

University of Groningen

Preschool children with ADHD symptoms and behavioral problems

Mulders, Lianne

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2018

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Mulders, L. (2018). Preschool children with ADHD symptoms and behavioral problems: informant agreement, treatment, and predictors of treatment outcome [Groningen]: Rijksuniversiteit Groningen

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting in het Nederlands

Gedragstherapeutische oudertraining is een goed onderbouwde en effectief bewezen eerste stap in de behandeling van jonge kinderen met externaliserende problemen, zoals opstandig, prikkelbaar, druk en impulsief gedrag. Bij ongeveer de helft van de kinderen blijven deze gedragsproblemen na een oudertraining echter dusdanig problematisch dat vervolgbehandeling nodig is.

In deze studie heb ik 83 kinderen in de leeftijd van 2,5 tot 6 jaar, die tussen 2009 en 2013 naar de polikliniek van Accare Groningen Universitair Centrum werden verwezen vanwege gedragsproblemen, gevolgd van het eerste diagnostische contact tot na gedragstherapeutische oudertraining. Daarnaast hebben we gegevens verzameld van 120 niet-verwezen kinderen uit dezelfde leeftijdsgroep en hun ouders. Om vragenlijsten in de klinische praktijk en in wetenschappelijk onderzoek beter te kunnen interpreteren hebben we in beide groepen onderzocht: beoordelen vaders en moeders het gedrag van hun kind op dezelfde manier op de vragenlijsten, en als dat niet zo is, welke kenmerken van ouders maken dat ze onderling verschillen?

Ouders van kinderen bij wie ADHD-symptomen en gedragsproblemen werden gediagnosticeerd, kregen oudertraining aangeboden als eerste stap in de behandeling. Mijn belangrijkste onderzoeksvragen waren: verminderen de gedragsproblemen van het kind en verbeteren de opvoedingsvaardigheden van ouders na de behandeling? En hangen deze veranderingen met elkaar samen? Bij een deel van de kinderen die onvoldoende profiteerden van oudertraining heb ik vervolgens de effectiviteit van ouder-kind interactietherapie (parent child interaction therapy; PCIT) en medicamenteuze behandeling met methylfenidaat onderling vergeleken: welke van deze twee vervolgbehandelingen zou de gedragsproblemen van het kind het meest zou verbeteren op korte termijn? Deze behandelingen vonden plaats tussen 2011 en 2016.

Druk, impulsief en opstandig gedrag komt veel voor bij jonge kinderen en past bij de peuter- en kleuterfase. De meeste kinderen worden vanzelf rustiger en gedragen zich meer gecontroleerd en volgamer als ze ouder worden. Ongeveer 2-5% van de peuters en kleuters laat echter dusdanig vaak, ernstig en langdurig druk en opstandig gedrag zien, zowel thuis als buitenshuis, dat het hun ontwikkeling belemmert en dat gesproken kan worden van kenmerken van ODD en/of ADHD. Deze kinderen krijgen bijvoorbeeld steeds ruzie

met andere kinderen en worden buitengesloten, op school zijn er vaak conflicten met de leerkracht, de relatie met de ouders komt onder druk te staan, het gezin lijdt er duidelijk onder en kan geïsoleerd raken. Onderscheid maken tussen normaal en afwijkend druk en opstandig gedrag bij jonge kinderen is lastig maar niet onmogelijk. In *hoofdstuk 1* is een overzicht gegeven van de diagnostiek en classificatie, prevalentie, etiologie en behandeling van kenmerken van ADHD en ODD op jonge leeftijd.

Diagnostiek, classificatie en prevalentie

Jonge kinderen met zowel symptomen van ADHD als van ODD hebben moeite hun eigen gedrag te sturen en te reguleren. De classificaties ODD en ADHD zijn dimensioneel te beschouwen binnen een spectrum van externaliserende problemen. Om deze reden spreken we in dit proefschrift over kinderen met externaliserende problemen.

In de diagnostiek naar ADHD en ODD verzamelt de clinicus informatie over het gedrag van het kind in meerdere situaties, bij voorkeur met behulp van een semigestructureerd interview met ouders en leerkracht. Daarnaast brengt de clinicus in kaart of de gedragingen tot beperkingen leiden voor de ontwikkeling of het huidige functioneren van het kind in de thuissituatie, op school en/of in contact met andere kinderen. Indien het gedrag volgens het oordeel van de clinicus gedurende minimaal zes maanden bestaat, duidelijk afwijkend is in een bepaalde situatie, niet past bij de ontwikkelingsfase van het kind en er sprake is van belemmering in het functioneren kan gesproken worden van een symptoom.

De twee symptoomdomeinen van ADHD zijn aandachtsdeficiëntie en hyperactiviteit-impulsiviteit. Om het gedrag te classificeren als ADHD moeten er minimaal zes van negen symptomen zijn van negen symptomen van aandachtsdeficiëntie van en/of minimaal zes hyperactiviteit-impulsiviteit. Die symptomen moeten zich voordoen in meerdere situaties, dus niet alleen thuis of op school, en belemmerend zijn voor de ontwikkeling van het kind. De geschatte prevalentie van ADHD bij peuters en kleuters ligt tussen 1,9 en 3,3%, wat lager is dan de geschatte 5% van alle kinderen en jongeren onder de 18 jaar. Er zijn geen verschillen gevonden in frequentie van voorkomen van ADHD tussen jongens en bij meisjes in de peuter- en kleuterleeftijd. ADHD uit zich anders bij jonge kinderen dan bij oudere kinderen. Op jonge leeftijd staat het drukke en impulsieve gedrag meer op de voorgrond, terwijl op latere leeftijd de aandachtsdeficiëntie vaker tot belemmering leidt.

ODD lijkt ten minste twee dimensies te hebben: negatieve stemming en opstandig gedrag. ODD kenmerkt zich door een patroon van prikkelbaar, boos, opstandig en agressief gedrag.

Voor een ODD-diagnose moeten er tenminste vier van acht symptomen aanwezig zijn, in meerdere settingen. De geschatte prevalentie van ODD bij kleuters en peuters varieert van 1,8 tot 10,8% en komt net als bij oudere kinderen vaker voor bij jongens dan bij meisjes. Bij ODD op de peuter- en kleuterleeftijd lijkt een negatieve stemming in de vorm van boosheid op de voorgrond te staan.

Etiologie

Zowel ADHD als ODD kennen een complexe etiologie. Van ADHD zijn de precieze oorzaken onduidelijk, maar vooral de interacties tussen verschillende risicofactoren, zoals genetische en omgevingsfactoren, lijken een rol te spelen in de gevoeligheid voor het ontwikkelen van ADHD. In het persisteren van ADHD-symptomen lijken een lage sociaaleconomische status, meer psychopathologie bij de ouders en meer externaliserend en internaliserend probleemgedrag bij de kinderen op jonge leeftijd een rol te spelen. Ook bij de etiologie van ODD speelt de interactie tussen genen en omgeving een rol. Met name stress en conflicten in het gezin, evenals een negatieve, harde opvoedingsstijl lijken een effect te hebben op gevoeligheid voor het ontstaan en persisteren van ODD-symptomen bij peuters en kleuters. ADHD- en ODD-symptomen komen vaak samen voor.

Behandeling

Vroege signalering en behandeling van bovenmatig belemmerend druk en opstandig gedrag is van belang, omdat diverse studies hebben aangetoond dat dergelijk gedrag vaak blijft bestaan en verergert. Volgens richtlijnen is gedragstherapeutische oudertraining de eerste keus behandeling voor kinderen met externaliserend gedrag. Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat oudertraining ervoor zorgt dat het probleemgedrag van het kind afneemt en dat opvoedingsvaardigheden van ouders en hun competentiegevoel verbeteren. Echter, de meeste van deze studies zijn gedaan in onderzoeksinstellingen en niet in de dagelijkse praktijk, terwijl deze settingen op een aantal punten van elkaar verschillen. Deelnemers aan studies in onderzoeksinstituten worden meestal geworven in plaats van verwezen, en worden behandeld door getrainde onderzoeksmedewerkers in plaats van door klinici met een drukke praktijk. Daarnaast worden deelnemers veelal ook gefaciliteerd voor het meedoen, bijvoorbeeld met een financiële vergoeding of oppasfaciliteiten. De effectiviteit van behandelingen in studies die gedaan zijn door onderzoeksinstellingen is daarom mogelijk

hoger dan in de dagelijkse klinische praktijk, echter over de mate waarin deze verschillen is nog maar weinig bekend.

De behandeling die ik in dit proefschrift heb onderzocht is een voor jonge kinderen bewerkte versie van het protocol waarvan in een eerdere studie door onze groep de effectiviteit werd aangetoond voor kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar met ADHD: Behavioral Parent Training Groningen (BPTG). De in dit proefschrift onderzochte behandeling werd aangeboden in een groep of individueel en bestond uit 12 sessies. Het belangrijkste doel van de behandeling was probleemgedrag van het kind te verminderen door opvoedgedrag van de ouder aan te passen. Elke behandeling kende een standaardpakket aan technieken die werden afgestemd op de specifieke problemen van het kind, op basis van doelgedragingen die ouders in de eerste sessie selecteerden. Ouders leerden in de oudertraining om gewenst gedrag te formuleren voor het probleemgedrag, en ze leerden diverse antecedente technieken toe te passen waarmee ze hun kind konden helpen om meer passend gedrag te laten zien in een bepaalde situatie. Bovendien leerden ze om op een effectieve, gecontroleerde, consistente en consequente manier te reageren op het gedrag van hun kind. Het bevorderen van positieve communicatie tussen ouders en kind, het adequaat gebruiken van time-out en het stimuleren van ouderlijke consistentie zijn eveneens belangrijke elementen van BPTG.

Onderzoek heeft uitgewezen dat er nogal veel verschil tussen gezinnen is, in de mate waarin oudertraining werkt bij jonge kinderen met externaliserend gedrag. Diverse factoren bij kinderen en ouders die mogelijk voorspellend zijn voor het behandelingsucces werden in eerdere studies onderzocht, zoals de leeftijd van het kind, het geslacht en ernst van gedragsproblemen bij de start. Zo bleek uit eerder onderzoek dat kinderen met veel gedragsproblemen bij de start van oudertraining meer verbetering laten zien dan kinderen met minder problemen, al houden zij vaak ook meer resterend probleemgedrag. Er blijken geen verschillen te zijn in resultaat bij jongens en bij meisjes en leeftijd is ook geen voorspellende factor in de beperkte leeftijdsrange van peuters en kleuters.

Het is nog grotendeels onduidelijk welke ouderlijke factoren een rol spelen in de uitkomsten van oudertraining terwijl we dat wel graag willen weten. Immers, in een gedragstherapeutische oudertraining probeert de therapeut het gedrag van het kind te veranderen via de ouder. Het is goed denkbaar dat psychopathologie bij ouders van invloed kan zijn op de mate waarin ouders in staat zijn om geleerde vaardigheden thuis toe te passen en dus ook op resultaat bij het kind. Tot nu toe heeft het onderzoek naar de invloed van ouderlijke psychopathologie zich vooral gericht op de relatie tussen internaliserende problemen bij ouders en succes van oudertraining. In tegenstelling tot bevindingen bij

ouders van oudere kinderen, toonde onderzoek bij moeders van jongere kinderen aan dat depressieve stemming geen voorspeller was voor meer of minder verbetering van de gedragsproblemen van het kind na oudertraining. Ten aanzien van ouderlijke stress waren de onderzoeksresultaten wisselend: sommige studies bij peuters en kleuters vonden slechtere resultaten in geval moeders veel opvoedingsstress ervaarden en andere studies vonden geen verband. Ook als het gaat om gevoel van competentie als opvoeder zijn de bevindingen uit studies wisselend. Als moeders vooraf meer vertrouwen hadden in hun opvoedingskwaliteiten bleek dit in de ene studie meer verbetering van druk en opstandig gedrag van het kind te voorspellen, terwijl dit in een andere studie niet het geval was.

Als het gaat om externaliserende problemen bij ouders, is in een aantal studies de invloed van ouderlijke ADHD op verandering van gedrag van het kind na oudertraining onderzocht. Ouders met ADHD-symptomen lijken vaker de controle verliezen in het opvoeden, dat wil zeggen dat ze meer negatieve emotionele uitbarstingen hebben en minder consequent zijn. Toch zijn de resultaten uit studies die de invloed van ouderlijke ADHD op behandelresultaten onderzochten wisselend. Eén studie vond dat ADHD bij moeders ervoor leek te zorgen dat hun negatieve opvoedingsvaardigheden minder verbeterden. In een eerdere studie bij kinderen in de basisschoolleeftijd vonden we dat meer ADHD-symptomen bij vaders samenhangen met een beter effect van behandeling bij het kind, maar dat ADHD-symptomen bij moeders geen invloed hadden op het behandelresultaat.

Tot nu toe weten we niet goed welke behandeling het best ingezet kan worden bij onvoldoende resultaat van oudertraining, als tweede stap in het behandeltraject. Twee opties komen hiervoor mogelijk in aanmerking: PCIT en medicamenteuze behandeling met methylfenidaat. PCIT is een behandeling van ouders en kind samen die gemiddelde tot grote effecten laat zien op boos en opstandig gedrag bij jonge kinderen met externaliserende problemen. Methylfenidaat is een effectief bewezen behandeling voor ADHD-symptomen bij oudere kinderen met ADHD en eventuele comorbide stoornissen, maar nog weinig onderzocht bij jonge kinderen. Een studie naar de werkzaamheid en veiligheid van methylfenidaat bij jonge kinderen met ADHD liet weliswaar positieve, maar minder uitgesproken effecten zien vergeleken met oudere kinderen en bovendien waren er meer bijwerkingen. De behandeling met methylfenidaat werd bovendien niet eerder vergeleken met een niet-medicamenteuze behandeling in een studie met jonge kinderen, maar wel bij oudere kinderen (Multi Treatment Study; MTA).

Vragenlijsten worden in de klinische praktijk regelmatig gebruikt, zowel in de diagnostiek als in de evaluatie van behandelingen. In *hoofdstuk 2* is de studie beschreven waarin werd onderzocht in hoeverre ouders op een soortgelijke wijze oordeelden over internaliserend en externaliserend gedrag van hun kind dan wel verschilden in de mate waarin ze problemen aangaven. Daarnaast heb ik gekeken of we voorspellers, zoals kind- en ouderkenmerken konden vinden voor verschillen in beoordeling tussen beide ouders. Om dit te kunnen onderzoeken hebben ouders van 152 kinderen, zowel kinderen verwezen vanwege gedragsproblemen ($n = 72$) als niet-verwezen kinderen ($n = 80$) variërend in leeftijd tussen 2 jaar en 4 maanden tot 6 jaar een vragenlijst ingevuld over de externaliserend en internaliserend gedrag van hun kinderen, namelijk de breedband schaal van de Child Behavior Checklist, versie voor jonge kinderen (CBCL/1,5-5).

Ouders bleken het in grote mate met elkaar eens te zijn in de beoordeling van het gedrag van hun kind. Alleen in de groep ouders van verwezen kinderen vond ik een significant verschil: moeders uit deze groep beoordeelden het drukke en opstandige gedrag van hun kinderen als ernstiger dan vaders. Verschillen tussen ouders in de beoordeling van het gedrag van hun kind werden voorspeld door onderlinge verschillen in ervaren ouderlijke stress. Dit effect was significant groter in de groep niet-verwezen kinderen dan in de klinische groep. Meer ouderlijke stress bij moeders voorspelde grotere verschillen tussen ouders in de beoordeling van externaliserende gedragsproblemen van hun kind, terwijl meer ouderlijke stress bij vaders werd geassocieerd met kleinere verschillen. Als ouders vergelijkbare niveaus van ouderlijke stress ervaarden beoordeelden ze het probleemgedrag van hun kind ook meer gelijk.

Op grond van dit onderzoek is het vooral belangrijk dat behandelaren zich er van bewust zijn dat er een verband lijkt te zijn tussen ouderlijke stress en de manier waarop ouders het gedrag van kinderen met druk en opstandig gedrag beoordelen op een vragenlijst. Wanneer ouders van kinderen met druk en opstandig gedrag erg verschillen in hun scores op een vragenlijst, is het extra belangrijk om als behandelaar ook andere informatiebronnen aan te boren voor het eigen oordeel over het gedrag van het kind.

In *hoofdstuk 3* staan de resultaten beschreven van de studie naar de effecten van gedragstherapeutische oudertraining en voorspellers van meer of minder gedragsverbetering bij het kind. Binnen deze studie heb ik 68 kinderen tussen 2,5 en 6 jaar en hun ouders gevolgd. We hebben metingen gedaan tijdens de intake, direct voorafgaand aan oudertraining en direct erna. Veranderingen in de intensiteit van probleemgedrag van het kind en in het

aantal gedragingen dat door ouders als een probleem werd ervaren zijn gemeten met een vragenlijst die door ouders werd ingevuld, de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Als predictorvariabelen heb ik bij beide ouders ADHD kenmerken, antisociaal gedrag en alcoholgebruik onderzocht, en daarnaast bij moeders zelfvertrouwen als opvoeder en mate van adequaat disciplineren.

Ouders kwamen gemiddeld naar 9 van de in totaal 12 bijeenkomsten en ongeveer een derde stopte voortijdig met de behandeling, in de meeste gevallen omdat het ouders niet lukte om regelmatig naar de polikliniek te komen. In de periode tussen de intake en de start van de oudertraining gaven ouders geen veranderingen aan in het gedrag van het kind, maar na de oudertraining zagen zowel vaders als moeders significante verbeteringen in de frequentie van probleemgedrag. Bovendien ervaaarden ouders significant minder gedragingen van hun kind als een probleem. Daarnaast gaven ook leerkrachten aan verbetering te zien in het gedrag van het kind na oudertraining.

Een grotere hoeveelheid en ernst van de door ouders gemeten gedragsproblemen van het kind voorafgaand aan behandeling bleken de belangrijkste voorspellers te zijn voor de effectiviteit van oudertraining. Als er vooraf veel en ernstige problemen werden ervaren was de kans groot dat kinderen na oudertraining nog steeds een grote mate van gedragsproblemen lieten zien. Terwijl bij ouders alleen een minder adequate disciplineringsstijl van moeders en problematisch alcoholgebruik bij vaders een kleine rol bleken te spelen in de effecten van oudertraining op het gedrag van het kind. Het gedrag van kinderen waarvan de moeders vooraf aangaven een adequate opvoedingsstijl te hanteren, veranderde het minst na oudertraining. Daarnaast bleken moeders met een problematisch alcohol gebruikende partner, het gedrag van het kind vaker als een probleem te ervaren na de behandeling, dan moeders zonder een dergelijke partner. Er werden geen verbanden gevonden tussen ouderlijke ADHD, ouderlijk antisociaal gedrag, of het gevoel van opvoedcompetentie van moeders en de ernst van probleemgedrag bij het kind na oudertraining.

Dit deel van mijn onderzoek bevestigt dat het belangrijk is om ouders van kinderen met externaliserend gedrag als eerste stap in de behandeling een gedragstherapeutische oudertraining aan te bieden.

In *hoofdstuk 4* staan de resultaten beschreven van de studie naar verandering van disciplineringsgedrag en gevoel van competentie van ouders van 63 kinderen tussen 2,5 en 6 jaar. Bij gedragstherapeutische oudertraining wordt ervan uit gegaan dat verandering van het opvoedgedrag van ouders en het vergroten van het ouderlijk zelfvertrouwen het

middel zijn om het uiteindelijke doel, vermindering van probleemgedrag van het kind, te bereiken. De verwachting is dan ook dat middel en doel met elkaar samenhangen. In deze studie heb ik onderzocht of dat ook zo is en welke aspecten van ouderlijk gedrag, te weten disciplineringsstijl en/of gevoel van ouderlijke competentie samenhangen met vermindering van de gedragsproblemen van het kind. Daarnaast heb ik gekeken in welke mate disciplineringsgedrag en gevoel van ouderlijke competentie verschilden tussen ouders van kinderen die verwezen zijn vanwege gedragsproblemen en ouders van niet-verwezen kinderen ($n = 121$), voor en na oudertraining. Er zijn metingen gedaan bij beide ouders direct voorafgaand aan oudertraining en direct erna met de Parenting Scale (PS) en de Parenting Sense of Competence Scale (PSOC). Verandering van het gedrag van het kind is op dezelfde momenten gemeten met de ECBI-Intensity Scale (ECBI-I).

Voorafgaand aan oudertraining gaven beide ouders van kinderen met gedragsproblemen aan zich minder competent te voelen als opvoeder en minder adequaat te disciplineren, dan ouders van kinderen die niet verwezen zijn. Moeders van kinderen met externaliserend gedrag gaven aan beter te disciplineren na de oudertraining en meer het gevoel te hebben een competente opvoeder te zijn. Zij verschilden na de oudertraining qua disciplinerende opvoedingsstijl niet meer van moeders met kinderen zonder gedragsproblemen, maar hun competentiegevoel bleef lager. Vaders van kinderen met externaliserend gedrag rapporteerden geen verandering van opvoedingsstijl maar gaven wel aan zich bekwaamer te voelen als opvoeder na de behandeling, maar nog steeds minder bekwaam dan vaders van niet-klinische kinderen. Een afname van een autoritaire, emotioneel ongecontroleerde en harde opvoedingsstijl bleek zowel bij vaders als bij moeders samen te hangen met verbetering van het gedrag van het kind. Verbetering van het gevoel van competentie bij ouders bleek niet samen te hangen met verbetering van gedrag van het kind.

De positieve resultaten ten aanzien van een samenhang tussen verandering van opvoedgedrag van ouders en verandering van het gedrag van het kind kunnen door klinici gebruikt worden om ouders te motiveren voor deelname aan oudertraining. Mogelijk kan deze kennis de visie van ouders ten aanzien van deelname aan de behandeling positief beïnvloeden.

In *hoofdstuk 5* is een gerandomiseerde studie ($n = 35$) beschreven waarin de effecten van PCIT ($n = 18$) en van methylfenidaat ($n = 17$) met elkaar zijn vergeleken, bij kinderen in de leeftijd van 3 jaar en 5 maanden tot 6 jaar, met dusdanig resterende gedragsproblemen na oudertraining dat vervolgbehandeling geïndiceerd was. In deze studie werden metingen gedaan direct voorafgaand aan behandeling en na behandeling. Het gedrag van de

kinderen werd gemeten via de moeders, te weten frequentie van probleemgedrag en aantal problematische gedragingen van het kind met de ECBI, en de ernst van ADHD-symptomen van het kind met de Conners Parent Rating Scale-revised: Short Form (CPRS-R:S). In deze studie is ook een groep (controle) kinderen ($n = 17$) gevolgd bij wie wel sprake was van resterende gedragsproblemen na oudertraining, maar van wie de ouders geen vervolgbehandeling wilden of voor wie een vervolgbehandeling niet voorhanden was.

Het gedrag van de behandelde kinderen verbeterde zowel na behandeling met methylfenidaat als na behandeling met PCIT, terwijl het gedrag van de controlekinderen niet verbeterde. Methylfenidaat bleek effectiever te zijn dan PCIT in het verminderen van de frequentie van de door moeders gerapporteerde gedragsproblemen. Er werden geen significante verschillen tussen beide behandelingen gevonden met betrekking tot het effect op ADHD-symptomen.

Als gevolg van de kleine steekproef moet deze studie worden gezien als een pilotstudie in plaats van als een hypothese toetsende studie. Bovendien hebben hoge uitvalpercentages, zowel voorafgaand als tijdens de behandelingen, de interpretatie van de resultaten gecompliceerd. Er is meer onderzoek nodig met grotere, representatieve, steekproeven om definitieve conclusies te trekken over de meest werkzame tweede stap in het behandeltraject van jonge kinderen met externaliserend probleemgedrag om klinische aanbevelingen te kunnen doen.

In *hoofdstuk 6* tot slot staat een korte samenvatting van de resultaten en de daaruit voortkomende klinische aanbevelingen van de vier studies. Daarnaast bespreek ik in dit hoofdstuk de sterke kanten en de beperkingen van de door mij uitgevoerde onderzoeken, zoals het ontbreken van een controlegroep bij de studies naar de effecten van oudertraining en de geringe grootte van de steekproef waardoor maar een beperkt aantal significante voorspellers voor verandering is gevonden. Tot slot hebben we alleen niet-geblindeerde maten gebruikt.

Deze studie heeft aangetoond dat gedragstherapeutische oudertraining in de klinische praktijk externaliserend gedrag van jonge kinderen kan verbeteren en een werkzame eerste stap is in de behandeling. Verder onderzoek is nodig om meer zicht te krijgen op de mechanismen die ten grondslag liggen aan de gevonden samenhang tussen verandering van het gedrag van het kind en dat van de ouder. Wat precies in de behandeling zorgt ervoor dat ouders meer gecontroleerd en positief gaan opvoeden? Daarnaast is nieuw onderzoek met een grotere steekproef nodig en een design waarin minder deelnemers uitvallen, om meer gefundeerd iets te kunnen zeggen over welke behandeling het beste werkt voor kinderen met resterende problemen na oudertraining.

