

Wat Beïnvloed de Motivatie van Ouders om te Participeren Binnen de Psychologische Behandeling van hun Kind?

Daphne van den Hil

Studentnummer: 500228

Instituut voor Psychologie, Faculteit der Sociale Wetenschappen

Erasmus Universiteit Rotterdam

Supervisor: Marnix van Rossum

In opdracht van: OBIC Ouderbegeleiding

Datum: 16-06-2022

Samenvatting

In dit literatuuronderzoek werd gekeken naar factoren van invloed op de motivatie van ouders om te participeren in de behandeling voor hun kind en naar manieren hoe deze motivatie versterkt kan worden. Participatie van ouders blijkt een belangrijke factor in de effectiviteit van de behandeling van een kind, maar is in de praktijk echter nog vaak beperkt. Uit dit literatuuronderzoek blijken ouderlijke factoren, behandelvorm en therapeutische factoren een rol te spelen in de motivatie van de ouder. Zo hebben mentale gezondheid, cognities over het probleem van het kind, *self-efficacy*, het gebruik van lijfstraffen, inkomen en gevoelens van ouders een relatie met de motivatie voor participatie in de behandeling van het kind. Een manier om de cognities van ouders te beïnvloeden, is psychoeducatie waarbij ouders leren over de oorzaken van het gedrag van hun kind. Gebruik van deze behandelvorm, heeft dan ook verband met een vergrote motivatie bij ouders. Daarnaast lijkt het gebruik van rollenspellen een relatie te hebben met een verhoogde motivatie voor behandeling. Als laatste heeft de relatie met de therapeut een positief verband met de motivatie van ouders. Deze relatie kan versterkt worden door een empathische, geduldige houding van de therapeut waarbij de therapeut zich aanpast op het niveau van het gezin. Ook het gebruik van responsieve coaching heeft een versterkend effect op motivatie. Suggesties voor vervolgonderzoek richten zich voornamelijk op het meenemen van andere factoren, het doen van causaal onderzoek, het includeren van vaders in de steekproeven en het onderscheiden van verschillende vormen van motivatie en betrokkenheid.

Sleutelwoorden: motivatie, participatie, betrokkenheid, ouders, psychologische behandeling

Wat Beïnvloed de Motivatie van Ouders om te Participeren Binnen de Psychologische Behandeling van hun Kind?

Rond de tachtiger jaren ontstond een revolutionaire ontwikkeling binnen de jeugdhulpverlening (Savenije, 1995). In plaats van enkel het kind te behandelen, werden ook de ouders meegenomen in behandeling. Participatie van ouders is namelijk een belangrijke factor om blijvend succes te behalen in de psychologische behandeling van een kind (Dowell & Ogles, 2010; Goolsby et al., 2019; Khan et al., 2022; Nock & Photos, 2006). Zo laten kinderen een snellere vermindering van symptomen zien wanneer ouders participeren in behandeling (Dowell & Ogles, 2010; Khan et al., 2022). Daarbij blijkt betrokkenheid van ouders bij de behandeling samen te hangen met een minder frequente terugval van de kinderen (Van der Helm et al., 2013). Echter is een van de problemen waar hulpverleners in de huidige jeugdzorg tegenaan lopen, juist het gebrek aan participatie van ouders in de behandeling van het kind (Baker-Ericzén et al., 2012). Om erachter te komen hoe de participatie van ouders bevorderd kan worden, richt dit literatuuronderzoek zich op het identificeren van factoren die invloed hebben op de participatie van ouders in de psychologische behandeling van het kind.

Dat ouders een gebrek aan participatie hebben binnen behandeling van hun kind, is onder andere terug te zien in het vroegtijdig beëindigen van de behandeling (Andrade et al., 2015). Forehand et al. (1983) hebben geprobeerd het percentage ouders wat de behandeling voortijdig beëindigd in kaart te brengen door naar de drop-out rates in onderzoek met oudertraining te kijken. Zij kwamen tot de conclusie dat minimaal 28% van de ouders stopt met de training voor deze is afgemaakt. Forehand et al. (1983) schatten dat het aantal ouders wat stopt met behandeling echter hoger ligt, omdat onderzoeken met een hoge drop-out dit wellicht niet gerapporteerd hadden. Enkele andere onderzoekers sloten aan bij de schatting van Forehand et al. (1983) met hun bevinding dat de uitval van families in familie therapie tussen de 30 en 75% ligt (Fernandez & Eyberg, 2008; Nock & Ferriter, 2005; Shuman & Shapiro, 2002).

Er worden enkele redenen genoemd voor het vroegtijdig stoppen van therapie door ouders. Zo lijken onder andere de verwachtingen en overtuigingen van ouders over de therapie van hun kind een rol te spelen in het uitvallen in therapie (Frankel & Simmons III, 1992; Herman et al., 2011; Morrissey-Kane & Prinz, 1999; Nock & Ferriter, 2005). Wanneer de ouders wegens eerdere ervaringen met hulpverlening of door andere factoren niet de verwachting hebben dat de therapeut kan helpen met het probleem van hun kind, of wanneer ouders vinden dat ze zelf niet deel hoeven te nemen aan de therapie, zullen ouders zich niet of

nauwelijks inzetten voor de behandeling van hun kind (Herman et al., 2011; King et al., 2014; Nock & Ferriter, 2005). Echter vonden Shuman en Shapiro (2002) inconsistente resultaten tussen verwachtingen van ouders en hun aanwezigheid bij gezinstherapie. Zij beweren dat andere factoren ook een rol moesten spelen in de aanwezigheid van ouders bij therapie. Zo kan een praktisch obstakel, zoals een onhandige tijd van afspraak, invloed hebben op het dan wel of niet aanwezig zijn bij therapie (Herman et al., 2011). Ook zie je vaak dat ouders zich in therapie beoordeeld en bekritiseerd voelen door de therapeut of niet klaar zijn om zelf te veranderen (Hughes, 2017). Door een gevoel van beoordeling of bekritisering kunnen de ouders zich gaan schamen en defensief gedrag gaan vertonen. Ouders kunnen bijvoorbeeld met de therapeut gaan concurreren wie het kind het beste kent. Uiteindelijk wordt dan vaak gezien dat ouders zich terugtrekken uit de therapie (Hughes, 2017; Meerdinkveldboom, 2015).

Samenvattend lijken verwachtingen van ouders over de therapie, hun eigen kunnen en het probleem van hun kind en het gevoel klaar te zijn voor verandering een rol te spelen in de participatie van ouders in behandeling. Een construct waarin deze aspecten samengenomen worden, is motivatie (Breda & Riemer, 2012; Nock & Photos, 2006). Motivatie gaat onder andere over verwachtingen met betrekking tot eigen vaardigheden en de uitkomst van het gestelde doel (Nock & Photos, 2006). Eigenlijk zou dus gezegd kunnen worden dat gebrek aan motivatie voor behandeling een van de oorzaken is voor het vroegtijdig stoppen met gezinsbehandeling. Dit werd bevestigd door een onderzoek van Nock en Photos (2006) waarbij motivatie van ouders voor behandeling, gemedieerd door een verminderde perceptie van obstakels voor behandeling, samen hing met een hogere participatie binnen behandeling. Dit houdt in dat ouders met een grote motivatie voor gezinsbehandeling minder obstakels zagen voor het aangaan en voortzetten van de gezinsbehandeling en hierdoor meer participatie lieten zien binnen de therapie. Ook Stadnick et al. (2016) en vonden een relatie tussen motivatie van ouders voor behandeling en gedragsmatige betrokkenheid, zoals participatie, bij de behandeling.

De behandelingen waarin ouders worden betrokken, kunnen ingedeeld worden in drie hoofdstromingen; traditionele gezinstherapie, stoornisgerichte gezinstherapie en ondersteunend contact met het gezin, zoals oudertraining (Lange, 2006). Al deze stromingen gaan dieper in op het functioneren van het gehele gezin. Dit wordt onder andere gedaan, omdat ouders een rol kunnen spelen in het ontstaan van psychologische klachten van kinderen. Ouderlijk conflict (van Eldik et al., 2020), mentale problemen en/of verslaving van ouders (Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk et al., 2020; Mian, 2014),

hechtingsgeschiedenis van de ouders (Levy & Orlans, 2001) en intergenerationeel trauma (Yehuda & Lehrner, 2018) zijn enkele voorbeelden van factoren die invloed hebben op de ontwikkeling van een kind. Zo werd gevonden dat hechtingsangst in vaders en hechtingsvermijding in moeders, beide bekend als onveilige hechtingspatronen, een negatieve invloed hadden op de sociaal emotionele ontwikkeling van hun kind (Nijssens et al., 2020).

Naast hun rol in de ontstaan van hun psychologische klachten bij hun kind, kunnen ouders ook een rol spelen in de instandhouding van psychologische klachten van het kind (Lange, 2006; Nederlands Jeugdinstituut, 2017). Een voorbeeld hiervan is wanneer ze hun eigen gedrag en patronen niet veranderen. Gezinstherapie kan helpen dit patroon te doorbreken door ouders meer zelfinzicht te geven in patronen en in hun gedrag, soms voortkomend uit het verleden, te veranderen (Hughes, 2017; Mian, 2014). Zo bleek uit een onderzoek bij oudertraining voor ouders van kinderen met autisme dat de behandeling zorgde voor een significante verbetering in reflectie en zelfevaluatie (Siller et al., 2018). Ouders die deelnamen aan de oudertraining konden na de training het gedrag van het kind beter observeren en erop reflecteren. Daarnaast konden ze het gedrag van het kind koppelen aan contextuele factoren, ouderlijke strategieën en emoties van zichzelf. Deze reflectie en zelfevaluatie is vervolgens gekoppeld aan een meer sensitieve opvoedstijl wat op zijn beurt weer een positieve invloed heeft op de ontwikkeling en het doorbreken van psychologische klachten van het kind (Siller et al., 2018; Ainsworth, 1978).

Omdat de participatie van ouders een belangrijke bijdrage levert aan de effectiviteit en het behoud van resultaten van behandeling van het kind, maar participatie ouders vaak beperkt is, is het belangrijk om te kijken welke factoren van invloed zijn op de motivatie van ouders om te participeren in de therapie (Dowell & Ogles, 2010; Goolsby et al., 2019). Het vergroten van motivatie bij ouders voor gezinsbehandeling is op dit moment extra nodig vanwege de lange wachtlijsten in de jeugdzorg die ervoor zorgen dat veel kinderen en jongeren geen hulp kunnen krijgen als het nodig is (Het Vergeten Kind, 2021). Wanneer kinderen door de participatie van hun ouders een snellere verbetering laten zien en daarmee ook nog eens minder frequent terugvallen, onder andere doordat ouders hun patronen ook veranderen, zou de doorstroom binnen de jeugdzorg vergroot kunnen worden (Dowell & Ogles, 2010; Goolsby et al., 2019; Khan et al., 2022; Van der Helm et al., 2013). Een vergrote doorstroom binnen de jeugdzorg zou vervolgens weer bij kunnen dragen aan het verkorten van de wachttijden waardoor meer kinderen geholpen kunnen worden.

Dit literatuuronderzoek richt zich dan ook op de vraag welke factoren bepalend zijn voor inzet en motivatie van ouders voor de psychologische behandeling van hun kind. Als dit

bekend is, kan de kennis gebruikt worden om motivatie van ouders te versterken en uitval te voorkomen. Om antwoord te geven op deze vraag wordt eerst ingegaan op de vraag wat motivatie is en hoe dit gemeten kan worden. Daarna wordt gekeken naar verschillende factoren die een relatie lijken te hebben met motivatie bij ouders. Eerst zal ingegaan worden op karakteristieken van ouders en het kind. Ook zal gekeken worden naar de rol van behandelvorm. Als laatste zal de rol van de therapeut aan bod komen. Aan de hand van bevindingen van dit literatuuronderzoek worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk.

Methode

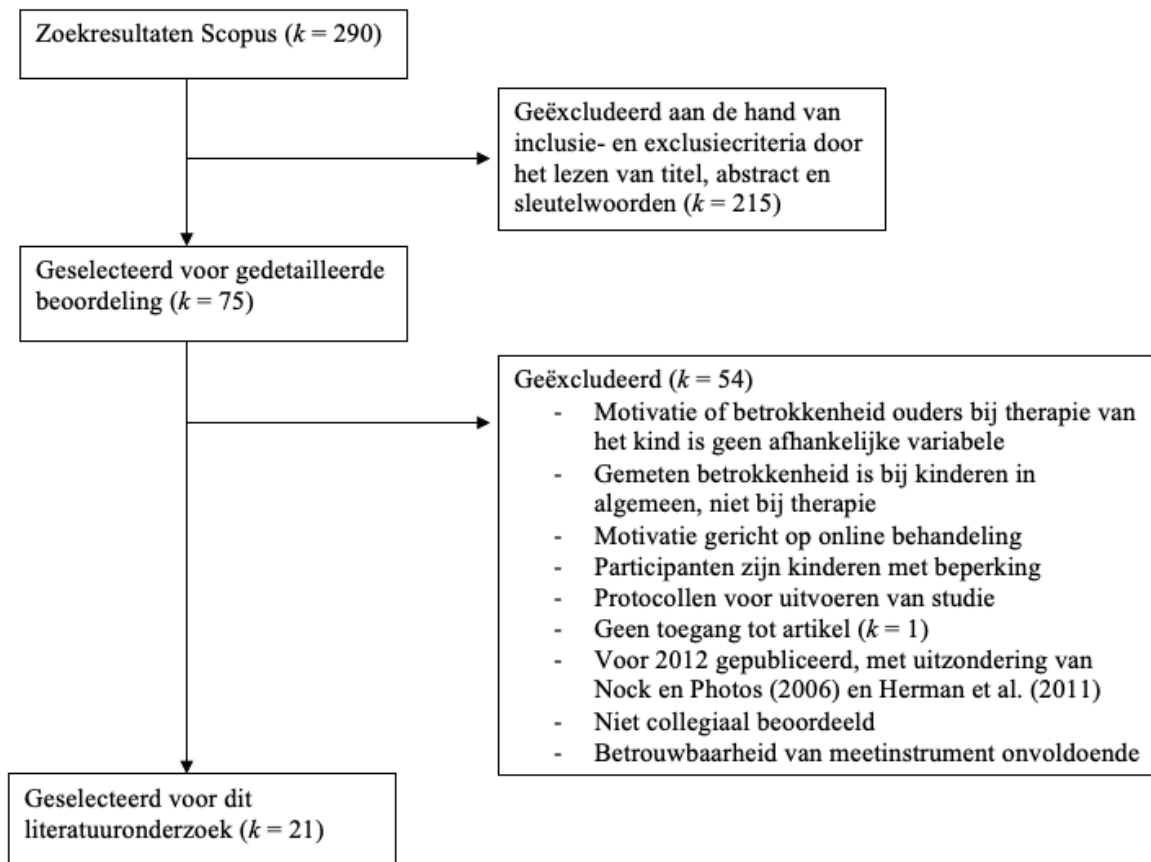
Om artikelen te selecteren voor dit literatuuronderzoek is van 26 april 2022 tot 19 mei 2022 de database SCOPUS gebruikt. De volgende zoektermen werden gebruikt: *“Parent* motivation” OR “Parent* engagement” AND treatment OR therapy*. In totaal werden 290 artikelen gevonden (zie Figuur 1). Van deze artikelen werden de titel, samenvatting en sleutelwoorden gelezen. Om geselecteerd te worden, moesten de artikelen tenminste aan de volgende inclusiecriteria voldoen: a) het artikel is geschreven in het engels; b) motivatie van de ouder voor behandeling van het kind en/of betrokkenheid bij de behandeling van het kind door de ouder moet een afhankelijke variabele zijn in de studie; en c) de behandeling van het kind moet gericht zijn op mentale problematiek in de vorm van een DSM diagnose, socio-emotionele ontwikkeling en/of algemene stress.

Onderzoeken die zich enkel gericht hadden op de volgende aspecten, werden uitgesloten: a) therapie voor taalproblemen en/of gehoorproblemen van het kind; b) schoolprestatie, maken van huiswerk en/of executief functioneren van het kind; c) kinderen met een verstandelijke beperking en/of leerstoornis; d) behandeling van medische problemen zoals obesitas, kanker of chronische pijn; e) verbetering in rijvaardigheden van het kind; en f) motivatie van ouders voor een preventieve maatschappelijke interventie.

Na het controleren van de inclusie- en exclusiecriteria bij de artikelen, bleven 75 artikelen over. De artikelen werden volledig gelezen om nogmaals te controleren of de onderzoeken antwoord gaven op de onderzoeksvragen van dit onderzoek en of de artikelen van voldoende kwaliteit waren. Met betrekking tot de kwaliteit werden enkel artikelen gekozen die collegiaal beoordeeld waren en waarin een meetinstrument werd gebruikt van voldoende betrouwbaarheid. Zo werd bijvoorbeeld een onderzoek geëxcludeerd, omdat het meetinstrument een interne consistentie had van enkel $\alpha = 0.5$ terwijl $\alpha = 0.7$ vereist is voor een goede betrouwbaarheid. Andere selectiecriteria zijn te vinden in Figuur 1. Uiteindelijk werden 21 artikelen gericht op motivatie van ouders gebruikt voor dit literatuuronderzoek.

Figuur 1

Flowchart van zoekresultaten voor motivatie voor en betrokkenheid bij behandeling



Resultaten

Conceptualiseren van motivatie voor behandeling

Om duidelijk te krijgen welke factoren een relatie hebben met motivatie van ouders voor behandeling, is het ten eerste belangrijk om te conceptualiseren wat met motivatie voor behandeling wordt bedoeld. Nock en Photos (2006) ontwikkelden het eerste meetinstrument voor het meten van motivatie voor behandeling van ouders, de *Parent Motivation Inventory* (PMI). Deze vragenlijst bestaat uit 25 onderdelen, verdeeld in drie subschalen. De subschalen meten de wens van ouders voor verandering in gedrag van het kind, in hoeverre ouders klaar zijn om hun ouderlijk gedrag te veranderen en het geloof van ouders dat ze dit ouderlijk gedrag daadwerkelijk kunnen veranderen, ook wel *self-efficacy* genoemd. Dit meetinstrument had een sterke interne consistentie en gaf bij meerdere testen vergelijkbare resultaten, wijzend op een goede betrouwbaarheid. De PMI kon uitval binnen een behandeling dan ook voorspellen, al was dit wel via perceptie van obstakels voor behandeling en dus niet direct. Met andere woorden, hield een lagere motivatie verband met een verhoogde perceptie van

obstakels, zoals bijvoorbeeld reisafstand en combineren van werk met therapie. Deze verhoogde perceptie van obstakels hield vervolgens verband met een verhoogde uitval in de therapie.

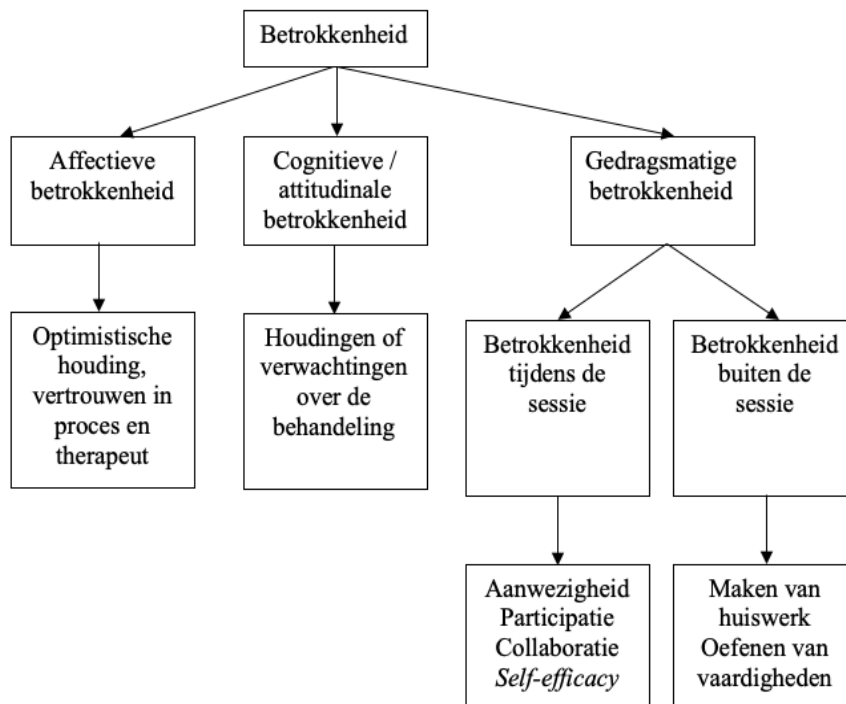
Gebaseerd op bovenstaande vragenlijst is de conceptualisering van motivatie van ouders voor behandeling in dit literatuuronderzoek als volgt: motivatie van ouders om te participeren in de behandeling van hun kind bestaat uit erkenning dat de jongere een probleem heeft en dit willen veranderen, klaar zijn om eigen ouderlijk gedrag te veranderen door deel te nemen aan therapie en het vertrouwen hebben dat verandering mogelijk is.

Echter is er weinig onderzoek gericht op motivatie van ouders dat op deze manier gemeten is. Om motivatie meetbaar te maken, wordt vaak gebruik gemaakt van het construct betrokkenheid, omdat dit een relatie heeft met motivatie (Nock & Photos, 2006; Stadnick et al., 2016). Betrokkenheid richt zich op houdingen van de ouders richting de therapeut en de therapie, hoe ouders zich gedragen in een sessie en of ouders het geleerde toepassen buiten de therapie om (D'Arrigo et al., 2018; Dickson et al., 2022). Een overzicht van hoe betrokkenheid precies onderverdeeld kan worden met bijbehorende definitie, is te vinden in Figuur 2. Hierbij moet wel de kanttekening gezet worden dat Kurian et al. (2020) geen correlatie vonden tussen de verschillende vormen van betrokkenheid, iets wat je wel zou verwachten als deze vormen allemaal onder dezelfde betrokkenheid vallen zoals het figuur suggereert. Echter hadden Kurian et al. (2020) een kleine sample waardoor het de vraag is hoe generaliseerbaar deze bevindingen zijn voor de gehele populatie ouders. Omdat er naast de conceptualisering van betrokkenheid in Figuur 2 tot dit moment geen andere conceptualisering bekend is, wordt deze toch gebruikt voor dit literatuuronderzoek.

Wanneer het in dit onderzoek gaat om het construct motivatie om te participeren in behandeling, zal dus gekeken worden naar verschillende conceptualisaties van dit construct, namelijk motivatie bepaald door Nock en Photos (2006) en verschillende vormen van betrokkenheid bepaald door D'Arrigo et al., 2018 en Dickson et al., 2022. Voor toekomstig onderzoek wordt aangeraden om motivatie van ouders een duidelijke definitie te geven waarin zowel het affectieve, cognitieve als gedragsmatige deel van motivatie en betrokkenheid naar voren komt.

Figuur 2

Onderverdeling van betrokkenheid en vormen van betrokkenheid



Notitie. Naar D'Arrigo et al. (2018), Dickson et al. (2022) en Lewis et al. (2020)

Relatie tussen gezinsfactoren en motivatie van ouders

Motivatie bestaat voor een deel uit factoren horend bij de ouders, namelijk cognities over de therapie en de problemen van de jongeren en vertrouwen over de uitkomst (Nock & Photos, 2006). Dit wijst erop dat ouderlijke factoren een rol kunnen spelen in het vergroten van de motivatie om te participeren in behandeling van hun kind. Daarom zal eerst gekeken worden naar de relatie tussen ouderlijke factoren en motivatie voor behandeling.

De rol van ouderfactoren

In onderzoek van Drent et al. (2020) naar de motivatie bij ouders die waren doorverwezen voor psychologische hulp, maar nog geen hulp hadden gehad, werd een correlatie gevonden tussen motivatie en mentale gezondheid van ouders. Deze motivatie werd gemeten door de PMI. Wanneer er bij de ouders sprake was van een betere mentale gezondheid, hadden de ouders ook meer motivatie om te participeren binnen de behandeling van hun kind en zelf te veranderen. Dit lijkt tegenstrijdig met het resultaat van Jones et al. (2016) waar juist werd gevonden dat een hogere stress bij ouders zorgde voor meer motivatie om te veranderen. Jones en collega's onderzochten hoe gemotiveerd ouders van kinderen met

ADHD waren om te starten met gezinsbehandeling of deze voort te zetten en welke factoren een relatie hadden met deze motivatie. Wanneer echter gekeken wordt naar de definities van mentale gezondheid en stress in de studies, is dit verschil te verklaren. De definitie van Drent et al. (2020) van mentale gezondheid gaat over psychische problematiek, bijvoorbeeld depressie en angst. Jones et al. (2016) hebben het over stress met betrekking tot het ouderschap. Omdat een depressie samengaat met onder andere vermoeidheid en verminderde interesse in dingen, is het logisch dat een ouder ook minder motivatie heeft voor de behandeling van hun kind (American Psychiatric Association, 2013). Bij angst wordt vaak vermijdingsgedrag gezien wat ook een effect kan hebben op de motivatie van ouders om te participeren in behandeling. Wanneer de stress echter betrekking heeft op het ouderschap, is het logisch dat ouders meer gemotiveerd zijn om van de stress af te komen wanneer de stress hoger is.

De relatie tussen mentale problemen van de ouder en motivatie voor behandeling, werd ook gevonden wanneer werd gekeken naar het construct betrokkenheid. Wat betreft gedragsmatige betrokkenheid wordt er een vergrote afwezigheid gezien bij ouders met meer internaliserende symptomen zoals depressie (Gross et al., 2018; Haine-Schlagel et al., 2019). Ook was er een verminderde aanwezigheid bij sessies van oudertraining bij ouders die nog niet klaar waren voor de therapie in vergelijking met ouders die zich wel klaar voelden (Andrade et al., 2015). Of ouders zich klaar voelden voor behandeling, werd gemeten aan de hand van een vragenlijst met componenten over de wens voor verandering en het geloof dat ouders konden veranderen. Echter werd er geen verschil gevonden tussen de groepen ouders die volledig klaar waren voor behandeling en groepen die bijna klaar waren. Dit wijst erop dat ouders niet volledig klaar hoeven te zijn voor behandeling om toch aanwezig te zijn in de therapie sessies (Andrade et al., 2015).

Affectief gezien waren ouders minder betrokken binnen oudertraining bij hoge stress levels, vooral ouders van dochters (Bode et al., 2016). Dit houdt in dat ouders een minder optimistische kijk hadden op de training wanneer de ouders stress ervaarden. Deze stress had betrekking op de opvoeding van hun kind. Hoewel ouders dus wel meer motivatie laten zien bij hogere stress rondom het ouderschap (Jones et al., 2016), lijkt deze motivatie niet voor een optimistische kijk naar de therapie te zorgen. Het is hierin echter belangrijk om mee te nemen dat Bode et al. (2016) en Jones et al. (2016) een andere vorm van behandeling gebruikten, namelijk individuele behandeling en oudertraining. Daarbij richtten Jones et al. (2016) zich enkel op ouders van kinderen met ADHD terwijl Bode et al. (2016) keken naar ouders van kinderen met allerlei vormen van psychologische problemen. Omdat verschillen

in behandelvorm en problematiek van het kind ook invloed zouden kunnen hebben op de motivatie van ouders, is het lastig om de resultaten van Bode et al. (2016) en Jones et al. (2016) met betrekking tot de invloed van stress op betrokkenheid met elkaar te vergelijken.

Naast onderzoek naar de relatie tussen motivatie en mentale problemen van de ouders, heeft onderzoek zich ook gericht op andere ouderlijke karakteristieken zoals vorm van cognitie, opvoeding en *self-efficacy*. Drent et al. (2020) en Smith et al. (2014) vonden dat er sprake was van minder motivatie voor behandeling bij ouders die veel lijfstraffen gebruikten naar hun kind toe en bij ouders die niet geloofden dat ze iets met de problematiek van het kind te maken hadden. Ook ouders die vonden dat ze goede competenties hadden voor het ouderschap lieten minder motivatie zien om te veranderen, net als ouders die wel zagen dat ze moesten veranderen, maar niet geloofden dat ze deze verandering tot stand konden brengen. Dit laatste wijst op een lage *self-efficacy* van de ouder, wat betekent dat ouders weinig vertrouwen hebben dat ze iets bij kunnen dragen aan de behandeling van hun kind. In lijn met deze resultaten vonden Stadnick et al. (2016) een relatie tussen *self-efficacy* en gedragsmatige betrokkenheid in de vorm van participatie. Ouders met een hogere *self-efficacy* stelden meer vragen, deelden vaker hun perspectief en waren enthousiaster met betrekking tot het huiswerk. Wanneer aan ouders gevraagd werd welke factoren zij als obstakel zagen voor betrokkenheid binnen therapie, werd onder andere een verminderd zelfvertrouwen genoemd (Smith et al., 2014). Daarnaast rapporteerden ouders dat gevoelens van schaamte, angst om gezien te worden als slechte ouder en angst dat bijvoorbeeld veilig thuis erbij wordt gehaald zorgde voor een verminderde motivatie om te participeren in behandeling (Smith et al., 2014).

Tot slot is er een relatie gevonden tussen sociaal economische status van de ouders en motivatie voor behandeling. Drent et al. (2020) vonden dat financiële problemen van ouders de grootste voorspeller was voor minder motivatie voor behandeling, boven eerder genoemde ouderfactoren, karakteristieken van het kind en gezinssamenstelling. Aansluitend op de bevindingen van Drent et al. (2020) vonden Joseph et al. (2019) en Kurian et al. (2021) een verminderde betrokkenheid, zowel in-sessie als out-sessie, bij ouders met een lager inkomen. Zo waren ouders met een lager inkomen niet alleen minder frequent aanwezig bij de sessies, maar konden ze de kinderen ook minder support geven in de thuissituatie. Deze betrokkenheid werd gemeten door observaties van de therapeut, aanwezigheid van ouders en zelfrapportage (Joseph et al., 2019; Kurian et al., 2021).

Al met al kan dus gezegd worden dat verschillende ouderlijke factoren verband houden met de motivatie van ouders voor behandeling. Ten eerste hebben mentale

problemen, waaronder specifiek internaliserende symptomen, een negatieve relatie met motivatie voor behandeling. Het verbeteren van mentale gezondheid van ouders in bijvoorbeeld individuele therapie zou de motivatie voor behandeling dus kunnen vergroten. Hierop aansluitend zou ondersteuning in de financiële situatie van de ouders ook kunnen helpen, omdat ten eerste een lager inkomen verband houdt met een verminderde motivatie voor behandeling. Ten tweede is het aannemelijk dat zorgen over de financiële situatie zorgt voor een slechtere mentale gezondheid wat op zijn beurt weer een verminderend effect heeft op de motivatie van ouders voor behandeling. Andere factoren die een rol spelen in de motivatie van ouders zijn *self-efficacy* van de ouder, cognities over de problematiek van het kind, gevoelens van angst en schaamte, het gebruik van lijfstraffen en het beeld van ouders op hun eigen competenties, ook wel zelfinzicht genoemd. Net als de mentale gezondheid van ouders, kunnen deze gevoelens, cognities, *self-efficacy* en zelfinzicht beïnvloed worden in individuele therapie voor de ouder zoals psychoeducatie of cognitieve gedragstherapie.

De rol van kindfactoren

Naast ouderlijke factoren, is het aannemelijk dat kinderen ook een rol spelen in de motivatie van hun ouders, bijvoorbeeld via de motivatie van het kind of de ouder-kind relatie. Een grotere motivatie van het kind of een betere ouder-kind relatie zou voor een grotere motivatie bij ouders kunnen zorgen. Echter is het onderzoek naar kindfactoren tot heden beperkt tot de mate van problematiek van het kind. Uit het onderzoek van Drent et al. (2020), waarin relaties tussen factoren en de motivatiescore op de PMI onderzocht werden, bleek dat internaliserende problemen van het kind de grootste correlatie had met motivatie van ouders voor behandeling. Met internaliserende problemen werd gedoeld op angst en depressie. Een iets minder, maar nog altijd significant effect, hadden externaliserende problemen van het kind. Hiermee worden bijvoorbeeld hyperactiviteit, impulsiviteit en opstandigheid bedoeld. In lijn met deze resultaten vonden Jones et al. (2016) dat ouders meer klaar waren om te veranderen, wat een onderdeel is van motivatie, bij een hogere impulsiviteit, hyperactiviteit of opstandigheid van het kind, allemaal vormen van externaliserende problemen. Het is opvallend dat internaliserende problemen een sterker effect hadden dan externaliserende problemen, omdat het intuïtief is dat ouders meer last hebben van gedrag van het kind wat zich ook echt uit. Echter zouden internaliserende problemen juist voor een gevoel van hulpeloosheid bij ouders kunnen leiden en meer alarmerend zijn waardoor de motivatie voor behandeling juist bij deze problematiek hoger is (Drent et al., 2020).

Kijkend naar de problematiek van het kind lijkt het erop dat internaliserende en, in mindere mate, externaliserende problemen een invloed hebben op de motivatie van ouders

om te participeren in therapie. Hoe ernstiger de klachten van het kind, hoe hoger de motivatie van ouders. Echter is het de vraag of hier in de praktijk iets mee gedaan kan worden. Het is namelijk niet wenselijk om de problematiek van een kind te verergeren om zo de motivatie van ouders te vergroten.

Concluderend lijken verschillende karakteristieken van de ouders en het kind een relatie te hebben met de motivatie van ouders. Bij ouders zorgen mentale problemen, met name internaliserende problematiek, voor een vermindering van motivatie. Ook bij kinderen had internaliserende problematiek de sterkste relatie met motivatie, maar in dit geval versterkt de heftigheid van de problematiek de motivatie juist. Echter is het niet wenselijk om de problematiek van kinderen te vergroten om zo de ouders te motiveren. In plaats hiervan zou ingespeeld moeten worden op de cognities van ouders over de problematiek van het kind, omdat deze ook verband houden met motivatie. Deze cognities kunnen net als de andere ouderfactoren, namelijk gevoelens, *self-efficacy* en zelfinzicht, beïnvloed worden in individuele therapie voor de ouder om zo de motivatie van de ouder te vergroten. Hierin zou ook ondersteuning in de financiële situatie helpend kunnen zijn, omdat een laag inkomen verband houdt met zowel een verminderde mentale gezondheid van ouders als een verminderde motivatie voor behandeling. Het is echter belangrijk om mee te nemen dat de steekproeven voornamelijk uit vrouwen bestonden waardoor niks gezegd kan worden over de relatie tussen ouderlijke en kinderlijke factoren en motivatie van vaders voor behandeling.

Relatie tussen behandelfactoren en motivatie van ouders

Naar aanleiding van de verschillende ouderfactoren die een rol spelen in de motivatie van ouders voor behandeling en de hypothese dat deze beïnvloed kunnen worden door therapie aan te bieden aan de ouder, wordt ook gekeken naar het effect van behandelfactoren op motivatie van ouders.

Behandelvorm

Een behandelvorm die zich richt op de verwachtingen en cognities van ouders en daarmee wellicht verband houdt met motivatie van ouders, is psychoeducatie. Psychoeducatie richt zich op het geven van feitelijke informatie over de behandeling en het gedrag van het kind (Martinez et al., 2015). Martinez et al. (2015) deden een studie naar de relatie tussen psychoeducatie en aanwezigheid van ouders in een studie met 174 kinderen met gedragsproblemen. Zij vonden dat psychoeducatie significant gecorreleerd was met aanwezigheid. De etniciteit en het inkomen van deze ouders was divers. Wanneer gekeken werd naar de afzonderlijke componenten van psychoeducatie, waren het bespreken van de oorzaken van het gedrag van het kind en doelen stellen voor behandeling significant

gecorrleerd met betrokkenheid van ouders. Dit wijst erop dat vooral het bijsturen van de verwachtingen met betrekking tot de therapie en het oplossen van misconcepties over het gedrag van het kind effectief zijn in betrokkenheid van ouders. Deze betrokkenheid is enkel kwantitatief in de vorm van aanwezigheid. Er is niet gekeken naar het effect van psychoeducatie op de kwaliteit van betrokkenheid van ouders.

Een behandeling die ook gebruikmaakt van psychoeducatie en waarbij ook gekeken is naar de kwaliteit van betrokkenheid van ouders is *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) (Gross et al., 2018). Tijdens deze behandeling wordt de ouder individueel begeleidt door de therapeut via een oortje tijdens interactie met het kind, ook wel live coaching genoemd. De therapeut staat hierbij achter een eenzijdig raam en geeft uitleg over het gedrag van het kind en het effect van de interactie van de ouder (psychoeducatie). Daarnaast krijgt de ouder opdrachten om nieuw gedrag uit te proberen. In het onderzoek van Gross et al. (2018) werd gekeken naar het verschil in aanwezigheid en in-sessie betrokkenheid van ouders tussen PCIT en het *Chicago Parent Program* (CPP), een gestandaardiseerde groepsbehandeling. Bij PCIT waren ouders meer aanwezig tijdens sessies en meer in-sessie betrokken dan ouders die deelnamen aan CPP. Vooral het leren spelen met het kind, de live coaching waarbij werd aangesloten op de behoeften en interactie van ouder en kind en de psychoeducatie, werd als motivatie verhogend ervaren door ouders (Woodfield et al., 2019). Ouders ervoeren door deze aspecten snel verandering in het gedrag van hun kind en van zichzelf wat ook versterkend werkte voor de motivatie. Deze resultaten en meningen golden voor ouders van verschillende etniciteiten (Gross et al., 2018; Woodfield et al., 2019).

Hoewel individuele behandeling in het onderzoek van Lewis et al., (2020) voor meer motivatie leek te zorgen dan groepsbehandeling, is er ook gekeken naar het vergroten van motivatie in groepsbehandeling. In een kwalitatief onderzoek van Hock et al. (2015) beschreven ouders dat contact met andere ouders helpend was. Het enthousiasme van andere ouders, de emotionele steun en delen van ervaringen droegen bij aan de motivatie om deel te nemen aan de groepsbehandeling. Vooral het doen van rollenspellen met elkaar versterkte de gedragsmatige betrokkenheid. Wanneer andere ouders vaak afwezig waren, had dit echter een negatief effect op de motivatie. Ook bij dit onderzoek geldt dat er enkele beperkingen zijn waardoor de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. De steekproef bestond voornamelijk uit blanke mensen en het was een retrospectief onderzoek waarbij ouders terugkijken en wellicht een vertekend beeld hebben van hoe de behandeling was, omdat herinneringen meestal iets vervormd raken over tijd (Hock et al., 2015).

Kortom lijkt vooral psychoeducatie gebruikt te kunnen worden om de motivatie van ouders voor behandeling te vergroten. Dit wordt teruggezien in zowel een vergrote aanwezigheid van ouders als een grotere in-sessie betrokkenheid. Ook lijkt psychoeducatie een effect te hebben voor ouders van verschillende etniciteiten waardoor het breed ingezet kan worden. Daarnaast wordt contact met andere ouders en het doen van rollenspellen als waardevol ervaren door ouders.

Factoren in behandeling die motivatie verminderen

Naast de rol die de vorm van behandeling speelt in de betrokkenheid van ouders, zijn er ook enkele praktische factoren met betrekking tot behandeling geïdentificeerd door ouders die motivatie van ouders verminderen, ook wel praktische obstakels genoemd. Factoren die genoemd werden door ouders, waren de afstand tussen huis en de behandellocatie, schoolroosters van de kinderen, werktijden van de ouders, onvoldoende tijd hebben voor het bespreken van extra zaken en het feit dat de therapeut altijd te laat was (Hock et al., 2015; Lewis et al., 2020). De therapeut moet vroeg in het behandelproces stil staan bij de praktische obstakels waar ouders tegenaan lopen. Om blijvende participatie van ouders te krijgen, moeten mogelijke obstakels vervolgens meermaals in het proces geïdentificeerd en opgelost worden (Herman et al., 2011).

Er zijn verschillende behandelingen die de motivatie van ouders proberen te vergroten. Vooral het aanbieden van een vorm van psychoeducatie lijkt een versterkend effect te hebben op de motivatie van ouders. Dit effect lijkt te komen door het aanpassen van verwachtingen en overtuigingen van ouders met betrekking tot de therapie, de oorzaken van het gedrag van het kind en hun eigen rol in dit gedrag. Ook het aanpassen van de therapie op ouder en kind, het hebben van contact met andere ouders binnen groepstherapie en het doen van rollenspellen, lijkt een versterkend effect te hebben op motivatie. Echter is het onduidelijk welk effect contact met andere ouders en het doen van rollenspellen heeft in individuele therapie. Wat betreft praktische obstakels doet een therapeut er goed aan om deze te blijven identificeren en op te lossen, ook in latere stadia van de behandeling.

Relatie tussen therapeutische factoren en motivatie van ouders

Naast ouderlijke factoren, kindfactoren en behandelfactoren, wordt de houding van de therapeut door ouders als essentieel geïdentificeerd in het aangaan en voortzetten van de behandeling (Woodfield et al., 2019). Het is echter onduidelijk wat een helpende houding van de therapeut concreet is. De therapeut lijkt dus een rol te spelen in de motivatie van de ouders, maar het is onduidelijk hoe dit er precies uit ziet. Daarom wordt tot slot gekeken naar de relatie tussen therapeutische factoren en motivatie van ouders voor behandeling. De

therapeutische relatie, de houding van de therapeut en verschillende therapeutische vaardigheden zullen worden uitgelicht.

Relatie met de therapeut

Een positieve relatie van ouders met de therapeut had een relatie met meer motivatie voor behandeling, vonden Núñez et al. (2021) in hun kwalitatieve onderzoek. In dit onderzoek werden aan ouders, kinderen en therapeuten verschillende vragen gesteld over de kwaliteit van de relatie en welke effecten dit had. Een goede relatie werd geconceptualiseerd als een relatie met vertrouwen, nabijheid, samenwerking en support. In een vergelijkbaar onderzoek vonden Lewis et al. (2020) ook dat een positieve relatie met de therapeut correleerde met attitudinale en gedragsmatige betrokkenheid. Ouders die de relatie met de therapeut als positief beschreven, hadden dus een meer positieve houding richting de therapeut en therapie en participeerden meer in de therapie. In lijn met deze resultaten werd gevonden dat de relatie met de therapeut een significante voorspeller was van aanwezigheid bij een schoolinterventie voor de mentale gezondheid van kinderen. De relatie met de therapeut bleef een voorspeller van aanwezigheid, ook wanneer gecontroleerd werd voor inkomen en ras. Dit betekent dat de relatie met de therapeut ook een positieve relatie heeft met aanwezigheid bij ouders met een lager inkomen of van een hispanic/latino ras. In dit onderzoek werd een goede relatie met de therapeut beoordeeld door ouders te vragen of de relatie met de therapeut positief was en de therapeut de ideeën van de ouder belangrijk vond.

Houding van de therapeut

Het lijkt er dus op dat de relatie tussen de therapeut en ouders een belangrijke rol speelt in de motivatie van ouders om deel te nemen aan de therapie van hun kind en deze ook voort te zetten. Een factor wat bijdraagt aan de relatie tussen ouders en de therapeut, is de houding van de therapeut (Hock et al., 2015; Núñez et al., 2021; Stadnick et al., 2016). Zo beschreven ouders in het kwalitatieve onderzoek van Núñez et al. (2021) dat de goede relatie met de therapeut begon te ontwikkelen wanneer ouders zagen dat de therapeut betrokken was en interesse toonde in het kind. De toewijding van de therapeut richting de therapie van hun kind, had een directe invloed op de betrokkenheid van ouders bij de therapie. Dit werd versterkt wanneer ouders zagen dat er een positieve relatie ontstond tussen therapeut en kind waarin vooral positieve gevoelens een rol speelden. Spelen werd door ouders als kernactiviteit gezien om deze positieve relatie tussen therapeut en kind te laten ontstaan, ook wanneer het spelen geen direct therapeutisch doeleinde had.

Verder werd beschreven dat het belangrijk was dat de therapeut competent was, zelfvertrouwen uitstraalde en dingen op een duidelijke manier kon communiceren naar de

ouders en het kind (Hock et al., 2015; Núñez et al., 2021; Stadnick et al., 2016). De therapeut moest flexibel zijn in de uitleg en zich kunnen aanpassen aan het begrip van het gezin waar hij of zij op dat moment mee te maken had (Lewis et al., 2020). Iets wat hierbij als helpend werd ervaren door ouders, was het gebruik van visuele hulpmiddelen en het gebruik van een handboek waarin alle informatie duidelijk stond uitgelegd (Hock et al., 2015). Als een therapeut zich flexibel opstelde en duidelijk communiceerde, voelden ouders zich comfortabeler bij de therapeut en durfden ze meer vragen te stellen. Belangrijk hierbij was dat de therapeut vriendelijk was, dat de persoonlijke stijl van de therapeut aansloot bij de ouders en dat de therapeut receptief luisterde (Núñez et al., 2021). Dit laatste houdt in dat de therapeut op een actieve manier moet luisteren naar de ouders door bijvoorbeeld te parafraseren, reflecteren en door te vragen. Het delen van eigen ervaringen van de therapeut werd door ouders ook als positief ervaren in het ontwikkelen van een relatie (Hock et al., 2015).

Een therapeut die net even iets meer doet dan verwacht, werd door ouders ook als positief ervaren (Núñez et al., 2021). Het was helpend als een therapeut voor of na een groepsessie beschikbaar was om iets extra's te bespreken (Hock et al., 2015). Ook werd het als helpend ervaren als therapeuten hielpen met problemen die buiten de oorspronkelijke hulpvraag om gingen (Núñez et al., 2021). Ouders vonden het bijvoorbeeld prettig om het te hebben over zichzelf en de problemen die zij ervaarden buiten de opvoeding van hun kind om (Hock et al., 2015).

De houding van de therapeut had niet enkel invloed op de relatie tussen ouders en therapeut, maar ook op behandeluitkomsten voor de ouders (Lewis et al., 2020; Núñez et al., 2021). Een samenwerkende houding vanuit de therapeut met empathie, aanmoediging en geduld hielp ouders om meer zelfvertrouwen op te bouwen, iets wat vervolgens weer zorgt voor meer betrokkenheid binnen de therapie (Stadnick et al., 2016). Ouders konden over hun gevoel van ineffectiviteit en onzekerheid heen komen door te ervaren dat ze problemen op konden lossen met de therapeut. Hierdoor stonden ouders meer open om nieuwe dingen te leren en constructieve feedback te ontvangen. Dit werd versterkt wanneer therapeuten schaamte van ouders weg konden nemen door moeilijkheden te normaliseren en aan te moedigen (Stadnick et al., 2016).

Wanneer een therapeut de motivatie van ouders wil bevorderen, moet deze zich dus betrokken, vriendelijk, receptief, empatisch, aanmoedigend en flexibel opstellen. Het helpt als de therapeut net even iets extra's doet, de uitleg en communicatie aanpast naar het gezin, door bijvoorbeeld visuele hulpmiddelen te gebruiken, en moeilijkheden normaliseert.

Therapeutische vaardigheden

Naast de therapeutische relatie en de houding van de therapeut, hebben ook de vaardigheden van de therapeut invloed op de motivatie van ouders (Barnett et al., 2015; Green Rosas et al., 2022). De therapeut kan tijdens de therapie gebruik maken van verschillende vormen van coaching, namelijk responsief en directief (Green Rosas et al., 2022). Bij directief coachen worden de technieken van de therapeut toegepast voordat de ouder een verbalisatie naar het kind gedaan heeft. Onder verbalisatie worden verschillende vormen van interactie richting het kind bedoeld, bijvoorbeeld praten, prijzen, een vraag stellen, commanderen of reflecteren. De therapeut zegt de ouder als het ware wat hij of zij moet doen. Bij responsief coachen daarentegen gebruikt de therapeut zijn of haar technieken na de verbalisatie van de ouder naar het kind toe, in bijvoorbeeld de vorm van reflectie, complimenten en het koppelen van het ouderlijk gedrag met het gedrag van het kind (Green Rosas et al., 2022)..

Uit onderzoek van Barnett et al., (2015) en Green Rosas et al., (2022) werd geconcludeerd dat responsief coachen meer gebruikt werd bij ouders die de behandeling afmaakten. Daarbij leerden ouders meer kinder-gecentreerde vaardigheden wanneer responsief coachen werd toegepast in de eerste tien minuten van de therapie. Daarentegen werkten drills, een vorm van directief coachen waarbij de ouder een bepaalde vaardigheid uit moet voeren voor een bepaalde tijd of in een bepaalde frequentie, juist averechts op het afmaken van de behandeling (Barnett et al., 2015). Ouders waarbij drills gebruikt werden door de therapeut, maakten minder vaak de behandeling af dan ouders waarbij drills niet gebruikt werden. Dit was nog een sterkere voorspeller voor het afmaken van de behandeling dan responsief coachen.

Een kanttekening die bij deze resultaten gezet moet worden, is dat de gebruikte onderzoeksmethode niet betrouwbaar was bij de steekproef van Barnett et al. (2015) vanwege psychometrische redenen. Echter, omdat Green Rosas et al. (2022) dezelfde resultaten vonden, wordt wel de conclusie getrokken dat de vorm van coaching een effect kan hebben op het wel of niet afmaken van een behandeling. Hierbij lijkt responsief coachen positief samen te hangen met het afmaken van de behandeling, maar de rol van drills moet verder onderzocht worden, omdat dit enkel is onderzocht door Barnett et al. (2015) in een onbetrouwbaar design.

Al met al heeft de therapeutische relatie tussen ouders en therapeut een sterk verband met de motivatie van ouders om te participeren in behandeling. De houding van de therapeut draagt bij aan deze therapeutische relatie. Daarnaast lijkt responsief coachen, een

therapeutische vaardigheid, een positieve relatie te hebben met motivatie van ouders. Een therapeut kan dus invloed uitoefenen op de motivatie van ouders door de houding en therapeutische vaardigheden. Deze hebben een positief effect op de therapeutische relatie, welke vervolgens ook weer een versterkend effect heeft op de motivatie van ouders.

Discussie

In dit literatuuronderzoek is gekeken naar factoren die een relatie hebben met motivatie van ouders om vervolgens aanbevelingen te doen hoe behandelaren de participatie van ouders binnen een behandeling kunnen vergroten. Dit is belangrijk, omdat participatie van ouders nog vaak beperkt is in de jeugdzorg (Baker-Ericzén et al., 2012). Er zijn verschillende factoren geïdentificeerd die een relatie lijken te hebben met motivatie van ouders voor behandeling. Ten eerste spelen karakteristieken van de ouders een rol. Zo werd er minder motivatie gezien bij ouders die lijfstraffen gebruikten en vonden dat ze goede competenties hadden (Drent et al., 2020). Deze bevinding kan verklaard worden door een gebrek aan zelf-reflectie bij deze groep ouders waarbij ouders niet zien dat ze iets met de problematiek van hun kind te maken hebben, iets wat de motivatie vermindert (Smith et al., 2014). Dit is in lijn met de bevinding dat de motivatie van ouders groter is wanneer ouders geloven dat ze iets met de problematiek van het kind te maken hebben, wijzend op zelfinzicht (Drent et al., 2020; Jones et al., 2016; Smith et al., 2014). Een behandeling die ouders lijkt te helpen bij het vergroten van motivatie voor behandeling door in te spelen op de cognities van ouders, is psychoeducatie. Zo lijkt vooral het onderwijzen van ouders in de oorzaken van de problematiek van hun kind en de rol van de ouders hierin een versterkend effect te hebben op motivatie van ouders (Gross et al., 2018; Martinez et al., 2015; Woodfield et al., 2019).

Andere karakteristieken van ouders, namelijk mentale problematiek en verminderde self-efficacy bij ouders, waren gerelateerd aan een verminderd motivatie en aanwezigheid binnen therapie (Andrade et al., 2015; Drent et al., 2020; Gross et al., 2018; Haine-Schlagel et al., 2019; Smith et al., 2014; Stadnick et al., 2016). De motivatie van ouders zou vergroot kunnen worden door individuele behandeling te bieden voor de mentale problematiek van ouders. Aansluitend op deze hypothese vonden Drent et al. (2020) dat individuele therapie voor de ouder de motivatie van ouders om te participeren in de behandeling van hun kind daadwerkelijk verhoogd. Hierbij zou aandacht voor de financiële situatie van de ouder ook motivatie verhogend kunnen werken, omdat een laag inkomen verband houdt met een verminderde motivatie voor behandeling, maar ook met een slechter mentaal welzijn, welke ook weer een negatief effect heeft op de motivatie van ouders. Wanneer de therapeut tijdens deze behandeling een houding aanneemt van empathie, aanmoediging en geduld en de

moeilijkheden van de ouders normaliseert, lijkt dit ook een positief effect te hebben op de self-efficacy van ouders, wat op zijn beurt weer een versterkend effect heeft op de motivatie van ouders (Stadnick et al., 2016).

Daarnaast werd het door ouders als motiverend ervaren wanneer de therapeut betrokken, competent, receptief en vriendelijk was (Hock et al., 2015; Lewis et al., 2020; Núñez et al., 2021; Stadnick et al., 2016). Een coachingsmethode die hierbij aansluit is responsief coachen, wat op zijn beurt weer een positieve relatie had met betrokkenheid van ouders (Barnett et al., 2015; Green Rosas et al., 2022). Ouders vonden het prettig als de therapeut samen werkte, duidelijk communiceerde en de behandeling aanpaste op de behoeften van het gezin, ook wel maatwerk genoemd. Dit maatwerk staat centraal in een behandeling als PCIT waar werd gezien dat ouders gemotiveerder waren dan in de controlegroep (Gross et al., 2018; Woodfield et al., 2019). Naast samenwerking en het bieden van maatwerk, werd het gewaardeerd als de therapeut net iets extra's deed, bijvoorbeeld ingaan op de problematiek van de ouders. Zoals eerder beschreven heeft dit via een vergrote self-efficacy een versterkend effect op de motivatie van ouders (Stadnick et al., 2016). Ook was het belangrijk dat therapeuten praktische obstakels voor ouders bleven identificeren en oplossen (Herman et al., 2011; Hock et al., 2015; Lewis et al., 2020).

Er zijn echter enkele limitaties aan dit literatuuronderzoek waardoor de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Zo werden in de beschreven onderzoeken voornamelijk moeders gebruikt waardoor het de vraag is of deze resultaten ook voor vaders gelden. Daarnaast waren de groepen die vergeleken werden niet altijd gelijk in etniciteit terwijl dit wel een invloed op motivatie lijkt te hebben (Joseph et al., 2019). Daarbij is er in veel onderzoeken gebruik gemaakt van observaties, interviews en zelfrapportages, sommige met een retrospectief karakter. Deze meetinstrumenten zijn gevoelig voor bias van de therapeut of de ouder waardoor de resultaten wellicht geen nauwkeurige weerspiegeling van de werkelijkheid zijn (Moore et al., 2017). Daarnaast zijn factoren zoals het geslacht van het kind en relatie tussen ouder en kind verwaarloosd in de onderzoeken terwijl deze factoren wellicht wel invloed gehad kunnen hebben op de resultaten. Ook zijn alle beschreven onderzoeken correlacioneel van aard waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over het causale verband tussen de verschillende factoren en motivatie van ouders (Moore et al., 2017).

Tevens is er in dit onderzoek voor gekozen om betrokkenheid als afhankelijke variabele te nemen naast motivatie. Echter zijn motivatie en betrokkenheid niet exact hetzelfde construct waardoor resultaten over betrokkenheid niet direct gegeneraliseerd

kunnen worden naar motivatie van ouders (Haine-Schlagel et al., 2019). Daarnaast is in veel onderzoek voornamelijk aanwezigheid als afhankelijke variabele gebruikt, terwijl aanwezigheid niks zegt over de kwaliteit van de betrokkenheid. Aan de andere kant zeggen onderzoeken naar de motivatie van ouders weer niks over het gedrag van de ouders, maar enkel over de houding van de ouders.

In vervolgonderzoek zullen motivatie en verschillende vormen van betrokkenheid dus uit elkaar gehouden moeten worden om te onderzoeken welke factoren invloed hebben op welk aspect van motivatie of betrokkenheid. Ook is het belangrijk om in kaart te brengen welke vorm van motivatie of betrokkenheid de grootste correlatie heeft met behandeluitkomsten. Als bekend is welke vorm de grootste correlatie heeft met behandeluitkomsten, en ook bekend is welke factoren samen hangen met deze vorm, kan er effectief en specifiek op die vorm van motivatie of betrokkenheid ingespeeld worden. Bij dit onderzoek is een experimenteel design van belang om het causale verband tussen de factoren en motivatie te bepalen, al is dit niet mogelijk voor alle factoren. Een mogelijkheid voor een experimenteel design is het random ondervdelen van ouders onder therapeuten die verschillende vaardigheden gebruiken. Voor de therapie en na de therapie wordt de motivatie of betrokkenheid van ouders gemeten en zo kan bekeken worden of de therapeutische vaardigheden zorgen voor een toename van motivatie. Hierin is het echter wel belangrijk om te controleren voor mogelijke andere factoren. Naast factoren die in dit literatuuronderzoek al genoemd zijn, is het ook belangrijk om te kijken naar de relatie tussen ouder en kind en de eventuele invloed van het geslacht van het kind. Ook zouden meer vaders meegenomen moeten worden in onderzoek.

Concluderend kunnen er wel enkele aanbevelingen gedaan worden met betrekking tot het motiveren van ouders, voornamelijk moeders, om te participeren in de behandeling van hun kind. Wanneer therapeuten de motivatie van ouders willen vergroten, is het belangrijk dat de therapeuten kijken naar de motivatie van de ouder en welke aspecten deze motivatie wellicht verlagen. Hierbij moet gekeken worden naar mentale gezondheid, cognities en gevoelens van de ouder, de behandelvorm en de houding van de therapeut. Als behandelvorm wordt aangeraden om psychoeducatie in te zetten en aan te sluiten op de behoeften van de ouder in de vorm van niveau van uitleg, de onderwerpen die besproken worden, het eventueel aanbieden van extra individuele therapie voor de ouder en het identificeren van eventuele obstakels. Ook rollenspellen zouden toegepast kunnen worden om motivatie van ouders te vergroten. Wanneer het de therapeut lukt om de motivatie van de ouder te versterken, zou de

participatie van ouders vergroot kunnen worden. Dit is belangrijk, omdat hierdoor behandelingen van jongeren effectiever zullen zijn.

Referentielijst

- Andrade, B. F., Browne, D. T., & Naber, A. R. (2015). Parenting skills and parent readiness for treatment are associated with child disruptive behavior and parent participation in treatment. *Behavior Therapy*, 46(3), 365-378.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.01.004>
- Ainsworth, M. D. S. (1978). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(3), 436-438. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00075828>
- Baker-Ericzén, M. J., Jenkins, M. M., & Haine-Schlagel, R. (2012). Therapist, parent, and youth perspectives of treatment barriers to family-focused community outpatient mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 22(6), 854-868.
<https://doi.org/10.1007/s10826-012-9644-7>
- Barnett, M. L., Niec, L. N., Peer, S. O., Jent, J. F., Weinstein, A., Gisbert, P., & Simpson, G. (2017). Successful therapist–parent coaching: How in vivo feedback relates to parent engagement in parent–child interaction therapy. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(6), 895-902.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1063428>
- Bode, A. A., George, M. W., Weist, M. D., Stephan, S. H., Lever, N., & Youngstrom, E. A. (2016). The impact of parent empowerment in children’s mental health services on parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*, 25(10), 3044-3055.
<http://doi.org/10.1007/s10826-016-0462-1>
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut voor Psychologen en Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen. (2020). *Richtlijn kinderen van ouders met psychische problemen/verslavingsproblemen (KOPP/KOV) voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Richtlijnen Jeugdhulp.
https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2020/12/Richtlijn_KOPP-KOV_Richtlijn_V4_2020-2022_DEF.pdf
- Dickson, K. S., Chlebowski, C., Haine-Schlagel, R., Ganger, B., & Brookman-Frazee, L. (2022). Impact of therapist training on parent attendance in mental health services for children with ASD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(2), 230-241. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1796682>
- Drent, H. M., van den Hoofdakker, B., de Bildt, A., Buitelaar, J. K., Hoekstra, P. J., & Dietrich, A. (2020). Factors related to parental pre-treatment motivation in outpatient

- child and adolescent mental health care. *European child & adolescent psychiatry*, 29(7), 947-958. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01391-9>
- Goolsby, J., Alvord, M. K., & Rich, B. A. (2019). Impact of child and parent motivation on social skills training outcome. *Child and Family Behavior Therapy*, 41(1), 32-46. <https://doi.org/10.1080/07317107.2019.1571774>
- Green Rosas, Y., McCabe, K. M., Zerr, A., Yeh, M., Gese, K., & Barnett, M. L. (2022). Examining English-and Spanish-Speaking Therapist Behaviors in Parent–Child Interaction Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4474. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084474>
- Gross, D., Belcher, H. M., Budhathoki, C., Ofonedu, M. E., & Uveges, M. K. (2018). Does parent training format affect treatment engagement? A randomized study of families at social risk. *Journal of Child and Family Studies*, 27(5), 1579-1593. <http://doi.org/10.1007/s10826-017-0984-1>
- Haine-Schlagel, R., Dickson, K. S., Shapiro, A. F., May, G. C., & Cheng, P. (2019). Parent mental health problems and motivation as predictors of their engagement in community-based child mental health services. *Children and youth services review*, 104, 104370. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.06.005>
- Herman, K. C., Borden, L. A., Hsu, C., Schultz, T. R., Strawsine Carney, M., Brooks, C. M., & Reinke, W. M. (2011). Enhancing family engagement in interventions for mental health problems in youth. *Residential Treatment for Children and Youth*, 28(2), 102-119. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2011.569434>
- Het Vergeten Kind. (2021). *Kinderen over wachttijden in de jeugdzorg*. [https://www.hetvergetenkind.nl/ons-werk/veilig-en-liefdevol-thuis/onderzoek/wachttijden-jeugdzorg#:~:text=81%25%20van%20de%20kinderen%20heeft,%25\)%20en%20waarom%20\(56%25](https://www.hetvergetenkind.nl/ons-werk/veilig-en-liefdevol-thuis/onderzoek/wachttijden-jeugdzorg#:~:text=81%25%20van%20de%20kinderen%20heeft,%25)%20en%20waarom%20(56%25)
- Hock, R., Yingling, M. E., & Kinsman, A. (2015). A parent-informed framework of treatment engagement in group-based interventions. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3372-3382. <http://doi.org/10.1007/s10826-015-0139-1>
- Hughes, D. A. (2017). *Hechttingsgerichte gezinstherapie*. SWP, Uitgeverij B.V.
- Jones, H. A., Putt, G. E., Rabinovitch, A. E., Hubbard, R., & Snipes, D. (2017). Parenting stress, readiness to change, and child externalizing behaviors in families of Clinically Referred children. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 225-233. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0547-x>
- Joseph, H. M., Farmer, C., Kipp, H., Kolko, D., Aman, M., McGinley, J., ... & Molina, B. S.

- (2019). Attendance and engagement in parent training predict child behavioral outcomes in children pharmacologically treated for attention-deficit/hyperactivity disorder and severe aggression. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 29(2), 90-99. <http://doi.org/10.1089/cap.2018.0119>
- Khan, K., Hollis, C., Hall, C. L., Davies, E. B., Murray, E., Andr n, P., Mataix-Colse, D., Murphy, T., Glazebrook, C. (2022). Factors influencing the efficacy of an online behavioural intervention for children and young people with tics: Process evaluation of a randomised controlled trial. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2022.02.005>
- King, G., Currie, M., & Petersen Patricia. (2014). Review: Child and parent engagement in the mental health intervention process: A motivational framework. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 2-8. <https://doi.org/10.1111/camh.12015>
- Kurian, J., Murray, D. W., Kuhn, L., & LaForett, D. R. (2022). Examining frequency and modality of parent engagement in an elementary school mental health intervention. *Journal of Applied School Psychology*, 38(1), 74-93. <https://doi.org/10.1080/15377903.2021.1911896>
- Lange, A. (2006). Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie. *Directieve Therapie*, 26(1), 32-46. <https://doi.org/10.1007/BF03060408>
- Levy, T. M., & Orlans, M. (2001). I - Attachment disorder as an antecedent to violence and antisocial patterns in children. *Handbook of attachment interventions* (2e ed., pp. 1-26). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-012445860-4/50002-2>
- Lewis, E. M., Hooley, C., Feely, M., Lanier, P., Korff, S. J., & Kohl, P. L. (2020). Engaging child welfare–Involved families in evidence-based interventions to address child disruptive behavior disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 28(1), 43-51. <http://doi.org/10.1177/1063426618806253253>
- Martinez, J. I., Lau, A. S., Chorpita, B. F., Weisz, J. R., & Research Network on Youth Mental Health. (2017). Psychoeducation as a mediator of treatment approach on parent engagement in child psychotherapy for disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 573-587. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038826>
- Meerdinkveldboom, J. (2015). Zonder ouders geen behandeling van adolescenten. *Systeemtherapie*, 27(3), 160-174. <https://euthopia.nl/wp-content/uploads/2021/01/zonder-ouders-geen-behandeling-van-adolescenten-JMeerdinkveltboom-2009.pdf>

- Mian, N. D. (2014). Little children with big worries: Addressing the needs of young, anxious children and the problem of parent engagement. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 85-96. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0152-0>
- Moore, D. S., McCabe, G. P., & Craig, B. A. (2017). *Introduction to the Practice of Statistics* (9th ed.). W. H. Freeman and Company.
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: The role of parental cognitions and attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 183-198. <https://doi.org/10.1023/A:1021807106455>
- Nederlands Jeugdinstituut (2017). *Partnerschap met ouders: Wat werkt*. Nederlands Jeugdinstituut. https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/WatWerkt_Partnerschap-met-ouders.pdf
- Nijssens, L., Vliegen, N., & Luyten, P. (2020). The mediating role of parental reflective functioning in child social-emotional development. *Journal of Child and Family Studies*, 29(8), 2342-2354. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01767-5>
- Nock, M. K., & Photos, V. (2006). Parent motivation to participate in treatment: Assessment and prediction of subsequent participation. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 333-346.
- Núñez, L., Midgley, N., Capella, C., Alamo, N., Mortimer, R., & Krause, M. (2021). The therapeutic relationship in child psychotherapy: integrating the perspectives of children, parents and therapists. *Psychotherapy Research*, 31(8), 988-1000. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1876946>
- Savenije, A. (1995). De gezinstherapie van de toekomst. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 21(6), 248-251. <https://doi.org/10.1007/BF03079249>
- Smith, E., Koerting, J., Latter, S., Knowles, M. M., McCann, D. C., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. J. (2015). Overcoming barriers to effective early parenting interventions for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Parent and practitioner views. *Child: care, health and development*, 41(1), 93-102. <http://doi.org/doi:10.1111/cch.12146>
- Stadnick, N. A., Haine-Schlagel, R., & Martinez, J. I. (2016). Using observational assessment to help identify factors associated with parent participation engagement in community-based child mental health services. *Child & Youth Care Forum*, 45(5), 745-758. <http://doi.org/10.1007/s10566-016-9356-z>
- Van der Helm, G. H. P., Van Tol, N., & Stams, G. J. J. (2013). *De invloed van het orthopedagogisch klimaat in de residentiële justitiële jeugdzorg*:

Recidivevermindering door opvoeding, behandeling en scholing. Herstelgericht Luisteren.

<https://herstelgerichtluisteren.nl/wp-content/uploads/2017/10/leefklimaat.pdf>

Van Eldik, W. M., de Haan, A. D., Parry, L. Q., Davies, P. T., Luijk, Maartje P. C. M, Arends, L. R., & Prinzie, P. (2020). The interparental relationship: Meta-analytic associations with children's maladjustment and responses to interparental conflict. *Psychological Bulletin*, 146(7), 553-594. <https://doi.org/10.1037/bul0000233>

Woodfield, M. J., & Cartwright, C. (2020). Parent-child interaction therapy from the parents' perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 29(3), 632-647. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01611-5>

Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, 17(3), 243-257. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>