgroep van 191 ouders. Deelnemers uit de vergelijkingsgroep zijn ouders die vrijwillig hebben gereageerd en gemotiveerd waren om mee te doen aan het onderzoek. De vraag rijst in hoeverre deze ouders daadwerkelijk overeenkomen met gezinnen uit de normale populatie. Uit vergelijkingen met normale populatiegroepen uit andere onderzoeken (Muris, Meesters, & van den Berg, 2003; van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003) blijkt dat de mate van probleemgedrag bij kinderen uit de vergelijkingsgroep overeenkwam met de normale populatie (zie tabel 1). Bovendien bleek de verdeling van het opleidingsniveau van ouders uit de vergelijkingsgroep (25% laagopgeleid, 46% middelbaar opgeleid en 28% hoogopgeleid) overeen te komen met populatiegegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2008), waarin respectievelijk 19%, 45% en 24% gerapporteerd worden.

Tabel 1. Gemiddelde scores op SDQ van de vergelijkingsgroep en twee normale populatiegroepen.

Vragenlijst	Vergelijkingsgroep (<i>n</i> = 191)		Muris et al. (2003) (<i>n</i> = 562)		Widenfelt et al. (2003) (<i>n</i> = 70)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SDQ						
Emotionele problemen	1.50	1.72	1.50	1.80	2.40	2.10
Gedragsproblemen	1.08	1.40	0.80	1.20	1.10	1.40
Hyperactiviteit	2.73	2.37	2.10	2.20	3.10	2.80
Problemen met leeftijdsgenoten	1.40	1.53	1.10	1.60	1.20	1.80
Prosociaal gedrag	8.26	1.90	8.50	1.70	8.80	1.40
Totaalscore	6.72	4.78	5.50	4.70	7.80	6.00

Noot. Kinderen uit de vergelijkingsgroep zijn 4–12 jaar oud; kinderen uit de populatiegroep van Muris en collega's (2003) zijn 9–15 jaar oud; en kinderen uit de populatiegroep van van Widenfelt en collega's (2003) zijn 8–10 jaar oud.

Participanten

Participanten in dit onderzoek waren 497 gezinnen, allen met kinderen in de leeftijd van 2–12 jaar. De onderzoeksgroep bestaat uit een experimentele groep met 306 ouders en een vergelijkingsgroep met 191 ouders. Per gezin heeft één ouder een aantal vragenlijsten ingevuld.

Experimentele groep. De experimentele groep bestond uit 306 gezinnen, waaronder 44 eenoudergezinnen (14%), die in de periode 2006–2008 hebben deelgenomen aan de Triple P groepstraining. In het onderzoek zijn de gegevens meegenomen van 260 moeders (85%) en 43 vaders

(14%). Onder de ouders bevonden zich 69% gehuwde ouders, 9% ongehuwde ouders, 10% gescheiden ouders, 4% geregistreeerde partners, 6% samenwonende ouders en 2% ouders waarvan de burgerlijke staat onbekend is. Een kwart van de ouders (24%) was laagopgeleid (geen opleiding, basisonderwijs of vmbo), 45% middelbaar opgeleid (havo, vwo of mbo) en 28% hoogopgeleid (hbo of universitair). Van 9 ouders (3%) was het opleidingsniveau onbekend. De deelnemende ouders werkten gemiddeld 26 uur per week ($SD = 18.16$) en hun partner 36 uur per week ($SD = 13.26$). Onder de kinderen waarover gegevens zijn verzameld in dit onderzoek bevonden zich 206 jongens (68%) en 98 meisjes (32%) met een gemiddelde leeftijd van 7.07 jaar ($SD = 2.41$).

Vergelijkingsgroep uit de normale populatie. De vergelijkingsgroep uit de normale populatie bestond uit 191 gezinnen, waaronder 11 eenoudergezinnen (6%). Onder de respondenten bevonden zich 172 moeders (90%) en 19 vaders (10%). Onder de ouders bevonden zich 85% gehuwde ouders, 1% ongehuwde ouders, 4% gescheiden ouders, 3% geregistreeerde partners, 6% samenwonende ouders en 1% ouders waarvan de burgerlijke staat onbekend was. Een kwart van de ouders (25%) was laagopgeleid, 46% middelbaar opgeleid en 27% hoogopgeleid. Van 4 ouders (2%) was het opleidingsniveau onbekend. Gemiddeld werkten de deelnemende ouders 27 uur per week ($SD = 21.24$) en hun partner 40 uur per week ($SD = 10.18$). Onder de kinderen in de vergelijkingsgroep bevonden zich 86 jongens (47%) en 96 (50%) meisjes met een gemiddelde leeftijd van 7.48 jaar ($SD = 2.38$).

Meetinstrumenten

De dataverzameling in dit onderzoek vond plaats via vijf vragenlijsten die door ouders uit de experimentele groep voorafgaand aan de Triple P groepstraining (voormeting) en direct na afloop van de Triple P groepstraining (nameting) zijn ingevuld. De ouders uit de vergelijkingsgroep hebben één keer de vragenlijsten ingevuld (basismeting). De vragenlijsten hadden betrekking op achtergrondkenmerken van het gezin, probleemgedrag van het kind, disfunctioneel opvoedgedrag, competentiegevoel van ouders en negatieve emoties van ouders zoals depressie, angst en stress. De vragenlijst met betrekking tot negatieve emoties van ouders werd alleen door de experimentele groep ingevuld.

Gezinsachtergrond. Biografische informatie van het gezin werd gemeten via de Vragenlijst Gezinsachtergrond (*Family Background Questionnaire*, FBQ), door Turner en collega's (2000) overgenomen uit het Western Australian Child Health Survey (Zubrick et al., 1995). Onderwerpen waren gezinssamenstelling, sekse, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding en beroep en gezondheid van kinderen en ouders.

Probleemgedrag van het kind. Deze variabele werd onderzocht door middel van een Nederlandse vertaling (van Widenfelt et al., 2003) van de uitgebreide versie van de *Strengths and*

Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997; Goodman, 1999). Deze vragenlijst bestaat uit 25 items met betrekking tot de frequentie van positief en negatief gedrag, elk gewaardeerd op een driepuntsschaal (0 = niet waar, 1 = enigszins waar en 2 = zeker waar). De 25 items worden gereduceerd tot vijf schaalscores, ieder bestaande uit vijf items. Deze schaalscores zijn: (1) emotionele problemen, (2) gedragsproblemen, (3) hyperactiviteit, (4) problemen met leeftijdsgenoten en (5) prosociaal gedrag. De minimumscore voor elke schaal is 0 en de maximumscore is 10. Een totale probleemscore wordt verkregen door het optellen van de scores van elke schaal, behalve van de schaal met betrekking tot prosociaal gedrag. Naarmate de probleemscore hoger is, vertoont een kind meer probleemgedrag. Er zijn klinische en grenswaarden bepaald (Goodman, 1997; Goodman, 1999) waaraan de schaalscores getoetst kunnen worden en aan de hand waarvan in dit onderzoek bepaald werd of een probleemscore klinisch relevant is (zie tabel 2). De interne consistentie van de SDQ schalen is voldoende: in onderzoek van Muris en collega's (2003) is de gemiddelde α voor de subschalen .70 en in dit onderzoek is een gemiddelde α van .73 behaald voor de subschalen en een α van .85 voor de totaalscore. De concurrerende validiteit met andere meetinstrumenten waaronder de YSR, CBCL, CDI, RCMAS en ADHDQ-C is goed (Muris et al., 2003; van Widenfelt et al., 2003).

Tabel 2. Waardering met betrekking tot ernst probleemgedrag.

	Normaal	Grensgeval	Klinisch relevant
Emotionele problemen	0-3	4	5-10
Gedragsproblemen	0-2	3	4-10
Hyperactiviteit	0-5	6	7-10
Problemen met leeftijdsgenoten	0-2	3	4-10
Prosociaal gedrag	6-10	5	0-4
Totale problemen	0-13	14-16	17-40

Disfunctioneel opvoedgedrag. De mate waarin ouders disfunctioneel opvoedgedrag vertonen, werd gemeten met de Opvoedingsstijlschaal (*Parenting Scale*, PS), ontwikkeld door Arnold, O'Leary, Wolff en Acker (1993). De vragenlijst, bestaande uit 30 items met een zevenpuntsschaal, meet drie disfunctionele disciplinestijlen bij ouders. Hieruit komen een totaalscore voor disfunctioneel opvoedgedrag en een score op drie subschalen naar voren: (1) laksheid, (2) overreageren en (3) breedspakigheid. Laksheid komt overeen met een permissieve opvoedingsstijl en overreageren komt overeen met een autoritaire opvoedingsstijl (Baumrind, 1966). Breedspakigheid wordt geassocieerd met lange reprimandes die het probleemgedrag kunnen versterken vanwege de aandacht die het kind krijgt (Arnold et al., 1993). Schaalscores en een totaalscore worden bepaald door een berekening van het gemiddelde van de scores op bijbehorende items. Hogere scores representeren een grotere mate van disfunctioneel opvoedgedrag. Een score van ≥ 3.2 staat voor een klinische score op disfunctioneel opvoedgedrag (Arnold et al., 1993). De schaal is intern consistent voor de totale score ($\alpha = .84$),

laksheid ($\alpha = .83$), overreageren ($\alpha = .82$) en breedsprakigheid ($\alpha = .63$) in onderzoek van Arnold en collega's (1993) en in dit onderzoek met een α van respectievelijk .87, .86, .83 en .60. Bovendien discrimineert de schaal tussen ouders van klinische en niet-klinische kinderen (Arnold et al., 1993). De test-hertest betrouwbaarheid is hoog: is $r = .84$, $r = .82$, $r = .79$ en $r = .83$ voor respectievelijk de totale score, laksheid, overreageren en breedsprakigheid (Arnold et al., 1993).

Competentiegevoel van ouders. Het competentiegevoel van ouders werd gemeten via de schaal voor Competentiegevoel van ouders (*Parent Sense of Competence Scale*, PSOC), ontwikkeld door Johnston en Mash (1989). Deze vragenlijst van 16 items met zespuntsschaal resulteert in een totale score en een score op de subschalen (1) tevredenheid en (2) effectiviteit. De tevredenheidschaal meet de tevredenheid van de ouders over hun rol bij de opvoeding (mate van opvoedingsfrustraties, angst en motivatie) en de effectiviteitschaal meet in welke mate ouders het vermogen en de overtuiging hebben dat ze adequaat en efficiënt kunnen handelen in de opvoedingssituatie (Johnston & Mash, 1989). Een totaalscore en schaalscores worden berekend door optelling van de scores op bijbehorende items. Hogere scores representeren een hoger gevoel van opvoedingscompetentie. Uit onderzoek van Johnston en Mash (1989) blijken de schalen adequaat intern consistent te zijn met betrekking tot de totale score ($\alpha = .79$), tevredenheid ($\alpha = .75$) en effectiviteit ($\alpha = .76$). Deze resultaten komen overeen met de interne consistentie in dit onderzoek waarbij alpha's van respectievelijk .85, .79 en .75 voorkomen.

Negatieve emoties van ouders: depressie, angst en stress. De mate waarin ouders negatieve emoties ervaren werd gemeten via de Depressie Angst Stress Schaal (*Depression Anxiety Stress Scale*, DASS), ontwikkeld door Lovibond en Lovibond (1995). Deze vragenlijst bestaat uit 42 items die gescoord worden op een vierpuntsschaal, resulterend in een totale score en scores op drie subschalen voor (1) depressie, (2) angst en (3) stress. Elk van de drie schalen heeft een minimumscore van 0 en een maximumscore van 42. Waarderingen met betrekking tot de ernst van de negatieve emoties worden gerapporteerd in tabel 3 (Lovibond & Lovibond, 1995). Hogere scores representeren meer gevoelens van depressie, angst en stress.

Tabel 3. Waardering met betrekking tot ernst negatieve emoties.

	Normaal	Licht	Matig	Ernstig	Uiterst ernstig
Depressiviteit	0-9	10-13	14-20	21-27	≥ 28
Angst	0-7	8-9	10-14	15-19	≥ 20
Stress	0-14	15-18	19-25	26-33	≥ 34

De interne consistentie voor de subschalen depressie ($\alpha = .91$), angst ($\alpha = .84$) en stress ($\alpha = .90$) is goed zoals aangetoond in onderzoek van Lovibond en Lovibond (1995). In dit onderzoek werd eveneens een goede interne consistentie aangetoond met alpha's van respectievelijk .94, .86 en .94.

De vragenlijst heeft een adequate concurrerende validiteit ten aanzien van andere meetinstrumenten (Lovibond & Lovibond, 1995).

Data-analyse

De onderzoeksdata werden geanalyseerd met behulp van SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). In dit onderzoek is een alpha van .05 gehanteerd bij het vaststellen van significantie. Om de onderzoeksdata te kunnen analyseren zijn de gegevens gereduceerd tot totaal- en schaalscores, in overeenstemming met de schalen behorende bij de meetinstrumenten die zijn gehanteerd in dit onderzoek. Voor aanvang van de onderzoeksanalyses werd gecontroleerd op extreme en missende waarden. Schaalscores werden alleen berekend wanneer participanten alle items hadden ingevuld of wanneer er slechts één item miste. Wanneer één item miste werd het gemiddelde van de overige bij de schaal horende items ingevuld en werd vervolgens een aangepaste schaalscore berekend. Na controle op en correctie van extreme en missende waarden werd begonnen met een analyse van de beschrijvende statistiek door middel van chi-kwadraat toetsen en onafhankelijke t-toetsen.

Ten aanzien van het beantwoorden van onderzoeksvraag 1, waarbij de effectiviteit van de Triple P groepstraining voor de experimentele groep centraal stond, werden repeated measures ANOVA's ingezet. Hiermee werden verschillen binnen de experimentele groep ten aanzien van probleemgedrag van het kind en opvoedingsstijl, competentiegevoel en negatieve emoties van ouders geanalyseerd. Scores van de experimentele groep op de voor- en nameting van de SDQ, PS, PSOC en DASS werden met elkaar vergeleken.

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 2, waarin een vergelijking werd gemaakt tussen de experimentele groep en een vergelijkingsgroep, werden analyses uitgevoerd met chi-kwadraat toetsen en onafhankelijke t-toetsen. De scores van de experimentele groep op de voor- en nameting van de SDQ, PS en PSOC werden vergeleken met de scores van de vergelijkingsgroep. Ouders uit de vergelijkingsgroep hebben de DASS niet ingevuld, de variabelen met betrekking tot negatieve emoties werden in de vergelijking daarom buiten beschouwing gelaten.

Ten aanzien van de beantwoording van onderzoeksvraag 3, waarin de effectiviteit voor specifieke doelgroepen werd onderzocht, werden repeated measures ANOVA's en mixed within-between subjects ANOVA's ingezet. Er werden per schaal afzonderlijke analyses uitgevoerd, waarbij de scores van verschillende groepen over tijd (op voor- en nameting) werden vergeleken. Ten eerste werden (3a) verschillen tussen de scores van vier groepen kinderen met verschillende soorten klinisch probleemgedrag (emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten) over tijd vergeleken. Om in analyses de effecten van het programma te kunnen differentiëren voor kinderen met verschillende probleemgedragingen, werden de ouders en kinderen

toegewezen aan verschillende groepen op basis van een klinische score op een bepaalde soort probleemgedrag (emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit of problemen met leeftijdsgenoten). Tevens werden (3b) verschillen tussen de scores van drie groepen kinderen met één soort klinisch probleemgedrag, twee gelijktijdig voorkomende soorten probleemgedrag en drie of vier gelijktijdig voorkomende soorten klinisch probleemgedrag over tijd vergeleken.

RESULTATEN

Preliminare analyses

Om een zuivere vergelijking te kunnen maken en meer nauwkeurige conclusies te kunnen trekken zijn bij de analyses alleen gezinnen uit de experimentele groep meegenomen waarvan ouders de vragenlijsten zowel op de voormeting als nameting hebben ingevuld. Daarbij mocht er slechts één item per schaal missend zijn, waarna schaalscores werden gecorrigeerd door gemiddelden van de schaal in te vullen op de plaats van de missende waarde. In 56% van de gevallen ($n = 172$) zijn de onderzoeksgegevens van gezinnen uit de experimentele groep ($n = 306$) behorende bij zowel de voormeting als nameting compleet. De overige 44% van de gezinnen uit de experimentele groep ($n = 134$) zijn uitgevallen omdat ouders de vragenlijsten ten tijde van de voor- of nameting niet of niet volledig genoeg hadden ingevuld.

De gezinnen die zijn uitgevallen hebben echter wel de Triple P training afgerond. Om te controleren of de gezinnen die zijn uitgevallen verschillen van gezinnen die zijn overgebleven in de experimentele groep zijn er een aantal t-toetsen en chi-kwadraat toetsen uitgevoerd. De uitvalgroep en overgebleven experimentele groep bleken niet significant te verschillen ten aanzien van demografische kenmerken (zie tabel I in bijlage) en probleemgedrag (zie tabel 4).

Er zijn echter wel significante verschillen gevonden in disfunctioneel opvoedgedrag van ouders en tevredenheid van ouders. Ouders die zijn uitgevallen vertoonden meer breedsprakigheid ($t(294) = 2.37, p = .02$) en disfunctioneel opvoedgedrag ($t(292) = 2.16, p = .03$) en waren minder tevreden ten aanzien van hun rol als opvoeder ($t(273) = -2.42, p = .02$) dan ouders uit de overgebleven experimentele groep (zie tabel 4). Een verklaring voor het uitvallen zou kunnen zijn dat ouders met meer opvoedmoeilijkheden en minder tevredenheid minder gemotiveerd zijn om vragenlijsten over de opvoeding volledig in te vullen. Het effect van het wel of niet uitvallen was echter klein, met effectgroottes van .26 tot .30 op variabelen die significant verschilden voor de twee groepen.

Tabel 4. Scores van experimentele groep en uitvalgroep op probleemgedrag, opvoedgedrag en competentiegevoel.

Vragenlijst	Experimentele groep <i>n</i> = 172 Voormeting		Uitvalgroep <i>n</i> = 134 Voormeting		T-toets		Effectgrootte <i>Cohen's d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	
SDQ							
Emotionele problemen	3.18	2.58	3.41	2.38	0.78 (299)	.43	-0.09
Gedragsproblemen	3.05	1.70	3.33	1.88	1.35 (299)	.18	-0.16
Hyperactiviteit	5.59	3.13	5.75	2.96	0.44 (299)	.67	-0.05
Problemen met leeftijdsgenoten	2.39	2.27	2.63	2.05	0.95 (300)	.34	-0.11
Prosociaal gedrag	6.80	2.35	6.42	2.14	-1.47 (300)	.14	0.17
Totale score	14.21	6.03	15.15	6.11	1.32 (297)	.19	-0.15
PS							
Laksheid	2.89	0.83	3.08	0.90	1.83 (293)	.07	-0.22
Overreageren	3.47	0.84	3.58	0.84	1.04 (294)	.30	-0.13
Breedsprakigheid	3.80	0.82	4.04	0.92	2.37 (294)	.02*	-0.28
Totale score	3.39	0.65	3.56	0.67	2.16 (292)	.03*	-0.26
PSOC							
Tevredenheid	39.38	6.02	37.46	6.91	-2.42 (273)	.02*	0.30
Effectiviteit	26.97	4.52	27.04	4.71	0.12 (272)	.90	-0.02
Totale score	66.35	9.03	64.61	10.14	-1.47 (271)	.14	0.18

Noot. * $p < .05$

Onderzoeksvraag 1: Effectiviteit van de Triple P groepstraining voor de experimentele groep

Allereerst is onderzocht in welke mate de Triple P groepstraining effectief is en leidt tot positieve resultaten voor ouders uit de experimentele groep en hun kinderen.

Uit een serie van repeated measures ANOVA's kwam naar voren dat er significante verschillen waren tussen scores van ouders en kinderen voorafgaande aan de Triple P groepstraining en na afloop (zie tabel 5). Ten eerste was het probleemgedrag van kinderen na afloop van de Triple P groepstraining ($M = 11.93$, $SD = 6.05$) significant lager ($F(1,171) = 50.59$, $p < .001$) dan voorafgaand aan de training ($M = 14.21$, $SD = 6.03$), met een effectgrootte van .38. Deze afname was significant voor alle soorten probleemgedrag, behalve ten aanzien van problemen met leeftijdsgenoten (zie tabel 5). Het effect was het grootst ten aanzien van gedragsproblemen ($d = .52$). Naast een afname van probleemgedrag was er sprake van een significante toename van het prosociale gedrag van kinderen ($F(1,171) = 5.59$, $p = .02$) tussen de voormeting ($M = 6.80$, $SD = 2.35$) en de nameting ($M = 7.10$, $SD = 2.08$), met een effectgrootte van -.14.

Ten aanzien van disfunctioneel opvoedgedrag werden tevens significante verschillen gevonden. Ouders bleken na afloop van de Triple P groepstraining significant ($F(1,171) = 223.60$, $p < .001$) minder disfunctioneel opvoedgedrag te vertonen ($M = 2.68$, $SD = 0.65$) dan voorafgaand aan de training ($M = 3.39$, $SD = 0.65$), met een zeer betekenisvolle effectgrootte van 1.09. Ten aanzien van de afzonderlijke subschalen laksheid, overreageren en breedsprakigheid werden tevens significante resultaten bereikt (zie tabel 5). De effectgroottes waren redelijk tot groot (min $d = .60$; max $d = 1.32$).

Ook wat betreft het competentiegevoel van ouders ten aanzien van de opvoeding kan er een significant resultaat worden geconstateerd. Het competentiegevoel van ouders bleek significant te zijn toegenomen ($F(1,171) = 84.35, p < .001$) tussen de voormeting ($M = 66.36, SD = 9.03$) en nameting ($M = 71.73, SD = 9.01$), met een gemiddelde effectgrootte van $-.60$. Ook ten aanzien van de subschalen tevredenheid en effectiviteit was een significante toename zichtbaar (zie tabel 5).

De negatieve emoties van ouders bleken significant te zijn afgenomen ($F(1,171) = 27.52, p < .001$) tussen de voormeting ($M = 15.47, SD = 15.38$) en nameting ($M = 10.50, SD = 12.93$), met een gemiddelde effectgrootte van $.35$. Ouders bleken na de training significant minder gevoelens van depressie, angst en stress te ervaren (zie tabel 5).

Samenvattend kan gesteld worden dat ouders na afloop van de Triple P groepstraining minder probleemgedrag en meer pro sociaal gedrag bij hun kinderen rapporteerden en naar eigen inzicht minder disfunctioneel opvoedgedrag, meer competentiegevoel ten aanzien van de opvoeding en minder negatieve emoties vertoonden.

Tabel 5. *Vergelijking tussen de voor- en nameting van de experimentele groep.*

Vragenlijst	Experimentele groep <i>n</i> = 172				Repeated measures ANOVA <i>F</i> (<i>df</i> , <i>df</i>)	<i>p</i>	Effectgrootte <i>Cohen's d</i>
	Voormeting		Nameting				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
SDQ							
Emotionele problemen	3.18	2.58	2.58	2.39	17.46 (1,171)	.00***	0.24
Gedragsproblemen	3.05	1.70	2.17	1.67	59.02 (1,171)	.00***	0.52
Hyperactiviteit	5.59	3.13	5.00	2.91	18.69 (1,171)	.00***	0.20
Problemen met leeftijdsgenoten	2.39	2.27	2.17	2.02	3.65 (1,171)	.06	0.10
Pro sociaal gedrag	6.80	2.35	7.10	2.08	5.59 (1,171)	.02*	-0.14
Totale score	14.21	6.03	11.93	6.05	50.59 (1,171)	.00***	0.38
PS							
Laksheid	2.89	0.83	2.43	0.71	85.90 (1,171)	.00***	0.60
Overreageren	3.47	0.84	2.73	0.72	172.91 (1,171)	.00***	1.32
Breedsprakigheid	3.80	0.82	2.88	0.84	187.89 (1,171)	.00***	1.11
Totale score	3.39	0.65	2.68	0.65	223.60 (1,171)	.00***	1.09
PSOC							
Tevredenheid	39.38	6.02	42.39	5.89	52.79 (1,171)	.00***	-0.51
Effectiviteit	26.97	4.52	29.34	4.43	65.58 (1,171)	.00***	-0.53
Totale score	66.36	9.03	71.73	9.01	84.35 (1,171)	.00***	-0.60
DASS							
Depressie	4.54	6.09	2.85	5.02	21.37 (1,171)	.00***	0.30
Angst	1.79	3.54	1.33	2.94	4.23 (1,171)	.04*	0.14
Stress	9.14	7.36	6.31	5.96	33.84 (1,171)	.00***	0.42
Totale score	15.47	15.38	10.50	12.93	27.52 (1,171)	.00***	0.35

Noot. * $p < .05$; *** $p < .001$

Onderzoeksvraag 2: Vergelijking tussen de experimentele groep en een vergelijkingsgroep

Naast een inventarisatie van de effecten van de Triple P groepstraining voor de experimentele groep was een tweede onderzoeksthema het maken van een vergelijking tussen gezinnen die de Triple P

groepstraining hebben gevolgd en gezinnen uit de normale populatie. Ouders uit de vergelijkingsgroep hebben geen vragenlijst met betrekking tot negatieve emoties ingevuld, deze variabelen bleven daarom buiten beschouwing bij de vergelijking tussen de experimentele en vergelijkingsgroep. In deze resultatensectie worden allereerst de demografische kenmerken van de experimentele en de vergelijkingsgroep vergeleken. Vervolgens worden de gegevens van de experimentele groep ten tijde van de voormeting en ten tijde van de nameting vergeleken met de gegevens van de basismeting van de vergelijkingsgroep.

Demografische kenmerken experimentele groep en vergelijkingsgroep

Er zijn diverse onafhankelijke t-toetsen en chi-kwadraat toetsen uitgevoerd om na te gaan of gezinnen die hebben deelgenomen aan de Triple P groepstraining verschillen van gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van een aantal belangrijke demografische kenmerken. Op een groot aantal kenmerken kwamen de twee groepen overeen. Er werden geen verschillen gevonden in de leeftijd van het kind, de relatie tot het kind, het opleidingsniveau van de ouder en het aantal werkuren van de ouder (zie tabel II in bijlage). Zoals tabel II aangeeft, werden er echter wel significante verschillen gevonden ten aanzien van het geslacht van het kind ($\chi^2(1, n = 263) = 13.53, p < .001$), de burgerlijke staat van ouders ($\chi^2(4, n = 263) = 15.04, p = .01$), de gezinssituatie ($\chi^2(2, n = 263) = 10.40, p = .02$) en het aantal werkuren van de partner ($t(271) = -3.52, p = < .01$). In vergelijking met de vergelijkingsgroep bleek de groep kinderen uit de experimentele groep te bestaan uit meer jongens en minder meisjes. Tevens bleek de experimentele groep minder gehuwde ouders te bevatten en meer ongehuwde, gescheiden of samenwonende ouders en minder geregistreerde partners dan de vergelijkingsgroep. Zo bleek de experimentele groep te bestaan uit meer eenoudergezinnen en minder reguliere of stiefgezinnen dan de vergelijkingsgroep. Ten slotte bleken de partners van ouders uit de experimentele groep minder uren te werken dan de partners van ouders uit de vergelijkingsgroep. Uit de analyses kan opgemaakt worden dat er zowel overeenkomsten als verschillen waren tussen de gezinnen die de Triple P groepstraining hebben gevolgd en gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van de demografische kenmerken.

Vergelijking voormeting experimentele groep en basismeting vergelijkingsgroep

Allereerst is onderzocht of gezinnen die deelnemen aan de Triple P groepstraining voorafgaand aan de training verschillen van gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van de onderzoeksvariabelen. Uit de analyses kwam naar voren dat de gezinnen uit de experimentele en vergelijkingsgroep voorafgaand aan de Triple P groepstraining significant verschillen ten aanzien van alle

onderzoeksvaariabelen (zie tabel III in bijlage). Kinderen uit de experimentele groep vertoonden ten eerste meer probleemgedrag ($t(325) = 13.02, p < .001$) en minder prosociaal gedrag ($t(329) = -6.44, p < .001$) dan kinderen uit de vergelijkingsgroep. Hierbij waren de effecten voor gedragsproblemen ($d = 1.27$) en hyperactiviteit ($d = 1.03$) het grootste. Ouders uit de experimentele groep vertoonden bovendien meer disfunctioneel opvoedgedrag ($t(358) = 9.35, p < .001$) dan ouders uit de vergelijkingsgroep. De effectgrootte voor de totale schaal disfunctioneel opvoedgedrag was groot ($d = .99$), evenals de effectgrootte voor de subschaal overreageren ($d = 1.11$). Opvallend is dat ouders uit de vergelijkingsgroep net als ouders uit de experimentele groep gemiddeld een klinische score ($M > 3.2$) behaalden op breedsprakigheid. Ten slotte voelden ouders uit de experimentele groep zich minder competent ten aanzien van de opvoeding dan ouders uit de vergelijkingsgroep ($t(360) = -10.61, p < .001$), met een effectgrootte van -1.12 .

Samenvattend blijkt dat gezinnen die deelnamen aan de Triple P groepstraining voorafgaand aan de training verschilden van gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van probleemgedrag van het kind, disfunctioneel opvoedgedrag van de ouders en competentiegevoel van ouders ten aanzien van de opvoeding.

Vergelijking nameting experimentele groep en basismeting vergelijkingsgroep

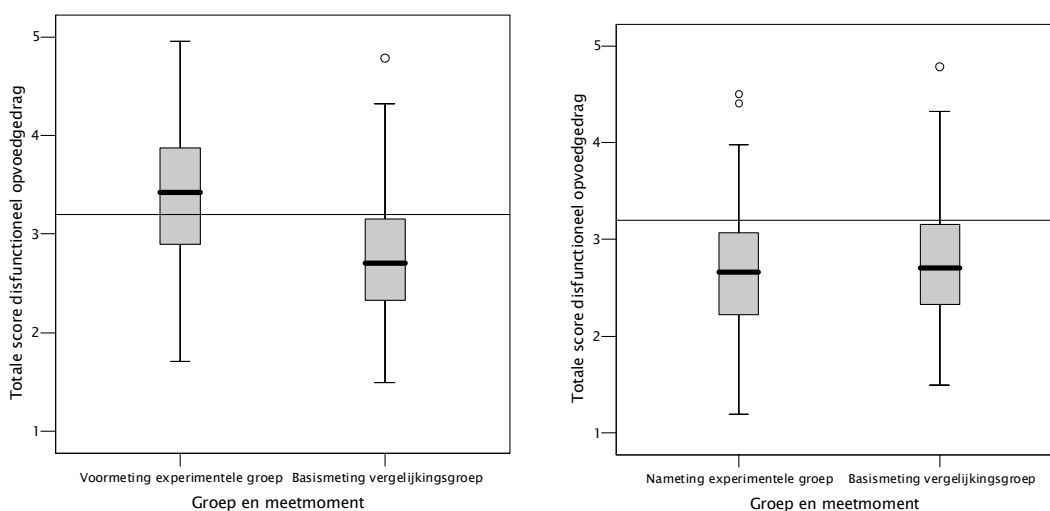
Vervolgens is nagegaan of de gezinnen die de Triple P groepstraining hebben gevolgd na de training meer overeenkwamen met de gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van de onderzoeksvaariabelen (zie tabel IV in bijlage).

Analyses toonden ten eerste aan dat het probleemgedrag van kinderen uit de experimentele groep na de training was afgenomen, maar dat zij nog steeds significant meer probleemgedrag vertoonden dan kinderen uit de vergelijkingsgroep ($t(324) = 9.03, p < .001$), met een effectgrootte van $.96$. Tevens vertoonden kinderen uit de experimentele groep na afloop van de training nog steeds minder prosociaal gedrag dan kinderen uit de vergelijkingsgroep ($t(361) = -5.55, p < .001$).

Een opvallend resultaat is dat ouders uit de experimentele groep na afloop van de training niet meer significant verschilden van ouders uit de vergelijkingsgroep ten aanzien van de totale score op disfunctioneel opvoedgedrag ($t(358) = -1.21, p = .23$) en de subschalen laksheid ($t(358) = 1.25, p = .21$) en overreageren ($t(358) = 1.79, p = .08$). In figuur 1 en 2 (zie volgende pagina) is zichtbaar dat het disfunctioneel opvoedgedrag van ouders uit de experimentele groep na de training gemiddeld genomen zelfs onder de klinische grens van 3.2 viel. Analyses ten aanzien van de subschaal breedsprakigheid toonden bovendien een significant verschil in het voordeel van de ouders uit de experimentele groep ($t(358) = -5.62, p < .001$). Deze ouders bleken na de Triple P groepstraining minder breedsprakigheid te vertonen dan de vergelijkingsgroep, met een middelgroot effect van $-.60$.

Ten slotte bleken ouders uit de experimentele en de vergelijkingsgroep na de training nog steeds significant te verschillen in competentiegevoel ten aanzien van de opvoeding ($t(360) = -4.90, p < .001$), ondanks een toename van het competentiegevoel bij ouders uit de experimentele groep.

Samenvattend komt uit de analyses naar voren dat er na afloop van de Triple P groepstraining nog steeds significante verschillen bleken te zijn tussen gezinnen die de training hebben gevolgd en gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van het probleemgedrag van kinderen en het competentiegevoel van de ouders. Daarentegen bleken verschillen ten aanzien van disfunctioneel opvoedgedrag na afloop van de Triple P groepstraining te zijn weggevallen of in het voordeel uit te pakken voor ouders die de training hadden gevolgd.



Figuur 1 en 2. Vergelijking van totale scores op disfunctioneel opvoedgedrag tussen experimentele en vergelijkingsgroep over tijd.

Onderzoeksvraag 3: Effectiviteit van de Triple P groepstraining bij klinisch probleemgedrag

In deze resultatensectie worden bevindingen ten aanzien van onderzoeksthema 3 weergegeven, waarbij de effectiviteit van de Triple P groepstraining voor kinderen die *klinisch* probleemgedrag vertonen centraal staat. Eerst is de effectiviteit voor gezinnen met kinderen die verschillende soorten klinisch probleemgedrag vertonen onderzocht en vervolgens de effectiviteit voor gezinnen met kinderen die gelijktijdig één of meerdere soorten klinisch probleemgedrag vertonen. In de analyses behorende bij onderzoeksthema 3 zijn alleen gezinnen uit de experimentele groep meegenomen waarvan de kinderen op de voormeting een klinische score vertoonden ten aanzien van één of meer probleemgedragingen.

Invloed van het soort klinisch probleemgedrag op de effectiviteit van de Triple P groepstraining

In tabel 6 wordt een overzicht weergegeven van het aantal kinderen dat een bepaald soort klinisch probleemgedrag vertoont. Zichtbaar is dat hyperactiviteit zowel bij de voor- als de nameting het

meeste voorkwam, waarbij ten tijde van de nameting voornamelijk de oudere kinderen een klinische score vertoonden. Opvallend is dat het aantal kinderen met klinisch probleemgedrag afnamt voor alle soorten probleemgedrag, behalve ten aanzien van problemen met leeftijdsgenootjes. Ten aanzien van gedragsproblemen werd de sterkste afname bereikt van het aantal kinderen dat klinisch probleemgedrag vertoont. Ten slotte is noemenswaardig dat het aantal kinderen met een klinische score op het totale probleemgedrag sterk afnam van 65 naar 39 kinderen.

Tabel 6. Aantal kinderen per soort klinisch probleemgedrag.

Soort klinisch probleemgedrag	Voormeting <i>n</i> = 172			Nameting <i>n</i> = 172		
	<i>n</i>	%	<i>M leeftijd</i>	<i>n</i>	%	<i>M leeftijd</i>
Emotionele problemen	50	29.1	7.82	35	20.3	7.94
Gedragsproblemen	65	37.8	7.06	36	20.9	7.17
Hyperactiviteit	71	41.3	6.52	54	31.4	7.15
Problemen met leeftijdsgenootjes	43	25.0	8.02	45	26.2	7.98
Klinische score op totale probleemgedrag	65	37.8	7.51	39	22.7	7.54

Noot. % betreft het percentage kinderen ten opzichte van de totale experimentele groep.

Via repeated measures ANOVA's is onderzocht of het effect van de Triple P groepstraining verschillend is voor gezinnen waarvan kinderen verschillen in het soort klinisch probleemgedrag (zie tabel V in bijlage).

Ten aanzien van de variabele probleemgedrag bleken er geen verschillen te zijn in het effect van de Triple P groepstraining voor gezinnen waarvan kinderen verschillen in het soort klinisch probleemgedrag (zie tabel V in bijlage). Ongeacht het soort klinisch probleemgedrag vertoonden kinderen uit de experimentele groep een significante afname van het klinisch probleemgedrag, waarbij effectgroottes varieerden van gemiddeld tot groot en het grootste effect gevonden werd voor kinderen met klinische gedragsproblemen ($d = 1.19$). Daarbij is opvallend dat bij kinderen die klinische problemen met leeftijdsgenoten vertoonden tevens een significante verbetering kon worden vastgesteld ten aanzien van de mate van problemen met leeftijdsgenoten ($F(1,42) = 17.11, p < .001$) met een redelijke effectgrootte ($d = .67$). Enige relativering van eerder genoemde resultaten bij onderzoeksvraag 1 is wat betreft de groep kinderen met problemen met leeftijdsgenoten daarom op zijn plaats. Ten aanzien van de totale score op probleemgedrag werd tevens een significante afname geconstateerd ongeacht het soort klinisch probleemgedrag dat kinderen vertonen, met gemiddelde effectgroottes van .52 tot .73. Wat betreft prosociaal gedrag werden er geen significante verschillen tussen voor- en nameting gevonden, ongeacht het soort klinisch probleemgedrag dat kinderen vertonen.

Ten tweede bleek het soort klinisch probleemgedrag dat kinderen vertoonden tevens geen effect te hebben op veranderingen in disfunctioneel opvoedgedrag van ouders (zie tabel V in bijlage).

De totaalscore van ouders op disfunctioneel opvoedgedrag nam significant af, evenals de mate van laksheid, overreageren en breedsprakigheid van ouders ongeacht het soort klinisch probleemgedrag dat hun kinderen vertoonden. De effectgroottes varieerden hierbij van klein ($d = .43$) tot groot ($d = 1.14$), waarbij de grootste effecten gevonden werden voor ouders van kinderen met klinische gedragsproblemen of hyperactiviteit.

Het competentiegevoel van ouders ten aanzien van de opvoeding is een derde variabele waarbij het soort klinisch probleemgedrag van het kind geen invloed had op het effect van de Triple P groepstraining (zie tabel V in bijlage). Ouders gaven aan een significante toename van het totale competentiegevoel, de tevredenheid en de effectiviteit ten aanzien van het eigen handelen te ervaren, ongeacht het soort klinisch probleemgedrag dat hun kinderen vertoonden. De effectgroottes varieerden hierbij van klein ($d = -.30$) tot redelijk ($d = -.74$), met de kleinste effecten voor ouders van kinderen met klinisch emotioneel probleemgedrag en de grootste effecten voor ouders van kinderen met klinische problemen met leeftijdsgenoten.

Een opvallend resultaat is dat het soort klinisch probleemgedrag van kinderen wel invloed bleek te hebben op het effect van de Triple P groepstraining ten aanzien van negatieve emoties van ouders en zorgde voor wisselende uitkomsten (zie tabel V in bijlage). Zo vertoonden ouders van kinderen met emotionele problemen in de klinische range geen significante afname van negatieve emoties en zijn de effectgroottes klein. Terwijl ouders van kinderen met gedragsproblemen, hyperactiviteit of problemen met leeftijdsgenoten in de klinische range wel significant minder negatieve emoties vertoonden, behalve ten aanzien van angst, met voornamelijk kleine tot gemiddelde effectgroottes ($.26 < d < .59$).

Uit analyses is gebleken dat er geen invloed was van het soort klinisch probleemgedrag van kinderen op het effect van de Triple P groepstraining ten aanzien van het probleemgedrag van kinderen, het disfunctioneel opvoedgedrag van ouders en het competentiegevoel van ouders. Wel bleek het soort klinisch probleemgedrag van kinderen van invloed te zijn op het effect van de Triple P groepstraining ten aanzien van negatieve emoties van ouders.

Invloed van aantal soorten klinisch probleemgedrag op de effectiviteit van de Triple P groepstraining

Nagegaan werd of het wel of niet gelijktijdig voorkomen van meerdere soorten klinisch probleemgedrag invloed heeft op de effectiviteit van de Triple P groepstraining. Er werd daarbij onderscheid gemaakt tussen drie groepen gezinnen: gezinnen met kinderen die één soort klinisch probleemgedrag vertonen, gezinnen met kinderen die twee soorten klinisch probleemgedrag vertonen en gezinnen met kinderen die drie of vier soorten klinisch probleemgedrag vertonen.

In tabel 7 is een overzicht weergegeven van het aantal kinderen dat een bepaald aantal soorten klinisch probleemgedrag vertoonde. Naarmate kinderen meer soorten klinisch probleemgedrag vertoonden is de gemiddelde leeftijd hoger, dit verschil was echter voorafgaand aan de training ($F(3,166) = 0.30, p = .83$) en na afloop ($F(3,166) = 2.00, p = .12$) niet significant. Wat betreft het geslacht van de kinderen werd er voorafgaand aan de Triple P groepstraining tussen jongens en meisjes geen significant verschil gevonden in het aantal soorten klinisch probleemgedrag dat zij vertoonden ($\chi^2(3, n = 172) = 4.03, p = .26$). Na afloop van de Triple P training bleken jongens echter significant vaker meer soorten klinisch probleemgedrag te vertonen dan meisjes ($\chi^2(3, n = 172) = 8.29, p = .04$). Na afloop van de Triple P groepstraining leken kinderen ten slotte minder gelijktijdig voorkomende soorten klinisch probleemgedrag te vertonen en was het aantal kinderen dat geen klinisch probleemgedrag liet zien toegenomen (zie tabel 7).

Tabel 7. Aantal kinderen met aantal gelijktijdig voorkomende soorten klinische probleemgedrag.

Aantal soorten klinisch probleemgedrag	Voormeting <i>n</i> = 172			Nameting <i>n</i> = 172		
	<i>n</i>	%	<i>M</i> leeftijd	<i>n</i>	%	<i>M</i> leeftijd
Geen klinisch probleemgedrag	45	26.2	6.91	68	39.5	6.79
1 soort klinisch probleemgedrag	53	30.8	7.06	57	33.1	6.96
2 soorten klinisch probleemgedrag	50	29.1	7.22	31	18.0	7.58
3 of 4 soorten klinisch probleemgedrag	24	13.9	7.42	21	9.3	8.13

Noot. % betreft het percentage kinderen ten opzichte van de totale experimentele groep.

Met behulp van mixed within-between subjects ANOVA's is onderzocht of het effect van de Triple P groepstraining verschillend is voor gezinnen waarvan kinderen verschillen in het aantal soorten klinisch probleemgedrag dat zij vertonen (zie tabel VI in bijlage). Significante verschillen waren te herkennen aan een significant tijd x aantal soorten klinisch probleemgedrag interactie-effect.

Wat betreft de variabele probleemgedrag bleken er interactie-effecten te zijn ten aanzien van emotionele problemen ($F(2,124) = 3.20, p = .04$), hyperactiviteit ($F(2,124) = 4.41, p = .01$), problemen met leeftijdsgenoten ($F(2,124) = 3.52, p = .03$) en het totale probleemgedrag ($F(2,124) = 7.02, p < .01$). De effectgroottes van tijd, aantal soorten probleemgedrag en de interactie varieerden van gemiddeld tot aanzienlijk ($.05 < \eta_p^2 < .10$) volgens de indeling van Cohen² (1988) met betrekking tot de partiële eta kwadraat (η_p^2). Naarmate kinderen meerdere soorten klinisch probleemgedrag vertoonden bleek er volgens ouders een significant sterkere afname te zijn in het vertoonde probleemgedrag van hun kinderen.

² Een η_p^2 van .01 representeert een klein effect, een η_p^2 van .06 een gemiddeld effect en een η_p^2 van .14 een groot effect (Cohen, 1988).

Naast een interactie-effect werd er een effect van het aantal soorten probleemgedrag gevonden ten aanzien van emotionele problemen ($F(2, 124) = 22.86, p < .001$), problemen met leeftijdsgenoten ($F(2,124) = 7.37, p < .01$) en het totale probleemgedrag ($F(2,124) = 48.12, p < .001$). Dit betekent dat kinderen volgens hun ouders een ernstigere mate van probleemgedrag lieten zien naarmate zij meerdere soorten klinisch probleemgedrag vertoonden. Er werden geen interactie-effecten gevonden ten aanzien van gedragsproblemen ($F(2,124) = 0.86, p = .42$) en sociaal gedrag ($F(2,124) = 0.34, p = .71$). Wel bleek de mate van gedragsproblemen toe te nemen naarmate kinderen meerdere soorten klinisch probleemgedrag tegelijkertijd vertoonden ($F(2,124) = 14.59, p < .001$).

Er werden geen significante interactie-effecten gevonden (zie tabel VI) ten aanzien van disfunctioneel opvoedgedrag ($F(2,124) = 0.76, p = .47$), competentiegevoel ($F(2,124) = 0.92, p = .40$) en negatieve emoties van ouders ($F(2,124) = 0.20, p = .82$). Er was slechts sprake van een significant effect van tijd wat resulteerde in een significante afname van disfunctioneel opvoedgedrag ($F(2,124) = 122.53, p < .000$), een toename van het competentiegevoel ($F(2,124) = 49.72, p < .000$) en een afname van negatieve emoties van ouders ($F(2,124) = 17.20, p < .000$), ongeacht het aantal soorten klinisch probleemgedrag dat hun kinderen vertoonden.

Uit de analyses kwam naar voren dat er alleen significante interactie-effecten behaald werden ten aanzien van de ernst van het probleemgedrag van de kinderen. Bovendien bleek dat de Triple P groepstraining effectiever was in het verminderen van de ernst van emotionele problemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en het totale probleemgedrag naarmate kinderen meer soorten klinisch probleemgedrag vertoonden. Dit interactie-effect gold overigens niet voor effecten ten aanzien van gedragsproblemen en sociaal gedrag.

DISCUSSIE

In dit onderzoek is de effectiviteit van de Triple P groepstraining op niveau 4 onderzocht en in het bijzonder de effectiviteit voor specifieke doelgroepen. Resultaten verkregen uit diverse analyses tonen ten eerste aan (1) dat de Triple P groepstraining effectief blijkt te zijn voor gezinnen die deelnemen aan de training. Het probleemgedrag van kinderen is na de Triple P groepstraining volgens ouders afgenomen, terwijl ouders zelf minder disfunctioneel opvoedgedrag vertonen, zich competentier voelen ten aanzien van de opvoeding en minder negatieve emoties ervaren. Deze resultaten bevestigen de vooraf opgestelde hypothese en komen overeen met resultaten uit eerder onderzoek (Cann et al., 2003; Dean et al., 2003; Heinrichs et al., 2006; Leung et al., 2003). Opvallend is echter dat de mate van problemen met leeftijdsgenootjes niet significant is afgenomen na afloop van de Triple P groepstraining. Een verklaring voor uitblijvende significante resultaten ten aanzien van problemen met

leeftijdsgenoten zou kunnen zijn dat het langer duurt voordat er veranderingen zichtbaar zijn bij problemen op het sociale vlak van kinderen. Bovendien is de training meer gericht op het verminderen van probleemgedrag in de thuissituatie, terwijl het contact met leeftijdsgenoten voor een groot deel buitenshuis plaats vindt. Daarbij speelt mee dat het probleemgedrag is beoordeeld door ouders en dat zij veranderingen in het contact met leeftijdsgenoten wellicht minder eenvoudig herkennen en benoemen. Enige relativering van de uitkomsten ten aanzien van problemen met leeftijdsgenoten is echter wel op zijn plaats. Als de problemen met leeftijdsgenoten in de klinische range vallen is er namelijk wel een significante verbetering te zien, zoals uit analyses bij onderzoeksvraag 3a valt op te maken.

Wanneer er een vergelijking gemaakt wordt tussen gezinnen die deelnemen aan de Triple P groepstraining en gezinnen uit de normale populatie blijkt dat deze twee groepen voorafgaand aan de training (2a) verschillen ten aanzien van probleemgedrag, disfunctioneel opvoedgedrag en competentiegevoel ten aanzien van de opvoeding. De hypothese dat kinderen uit de experimentele groep voorafgaand aan de Triple P groepstraining meer probleemgedrag vertonen en dat ouders uit de experimentele groep een minder functionele opvoedingsstijl hanteren en zich minder competent voelen wordt daarmee bevestigd. Deze verschillen zijn verklaarbaar gezien het feit dat een grotere mate van probleemgedrag, een minder functionele opvoedingsstijl en een minder groot competentiegevoel aanleiding geven tot deelname aan de Triple P groepstraining en gezinnen daarmee onderscheidt van de normale populatie.

De hypothese (2b) dat de Triple P groepstraining zorgt voor een afname van de verschillen tussen de gezinnen die de training hebben gevolgd en gezinnen uit de normale populatie wordt deels bevestigd. Na afloop van de training blijken er ondanks een toenadering nog steeds significante verschillen zijn te tussen gezinnen die de training hebben gevolgd en gezinnen uit de normale populatie ten aanzien van het probleemgedrag van kinderen en het competentiegevoel van de ouders. Een opvallend resultaat wordt echter bereikt ten aanzien van het disfunctioneel opvoedgedrag. Ouders die de training hebben gevolgd blijken na de training evenveel of zelfs minder disfunctioneel opvoedgedrag te vertonen dan ouders uit de normale populatie. Het disfunctioneel opvoedgedrag van ouders die de training hebben gevolgd valt na afloop gemiddeld zelfs onder de klinische grens van 3.2. Analyses ten aanzien van de subschaal breedsprakigheid tonen bovendien een significant verschil in het voordeel van de ouders uit de experimentele groep. Deze ouders blijken na de Triple P groepstraining minder breedsprakigheid te vertonen dan ouders uit de vergelijkingsgroep.

Gezien het feit dat Triple P zich voornamelijk richt op het verminderen van problemen door het verbeteren van de opvoedvaardigheden van ouders (Sanders, 1996; Sanders et al., 2003) is het aannemelijk dat hier het meeste resultaat wordt geboekt en ouders uit de experimentele groep

voornamelijk op het gebied van opvoedgedrag de ouders uit de normale populatie meer benaderen. Het feit dat er blijvende verschillen bestaan ten aanzien van het probleemgedrag van kinderen is ten eerste mogelijk te verklaren doordat kinderen van gezinnen uit de experimentele groep voorafgaand aan de Triple P groepstraining een grotere mate van probleemgedrag vertonen, zodanig dat ouders zich genoodzaakt voelen deel te nemen aan de training. Bovendien kan het enige tijd duren voordat de effecten van de veranderingen in opvoeding leiden tot gedragsveranderingen bij het kind. Blijvende verschillen ten aanzien van het competentiegevoel van ouders zijn wellicht te verklaren doordat ouders die deelnemen aan de Triple P groepstraining zich zodanig minder competent voelen dat zij meer behoefte hebben aan hulpverlening getuige hun deelname aan de groepstraining.

Een derde onderzoeksvraag betrefte de effectiviteit van de Triple P groepstraining voor gezinnen met kinderen die klinisch probleemgedrag vertonen. Hierbij is eerst de invloed van verschillende soorten klinisch probleemgedrag op de effectiviteit onderzocht en vervolgens de invloed van het wel of niet gelijktijdig voorkomen van één, twee en drie of vier soorten klinisch probleemgedrag.

Uit de analyses komt allereerst naar voren dat het soort klinisch probleemgedrag dat kinderen vertonen (3a) geen invloed heeft op het effect van de Triple P groepstraining ten aanzien van de mate van probleemgedrag van kinderen, disfunctioneel opvoedgedrag van ouders en het competentiegevoel van ouders ten aanzien van de opvoeding. Ongeacht het soort klinisch probleemgedrag dat kinderen vertonen neemt de mate van het probleemgedrag af, neemt het prosociale gedrag toe, vertonen ouders minder disfunctioneel opvoedgedrag en voelen ouders zich competenter ten aanzien van de opvoeding. Een opvallend resultaat is echter dat het soort klinisch probleemgedrag van kinderen wel invloed blijkt te hebben op het effect van de Triple P groepstraining ten aanzien van negatieve emoties van ouders en zorgt voor wisselende uitkomsten. Zo vertonen ouders van kinderen met emotionele problemen in de klinische range geen significante afname van negatieve emoties. Terwijl ouders van kinderen met gedragsproblemen, hyperactiviteit of problemen met leeftijdsgenoten in de klinische range significant minder negatieve emoties vertonen, behalve ten aanzien van angst. Dit valt te verklaren doordat ouders van kinderen met klinische emotionele problemen ten tijde van de voormeting al minder grote negatieve emoties vertoonden, waardoor er minder snel sprake is van een significante afname.

De verwachting dat de Triple P groepstraining in ieder geval effectief zou zijn voor gezinnen met kinderen die klinische hyperactiviteit- en gedragsproblemen vertonen blijkt te kloppen en komt overeen met resultaten uit eerder onderzoek (Bor et al., 2002; Rogers et al., 2003). De verwachting dat de training wellicht minder effectief zou zijn in het geval van klinische emotionele problemen en problemen met leeftijdsgenoten blijkt niet te kloppen. In het geval van klinische problemen met leeftijdsgenoten wordt de effectiviteit van de Triple P groepstraining in dit onderzoek namelijk wel

bewezen. Daarbij blijkt de training in het geval van klinische emotionele problemen alleen niet effectief te zijn ten aanzien van de negatieve emoties van ouders en wordt de effectiviteit met betrekking tot de mate van het probleemgedrag van de kinderen, disfunctioneel opvoedgedrag en competentiegevoel van ouders wel aangetoond. Over het algemeen kan gesteld worden dat de Triple P groepstraining effectief is ongeacht het soort klinisch probleemgedrag dat kinderen vertonen.

Ten aanzien van de invloed van het wel of niet gelijktijdig voorkomen van één of meer soorten klinisch probleemgedrag (3b) werd verwacht dat de Triple P groepstraining minder effect zou hebben naarmate kinderen gelijktijdig meerdere soorten klinisch probleemgedrag vertonen. En dat dit effect zou gelden ten aanzien van zowel het probleemgedrag van het kind enerzijds als het disfunctioneel opvoedgedrag, het competentiegevoel en de negatieve emoties van ouders anderzijds. Deze hypothese kan worden verworpen aangezien uit de analyses ten eerste blijkt dat de Triple P groepstraining effectiever is in het verminderen van de ernst van emotionele problemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en het totale probleemgedrag naarmate kinderen meer in plaats van minder soorten klinisch probleemgedrag vertonen. Dit wordt onderschreven door onderzoek van Nowak en Heinrichs (2008), waarin verondersteld wordt dat Triple P effectiever is wanneer kinderen meer problemen vertonen. Dat dit niet alleen specifiek voor Triple P geldt maar tevens voor andere opvoedingsinterventies komt naar voren in onderzoek van Chamberlain en collega's (2008) en Reid, Webster-Stratton en Baydar (2004). Het interactie-effect geldt overigens niet voor effecten ten aanzien van gedragsproblemen. Ongeacht het aantal soorten klinisch probleemgedrag dat kinderen vertonen blijkt de mate van de gedragsproblemen af te nemen. Dit is verklaarbaar gezien het karakter van de Triple P groepstraining welke zich sterk richt op gedragsverandering (Sanders, 1996; Sanders et al., 2003). Tevens blijkt het interactie-effect niet te gelden voor effecten ten aanzien van prosociaal gedrag. Het prosociale gedrag van kinderen met klinisch probleemgedrag blijkt vrijwel constant te blijven ongeacht het aantal soorten probleemgedrag dat kinderen vertonen. Een logische verklaring ligt in het feit dat de Triple P groepstraining voornamelijk gericht is op het laten afnemen van probleemgedrag (Sanders, 1996; Sanders et al., 2003).

Een tweede reden waarom de hypothese kan worden verworpen is dat uit de analyses blijkt dat er alleen significante interactie-effecten zijn ten aanzien van de ernst van het probleemgedrag van de kinderen en niet ten aanzien van het disfunctioneel opvoedgedrag, het competentiegevoel en de negatieve emoties van ouders. Ongeacht het aantal soorten klinisch probleemgedrag dat kinderen vertonen heeft de Triple P groepstraining effect en neemt het disfunctioneel opvoedgedrag af, wordt het competentiegevoel groter en ervaren ouders minder negatieve emoties. Dit resultaat ondersteunt een brede toepasbaarheid van de Triple P groepstraining.

Kritische kanttekeningen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen, waaraan suggesties voor toekomstig onderzoek kunnen worden verbonden. Ten eerste is in dit onderzoek gebruik gemaakt van vragenlijsten als enige vorm van dataverzameling. Voor een volledig beeld en ter bevordering van het trekken van juiste conclusies verdient het aanbeveling om gebruik te maken van meerdere vormen van dataverzameling, waaronder naast vragenlijsten bijvoorbeeld de inzet van observaties bij gezinnen thuis of interviews met betrokkenen.

Ten tweede zijn de variabelen in dit onderzoek beoordeeld door slechts één soort bron, in dit geval de ouders. Een afname van probleemgedrag, een afname van disfunctioneel opvoedgedrag, een toename van competentiegevoel en een afname van negatieve emoties is wat ouders nastreven door deel te nemen aan de Triple P groepstraining. Antwoorden van ouders op de vragenlijsten kunnen daarom tevens die kant op neigen. Ondanks het feit dat ouders hun eigen kinderen en opvoedsituatie het beste kennen is het voor een representatief beeld is het van belang dat in toekomstig onderzoek naast ouders tevens andere bronnen zoals de kinderen of leerkrachten bij het onderzoek worden betrokken.

Een derde beperking is het aanzienlijke percentage gezinnen wat is uitgevallen (44%) omdat ouders de vragenlijsten ten tijde van de voor- of nameting niet of niet volledig genoeg hadden ingevuld. In vergelijking met ouders uit de experimentele groep zijn dit ouders die meer breedsprakigheid en meer disfunctioneel opvoedgedrag vertonen en ouders die minder tevreden zijn ten aanzien van hun rol in de opvoeding. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of de in dit onderzoek genoemde resultaten tevens gelden voor deze doelgroep.

Een laatste kritische kanttekening bij dit onderzoek is dat er ter beantwoording van onderzoeksvraag 3a analyses zijn uitgevoerd waarbij kinderen uit een aanzienlijk aantal gezinnen meerdere soorten klinisch probleemgedrag tegelijkertijd vertoonden. In deze analyses, waarbij vier groepen zijn vergeleken uitgesplitst naar soort klinisch probleemgedrag van het kind, komen deze gezinnen in meerdere groepen voor. Hierdoor zijn de uitgevoerde analyses en getrokken conclusies minder zuiver en verdient het aanbeveling om verder onderzoek uit te voeren. Hierbij dienen groepen gezinnen met kinderen tegen elkaar te worden afgezet die slechts één soort klinisch probleemgedrag vertonen.

Implicaties voor de praktijk

De brede inzetbaarheid en verdere implementatie van de Triple P groepstraining in de praktijk wordt ondersteund door de bewezen effectiviteit van de training voor gezinnen die hieraan deelnemen. Bovendien blijkt de training in het geval van gezinnen met kinderen die uiteenlopende soorten

probleemgedrag vertonen, geschikt te zijn om verbeteringen te bewerkstelligen ten aanzien van de mate van het probleemgedrag van kinderen, het disfunctioneel opvoedgedrag van ouders en het competentiegevoel van ouders. Ongeacht het *soort klinisch* probleemgedrag is de Triple P groepstraining effectief. Tevens blijkt de Triple P groepstraining tot positieve resultaten te leiden voor ouders ongeacht het *aantal* soorten klinisch probleemgedrag dat hun kinderen vertonen. Ten slotte blijkt de training bijzonder inzetbaar voor vermindering van probleemgedrag wanneer kinderen meerdere soorten klinisch probleemgedrag vertonen.

SAMENVATTING

Triple P is een opvoedingsinterventie gericht op het voorkomen en behandelen van ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij kinderen. Het doel van dit onderzoek was het meten van de effectiviteit van de Triple P groepstraining (niveau 4). In het bijzonder werd onderzocht of het soort klinisch probleemgedrag en het aantal gelijktijdig vertoonde soorten klinisch probleemgedrag van invloed waren op de effectiviteit. De steekproef bestond uit 172 ouders die de Triple P groepstraining hebben gevolgd en 191 ouders uit de normale populatie. Afhankelijke variabelen waren probleemgedrag van het kind (SDQ), opvoedvaardigheden (PS), competentiegevoel van ouders (PSOC) en negatieve emoties van ouders (DASS). Ouders uit de experimentele groep vulden de vragenlijsten voorafgaand aan en na afloop van de interventie in en ouders uit de normale populatie vulden de vragenlijsten één maal in (basismeting). De effectiviteit van de interventie werd gemeten via onafhankelijke t-toetsen, repeated measures ANOVA's en mixed within-between subjects ANOVA's. Na de interventie was het probleemgedrag van kinderen afgenomen, waren opvoedvaardigheden en competentiegevoel van ouders toegenomen waren en negatieve emoties van ouders afgenomen. De opvoedvaardigheden van ouders waren na de interventie vergelijkbaar met opvoedvaardigheden van ouders uit de normale populatie. Tevens bleek de Triple P groepstraining effectief te zijn ongeacht het soort klinisch probleemgedrag dat kinderen vertoonden. Verder had de training meer effect voor kinderen met 3 of 4 soorten klinisch probleemgedrag dan voor kinderen met 1 of 2 soorten klinisch probleemgedrag. Ten slotte bleek de training ten aanzien van oudervariabelen effectief te zijn ongeacht het aantal soorten klinisch probleemgedrag dat kinderen vertoonden. De resultaten ondersteunen een brede inzet van de Triple P groepstraining.

Trefwoorden: Triple P, opvoedingsinterventie, preventie, gedragsgerichte gezinsinterventie

REFERENTIES

- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*, 137–144.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice, 52*, 223–233.
- Barlow, J., Parsons, J., & Stewart-Brown, S. (2004). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child: Care, Health & Development, 31*, 33–42.
- Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2000). Review article: behaviour problems and parent-training programs. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics, 21*, 356–370.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development, 37*, 887–907.
- Bayer, J. K., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Price, A., & Wake, M. (2008). Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 1166–1174.
- Biglan, A. (1995). Translating what we know about the context of antisocial behaviour into a lower prevalence of such behaviour. *Journal of Applied Behaviour Analysis, 28*, 479–492.
- Blokland, G. (2006). *Triple P: Positief Pedagogisch Programma. Een veelbelovend model voor opvoedingsondersteuning*. Utrecht: Nji.
- Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., & Sanders, M. R. (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 411–427.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 571–587.
- Burke, J. D., Pardini, D. A., & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behaviour and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 679–692.
- Cann, W., Rogers, H., & Matthews, J. (2003). Family Intervention Services program evaluation: A brief report on initial outcomes for families. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*, 1–8.

- CBS (2008). *Beroepsbevolking: Behaalde onderwijs naar herkomst geslacht en leeftijd*. Gevonden op 3 maart 2009, op <http://statline.cbs.nl>.
- Chamberlain, P., Price, J., Leve, L. D., Laurent, H., Landsverk, J. A., & Reid, J. B. (2008). Prevention of behavior problems for children in foster care: Outcomes and mediation effects. *Prevention Science, 9*, 17–27.
- Cina, A., Bodenmann, G., Hahlweg, K., Dirscherl, T., & Sanders, M. R. (2006). Triple P (Positive Parenting Program): Theoretischer und empirischer hintergrund und erste erfahrungen im deutschsprachigen raum. *Zeitschrift fur Familienforschung, 17*, 1–24
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dean, C., Myers, K., & Evans, E. (2003). Community-wide implementation of a parenting program: the South East Sydney Positive Parenting Project. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*, 1–12.
- Dorsseleer, S. van, Zeijl, E., Eekhout, S. van den, Bogt, T. ter, & Vollebergh, W. (2007). HBSC 2005: Gezondheid en Welzijn van Jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Eyberg, S. M. (2003). Parent-child interaction therapy. In T. H. Ollendick & C. S. Schroeder (Eds.), *Encyclopedia of Clinical child and Pediatric Psychology*. New York: Plenum.
- Gallart, S. C. & Matthey, S. (2005). The effectiveness of Group Triple P and the impact of the four telephone contacts. *Behaviour Change, 22*, 71–80.
- Graaf, I. de & Bohlmeijer, E. (2006). Triple P: Proefimplementatie van een programma voor opvoedingsondersteuning. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen TSG, 8*, 488–493.
- Graaf, I. de, Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. de, & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behavior Modification, 32*, 714–735.
- Graaf, I. de, Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. de, & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting: a meta-analysis. *Family Relations, 57*, 553–566.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581–586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 10*, 791–799.
- Hart, B. & Risley, T. R. (1975). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Sydney: Paul H. Brooks.

- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., & Harstick, S. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntraining zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*, 82–96.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 167–175.
- Kaminsky, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 567–589.
- Larsson, H., Viding, E., Rijdsdijk, F. V., & Plomin, R. (2008). Relationships between parental negativity and childhood antisocial behavior over time: a bidirectional effects model in a longitudinal genetically informative design. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 633–645.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R., & Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P–Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process, 42*, 95–108.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 335–342.
- Morgan, J. R., Nu'man-Sheppard, J., & Allin, D. W. (1990). Prevention through parent training: three preventive parent education programs. *Journal of Primary Prevention, 10*, 321–332.
- Muris, P., Meesters, C., & Berg, F. van den (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*, 1–8.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P–Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychological Review, 11*, 114–144.
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 607–621.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 17*, 47–67.

- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). Halting the development of conduct problems in head start children: The effects of parent training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33*, 279–291.
- Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verhulst, F. C., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2005). Psychosociale problemen komen meer voor bij kinderen in achterstandsbuurtten. *JGZ, 6*, 110–115.
- Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V. (2003). Evaluation of the Family Intervention Service for children presenting with characteristics associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*, 1–10.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development, 18*, 65–79.
- Sanders, M. R. (1996). New directions in behavioural family intervention with children. In T. H. Ollendick, & R. J. Prinz, (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 18 (pp.283–330). New York: Plenum Press.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P–Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*, 71–90.
- Sanders, M. R. (2003). Triple P–Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*, 1–17.
- Sanders, M. R. (2008). Triple P–Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology, 22*, 506–517.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph, 1*, 1–24.
- Schuhmann, E.M., Foote, R., Eyberg, S.M., Boggs, S., & Algina, J. (1998). Parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 34–45.
- Serketich, W. J. & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171–186.
- Speetjes, P., Graaf, I. de, & Blokland, G. (2007). Het fundament van Triple P. *JeugdenCo, 2*, 6–18.
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P–Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 475–495.
- Turner, K. M. T., Markie-Dadds, C., & Sanders, M. R. (2000). *Facilitators manual for Group Triple P*. Milton: Triple P International Pty. Ltd.

- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parent competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715–730.
- Widenfelt, B. M. van, Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281–289.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Kreuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: SCP/TNO.
- Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Burton, P., & Blair, E. (2000). Mental health disorders in children and young people: scope, cause and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 570–578.
- Zubrick, S.R., Silburn, S.R., Garton, A., Burton, P., Dalby, R., Carlton, J., Shephard, C., & Lawrence, D. (1995). *Western Australia Child Health Survey: Developing health and well-being in the nineties*. Perth: Australian Bureau of Statistics and the Institute for Child Health Research.

BIJLAGEN

Tabellen bij uitgevoerde analyses

Tabel I. *Vergelijking demografische kenmerken experimentele groep en uitvalgroep.*

Variabele	Experimentele groep <i>n</i> = 172		Uitvalgroep <i>n</i> = 134		Chi ²	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Geslacht van het kind					0.22	.64
jongen	114	66.3	92	68.7		
meisje	57	33.1	41	30.6		
Relatie tot het kind					0.28	.60
Moeder	146	84.9	114	85.0		
Vader	26	15.1	17	12.7		
Burgerlijke staat					3.00 ^b	.70
Gehuwd	123	71.5	88	65.7		
Geregistreerd partnerschap	6	3.5	6	4.5		
Ongehuwd	11	6.4	14	10.4		
Gescheiden	17	9.9	14	10.4		
Samenwonend	12	7.0	7	5.2		
Gezinssituatie					6.45 ^b	.09
Regulier gezin	143	83.1	100	74.6		
Stiefgezin	2	1.2	7	5.2		
Eenoudergezin	25	14.5	19	14.2		
Opleidingsniveau					2.36	.31
Laag (geen, basisschool, vmbo)	40	23.3	34	25.4		
Middelbaar (havo, vwo, mbo)	75	43.6	63	47.0		
Hoog (hbo, universiteit)	55	32.0	31	23.1		
					T-toets	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
Leeftijd van het kind	7.12	2.31	7.00	2.54	-0.42 (300)	.67
Aantal kinderen in het gezin	2.17	0.82	2.18	0.82	0.07 (301)	.94
Aantal werkuren ouder	25.92	17.06	26.76	19.76	0.35 (235)	.73
Aantal werkuren partner	35.87	12.41	36.63	14.56	0.45 (245)	.65

Noot. Chi² = chi-kwadraat toets.

^b Eén of meerdere cellen hebben een waarde kleiner dan 5.

Tabel II. *Demografische kenmerken van experimentele groep en vergelijkingsgroep.*

Variabele	Experimentele groep		Vergelijkingsgroep		Chi ²	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i> = 172		<i>n</i> = 191			
Geslacht van het kind					13.53	.00***
jongen	114	66.3	86	47.3		
meisje	57	33.1	96	50.3		
Relatie tot het kind					2.23	.14
Moeder	146	84.9	172	90.0		
Vader	26	15.1	19	9.9		
Burgerlijke staat					15.04 _b	.01*
Gehuwd	123	71.5	162	84.8		
Geregistreerd partnerschap	6	3.5	5	2.6		
Ongehuwd	11	6.4	2	1.0		
Gescheiden	17	9.9	8	4.2		
Samenwonend	12	7.0	12	6.3		
Gezinssituatie					10.40 _b	.02*
Regulier gezin	143	83.1	170	89.0		
Stiefgezin	2	1.2	8	4.2		
Eenoudergezin	25	14.5	11	5.8		
Opleidingsniveau					0.80	.67
Laag (geen, basisschool, vmbo)	40	23.3	48	25.1		
Middelbaar (havo, vwo, mbo)	75	43.6	88	46.1		
Hoog (hbo, universiteit)	55	32.0	53	27.7		
	T-toets					
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Leeftijd van het kind	7.12	2.31	7.48	2.38	-1.43 (349)	.15
Aantal werkuren ouder	25.92	17.06	27.07	21.24	-0.50 (285)	.62
Aantal werkuren partner	35.87	12.41	40.47	10.18	-3.52 (271)	.00***

Noot. Chi² = chi-kwadraat toets.

_b Eén of meerdere cellen hebben een waarde kleiner dan 5.

* *p* < .05; *** *p* < .001

Tabel III. *Vergelijking scores voormeting experimentele groep en basismeting vergelijkingsgroep.*

Vragenlijst	Experimentele groep <i>n</i> = 172		Vergelijkingsgroep <i>n</i> = 191		T-toets		Effectgrootte
	Voormeting		Basismeting		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	<i>Cohen's d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
SDQ							
Emotionele problemen	3.18	2.58	1.51	1.72	7.20 (293)	.00***	0.76
Gedragsproblemen	3.05	1.70	1.08	1.40	12.00 (332)	.00***	1.27
Hyperactiviteit	5.59	3.13	2.73	2.35	9.77 (315)	.00***	1.03
Problemen met leeftijdsgenoten	2.39	2.27	1.40	1.53	4.80 (296)	.00***	0.51
Prosociaal gedrag	6.80	2.35	8.26	1.90	-6.44 (329)	.00***	-0.68
Totale score	14.21	6.03	6.72	4.77	13.02 (325)	.00***	1.46
PS							
Laksheid	2.89	0.83	2.34	0.74	6.72 (358)	.00***	0.70
Overreageren	3.47	0.84	2.59	0.75	10.49 (358)	.00***	1.11
Breedsprakigheid	3.80	0.82	3.36	0.77	6.27 (358)	.00***	0.55
Totale score	3.39	0.65	2.76	0.62	9.35 (358)	.00***	0.99
PSOC							
Tevredenheid	39.38	6.02	43.79	5.80	-7.09 (360)	.00***	-0.75
Effectiviteit	26.97	4.52	32.55	4.25	-12.08 (360)	.00***	-1.27
Totale score	66.36	9.03	76.33	8.85	-10.61 (360)	.00***	-1.12

Noot. *** *p* < .001

Tabel IV. *Vergelijking scores nameting experimentele groep en basismeting vergelijkingsgroep.*

Vragenlijst	Experimentele groep <i>n</i> = 172		Vergelijkingsgroep <i>n</i> = 191		T-toets		Effectgrootte
	Nameting		Basismeting		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	<i>Cohen's d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
SDQ							
Emotionele problemen	2.58	2.39	1.51	1.72	4.86 (307)	.00***	0.51
Gedragsproblemen	2.17	1.67	1.08	1.40	6.70 (335)	.00***	0.71
Hyperactiviteit	5.00	2.91	2.73	2.35	8.16 (328)	.00***	0.86
Problemen met leeftijdsgenoten	2.17	2.02	1.40	1.53	4.06 (318)	.00***	0.43
Prosociaal gedrag	7.10	2.08	8.26	1.90	-5.55 (361)	.00***	-0.58
Totale score	11.93	6.05	6.72	4.77	9.03 (324)	.00***	0.96
PS							
Laksheid	2.43	0.71	2.34	0.74	1.25 (358)	.21	0.12
Overreageren	2.73	0.72	2.59	0.75	1.79 (358)	.08	0.19
Breedsprakigheid	2.88	0.84	3.36	0.77	-5.62 (358)	.00***	-0.60
Totale score	2.68	0.65	2.76	0.62	-1.21 (358)	.23	-0.13
PSOC							
Tevredenheid	42.39	5.89	43.79	5.80	-2.27 (360)	.02*	-0.24
Effectiviteit	29.34	4.43	32.55	4.25	-7.04 (360)	.00***	-0.74
Totale score	71.73	9.01	76.33	8.85	-4.90 (360)	.00***	-0.52

Noot. * *p* < .05; *** *p* < .001

Tabel V. *Vergelijking scores op voor- en nameting uitgesplitst naar soort probleemgedrag van het kind.*

Vragenlijst	Emotionele problemen <i>n</i> = 50				Effectgrootte <i>Cohen's d</i>	Repeated measures ANOVA <i>F</i> (1,70)	<i>p</i>	Gedragsproblemen <i>n</i> = 65				Effectgrootte <i>Cohen's d</i>	Repeated measures ANOVA <i>F</i> (1,42)	<i>p</i>
	Voormeting		Nameting					Voormeting		Nameting				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
SDQ														
Emotionele problemen	6.51	1.46	4.66	2.53	0.90	40.41	.00***							
Gedragsproblemen								4.83	0.99	3.23	1.62	1.19	55.01	.00***
Hyperactiviteit														
Problemen met leeftijdsgenoten														
Prosociaal gedrag	6.80	2.41	6.88	1.96	-0.04	0.14	.71	5.89	2.14	6.24	1.67	-0.18	2.44	.12
Totale score	19.06	4.94	15.06	5.98	0.73	38.62	.00***	17.64	5.38	14.10	5.73	0.64	33.07	.00***
PS														
Laksheid	2.84	0.86	2.48	0.83	0.43	20.96	.00***	2.91	0.82	2.52	0.77	0.49	24.05	.00***
Overreageren	3.40	0.85	2.79	0.72	0.77	44.34	.00***	3.54	0.85	2.76	0.72	0.99	78.05	.00***
Breedsprakigheid	3.74	0.84	2.91	0.90	0.95	45.95	.00***	3.82	0.77	2.88	0.87	1.14	73.51	.00***
Totale score	3.33	0.66	2.73	0.70	0.88	57.81	.00***	3.42	0.65	2.72	0.72	1.02	87.35	.00***
PSOC														
Tevredenheid	39.25	6.28	41.29	7.41	-0.30	7.00	.01*	39.00	5.45	41.36	6.01	-0.41	12.75	.00**
Effectiviteit	27.70	4.92	29.88	4.05	-0.48	15.25	.00***	26.15	4.87	28.71	4.24	-0.56	22.69	.00***
Totale score	66.95	9.21	71.16	10.22	-0.43	14.61	.00***	65.15	8.15	70.06	8.88	-0.57	23.46	.00***
DASS														
Depressie	4.76	6.26	3.80	5.75	0.16	2.41	.13	4.99	6.12	2.89	4.58	0.39	16.24	.00***
Angst	2.16	3.28	1.88	3.34	0.08	0.66	.42	1.66	2.65	1.48	2.92	0.06	0.38	.54
Stress	8.50	6.20	7.36	6.56	0.18	2.94	.09	9.91	7.16	6.23	5.19	0.59	23.91	.00***
Totale score	15.42	14.05	13.04	14.41	0.17	3.02	.09	16.56	14.37	10.60	11.57	0.46	19.30	.00***

(vervolgd)

Tabel V (vervolgd). *Vergelijking scores op voor- en nameting uitgesplitst naar soort probleemgedrag van het kind.*

Vragenlijst	Hyperactiviteit <i>n</i> = 71				Effectgrootte <i>Cohen's d</i>	Repeated measures ANOVA <i>F</i> (1,70)	<i>p</i>	Problemen met leeftijdsgenoten <i>n</i> = 43				Effectgrootte <i>Cohen's d</i>	Repeated measures ANOVA <i>F</i> (1,42)	<i>p</i>
	Voormeting		Nameting					Voormeting		Nameting				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
SDQ														
Emotionele problemen														
Gedragsproblemen														
Hyperactiviteit	8.75	1.18	7.46	2.07	0.77	39.04	.00***							
Problemen met leeftijdsgenoten								5.65	1.65	4.37	2.14	0.67	17.11	.00***
Prosociaal gedrag	6.75	2.45	7.06	1.93	-0.14	2.22	.14	6.19	2.31	6.38	1.97	-0.09	0.61	.44
Totale score	18.04	4.76	15.42	5.32	0.52	22.04	.00***	19.11	5.35	15.44	6.39	0.62	17.96	.00***
PS														
Laksheid	2.85	0.82	2.39	0.74	0.59	43.54	.00***	2.90	0.85	2.50	0.76	0.50	17.59	.00***
Overreageren	3.49	0.82	2.77	0.69	0.95	72.12	.00***	3.62	0.96	2.89	0.89	0.79	30.28	.00***
Breedspakigheid	3.83	0.78	2.96	0.83	1.08	74.34	.00***	3.76	0.86	2.90	0.96	0.94	28.89	.00***
Totale score	3.39	0.64	2.71	0.65	1.05	95.49	.00***	3.43	0.71	2.76	0.79	0.89	35.62	.00***
PSOC														
Tevredenheid	39.05	5.65	42.17	5.89	-0.54	21.29	.00***	38.02	6.37	41.77	6.60	-0.58	21.94	.00***
Effectiviteit	26.61	4.33	29.15	4.04	-0.61	32.18	.00***	25.44	4.92	28.79	4.63	-0.70	26.52	.00***
Totale score	65.66	8.40	71.32	8.53	-0.67	36.56	.00***	63.47	9.21	70.56	10.02	-0.74	31.51	.00***
DASS														
Depressie	5.07	6.44	3.44	5.96	0.26	12.15	.00**	6.14	7.87	3.35	5.85	0.40	6.76	.01*
Angst	2.03	3.33	1.55	3.26	0.15	3.08	.08	2.37	4.58	1.86	3.86	0.12	0.68	.42
Stress	10.56	8.01	7.18	6.49	0.46	23.54	.00***	10.04	8.08	7.19	6.64	0.39	5.45	.02*
Totale score	17.66	16.14	12.17	14.84	0.35	21.11	.00***	18.55	18.91	12.40	15.41	0.36	5.17	.03*

Noot. * *p* < .05; ** < .01; *** *p* < .001

Tabel VI. *Vergelijking scores op voor- en nameting uitgesplitst naar aantal soorten probleemgedrag van het kind.*

Vragenlijst	1 soort probleemgedrag <i>n</i> = 53				2 soorten probleemgedrag <i>n</i> = 50				3/4 soorten probleemgedrag <i>n</i> = 24				Effect	Mixed within-between subjects ANOVA		Effectgrootte η^2
	Voormeting		Nameting		Voormeting		Nameting		Voormeting		Nameting			<i>F</i> (2, 124)	<i>p</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
SDQ																
Emotionele problemen	2.32	2.14	1.98	1.84	3.96	2.37	3.16	2.53	6.25	2.36	4.67	2.79	T	21.61	.00***	.05
													A	22.86	.00***	
Gedragsproblemen	2.76	1.34	1.98	1.56	3.70	1.74	2.64	1.75	4.75	1.26	3.46	1.50	T x A	3.20	.04*	.01
													T	44.82	.00***	
Hyperactiviteit	5.79	3.07	5.62	2.82	6.72	2.82	5.74	2.61	7.58	2.52	6.29	2.91	A	14.59	.00***	.07
													T x A	0.86	.42	
Problemen met leeftijdsgenoten	2.07	1.87	2.11	1.87	3.06	2.40	2.82	1.95	4.42	2.54	3.42	2.55	T	24.28	.00***	.05
													A	1.79	.17	
Prosociaal gedrag	6.83	2.54	7.17	2.46	6.28	2.22	6.62	1.76	6.42	2.38	6.44	1.54	T x A	4.41	.01*	.01
													T	6.84	.01*	
Totale score	12.94	2.77	11.69	4.20	17.44	2.83	14.36	4.72	23.00	3.87	17.83	6.27	A	7.37	.00**	.10
													T x A	3.52	.03*	
PS																
Laktheid	2.91	0.90	2.41	0.60	3.01	0.89	2.57	0.83	2.68	0.68	2.37	0.80	T	45.61	.00***	.01
													A	1.16	.32	
Overreageren	3.43	0.83	2.66	0.71	3.66	0.86	2.87	0.75	3.35	0.84	2.79	0.76	T x A	0.70	.50	.01
													T	103.91	.00***	
Breedsprakigheid	3.82	0.82	2.98	0.87	3.93	0.76	2.96	0.90	3.61	0.81	2.85	0.88	A	1.41	.25	.01
													T x A	0.84	.43	
Totale score	3.39	0.66	2.68	0.58	3.54	0.69	2.80	0.74	3.21	0.57	2.67	0.75	T	99.01	.00***	.01
													A	0.80	.45	
													T x A	0.49	.62	.01
													T	122.53	.00***	
													A	1.39	.25	.01
													T x A	0.76	.47	

(vervolgd)

Tabel VI (vervolgd). *Vergelijking scores op voor- en nameting uitgesplitst naar aantal soorten probleemgedrag van het kind.*

Vragenlijst	1 soort probleemgedrag <i>n</i> = 53				2 soorten probleemgedrag <i>n</i> = 50				3/4 soorten probleemgedrag <i>n</i> = 24				Mixed within-between subjects ANOVA		Effectgrootte η_p^2	
	Voormeting		Nameting		Voormeting		Nameting		Voormeting		Nameting		<i>F</i> (2, 124)	<i>p</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				<i>Effect</i>
PSOC																
Tevredenheid	39.04	6.92	43.50	5.42	38.61	5.04	40.86	5.29	39.13	6.25	41.21	8.01	T	30.42	.00***	.04
													A	1.11	.33	
Effectiviteit	27.19	4.84	29.51	4.64	25.48	3.73	28.28	3.80	27.58	5.66	29.92	4.33	T x A	2.52	.08	
													T	44.04	.00***	
													A	2.53	.08	
Totale score	66.23	10.39	73.01	8.99	64.09	7.40	69.14	7.64	66.71	8.95	71.13	11.03	T x A	0.22	.80	.00
													T	49.27	.00***	
													A	1.90	.15	
													T x A	0.92	.40	.02
DASS																
Depressie	4.19	6.97	2.36	5.60	4.84	4.80	3.06	4.50	6.21	7.86	4.46	6.62	T	14.22	.00***	.00
													A	1.22	.30	
Angst	1.76	4.30	1.19	3.19	1.98	2.76	1.40	2.49	2.25	3.57	2.38	4.27	T x A	0.00	.99	
													T	1.52	.22	
													A	0.62	.54	
Stress	8.81	7.58	5.64	6.02	10.23	7.37	7.00	5.83	10.04	7.42	7.92	6.70	T x A	0.55	.58	.01
													T	22.37	.00***	
													A	1.00	.37	
Totale score	14.76	17.81	9.19	13.91	17.05	12.90	11.46	11.97	18.51	17.27	14.75	16.33	T x A	0.28	.76	.00
													T	17.20	.00***	
													A	1.05	.35	
													T x A	0.20	.82	.00

Noot. *** $p < .001$; η_p^2 = partiële eta kwadraat (effectgrootte); T = effect van tijd (within subjects); A = effect van aantal soorten probleemgedrag (between subjects); T x A = interactie-effect.