BETERE START

Lange termijn follow-up van opvoedondersteuning voor (ex-)gedetineerde moeders

Dr. Ankie T.A. Menting[1]
Prof.dr. Bram Orobio de Castro[1, 2]
Dr. Beth M. Grandfield[1]
Prof.dr. Jaap J.A. Denissen[1]
Prof.dr. Walter C.H.J. Matthys[1]

[1] Universiteit Utrecht, [2] Universiteit van Amsterdam & Centre for Urban Mental Health

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, Directie Sanctietoepassing en Jeugd.

© 2022, Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht, auteursrecht voorbehouden.

Voorwoord

Voor u ligt de wetenschappelijke rapportage over de langetermijnresultaten van Betere Start, een opvoedtraining voor (ex-)gedetineerde moeders gedurende de overgang van detentie naar huis. Deze eindrapportage doet bondig verslag van de feitelijke resultaten van het onderzoek. Uitgebreidere wetenschappelijke verantwoording zal worden gedaan in internationale wetenschappelijke publicaties.

Het realiseren van de lange termijn follow-up van Betere Start was niet mogelijk geweest zonder de tomeloze inzet van vele personen. Op de eerste plaats denken we daarbij natuurlijk aan de moeders en kinderen, die ons vaak jarenlang in hun levens toelieten en vragenlijsten voor ons invulden – net als de leerkrachten van de kinderen. Wij willen hen hartelijk danken voor hun deelname en vertrouwen. Bijzondere dank gaat ook uit naar de onderzoeksmedewerkers die deze data hebben verzameld (Lieve Winkelaar, Anne Bijlsma en Tara van Keulen) en diegenen die hen hierbij en bij de verdere verwerking van data geholpen hebben. Door jullie doorzettingsvermogen, vriendelijke benadering en speurwerk is het gelukt om een substantieel deel van de gezinnen die oorspronkelijk aan Betere Start meededen (herhaaldelijk) te bezoeken en wederom data bij hen te verzamelen. Ook willen wij de trainers van Betere Start bedanken: voor de aanvankelijke werving en interventie bij deze doelgroep, voor het opbouwen van de werkrelatie met deze moeders en kinderen waar wij op konden voortbouwen, en voor de hulp bij de contacten met oud-deelneemsters tijdens de lange termijn follow-up. Daarnaast zijn er verschillende (andere) medewerkers van de Dienst Justitiële Inrichtingen die ons meer indirect geholpen hebben bij het terugvinden van oud-deelneemsters en/of bezoeken binnen de penitentiaire inrichtingen mogelijk hebben gemaakt. Hen willen wij daarom eveneens bedanken voor de rol die zij gespeeld hebben binnen de lange termijn follow-up.

Ankie Menting

Bram Orobio de Castro

Beth Grandfield

Jaap Denissen

Walter Matthys

Samenvatting

Kinderen met een gedetineerde ouder lopen een verhoogd risico om ook zelf antisociale gedragsproblemen te gaan vertonen, waaronder gedragsstoornissen en het plegen van delicten (Lipsey & Derzon, 1998; Murray, Farrington, et al., 2012). Daarbij lijkt de overdracht van crimineel gedrag zelfs sterker te zijn van moeder op kind dan van vader op kind, met de sterkste overdracht van moeder op dochter. Dit kan mogelijk verklaard kan worden door het feit dat moeders vaker de primaire verzorger van kinderen zijn of dat crimineel gedrag bij moeders als meer deviant beschouwd kan worden (Besemer et al., 2017). Het verhoogde risico van deze kinderen wordt bovendien ook deels verklaard door de vele risico's op verschillende domeinen die deze kinderen – samenhangend met, maar ook los van de detentie – toch al lopen. In veel van deze gezinnen is er namelijk sprake van een accumulatie van risicofactoren, zoals financiële moeilijkheden, depressieve symptomen bij moeders en opvoedingsstress (Dallaire, 2007; Loper & Tuerk, 2006; Menting et al., 2017). Het is deze opeenstapeling van risicofactoren – in plaats van een enkele specifieke factor – die een ongunstige ontwikkeling voor deze kinderen voorspelt (Sameroff et al., 1993). Detentie van de moeder kan daarom vooral gezien worden als een bruikbaar hulpmiddel om de meest kwetsbare kinderen te identificeren en door interventie een problematische ontwikkeling bij hen te voorkomen (Junger et al., 2013).

Omdat opvoeding een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling van gedragsproblemen en latere delinquentie (Hoeve et al., 2009; Patterson, 2016) wordt opvoeding gezien als een belangrijk aangrijpingspunt om de intergenerationele overdracht van delinquentie te stoppen. Hierbij lijkt het essentieel om vroeg in te grijpen: Trajecten van antisociaal probleemgedrag lijken veelal in de vroege kindertijd te starten (Broidy et al., 2003; Shaw et al., 2005) en moeilijker te stoppen als het antisociale gedrag al volledig ontwikkeld is (Goldstein et al., 2012). Juist bij jonge kinderen wordt ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden ook in richtlijnen ten aanzien van gedragsproblemen aangeraden (de Lange et al., 2019), omdat voor hen dit type interventie het meest bewezen effectief is (Comer et al., 2013; Kaminski & Claussen, 2017; McCart et al., 2006). Incredible Years (Matthys, 2019; Webster-Stratton, 2001) is een voorbeeld van zo'n ouderinterventie, en geldt in Nederland als één van de interventies met de sterkste bewijskracht (zie https://www.nji.nl/interventies). Het aanbieden van een bewezen effectieve ouderinterventie in de hoog-risicogroep van (ex-)gedetineerde moeders en hun kinderen lijkt dan ook een logische stap. De kans op succes van een dergelijke interventie lijkt het grootste in de periode rondom ontslag uit detentie (J. M. Eddy et al., 2022), wat aansluit bij de gedachte dat een succesvolle terugkeer naar de maatschappij niet eenvoudig is, en er daarom een dringende behoefte is aan effectieve manieren om gevangenen voor te bereiden op en te ondersteunen bij een prosociale levensstijl bij het verlaten van de penitentiaire inrichting en de terugkeer in de maatschappij (Burraston & Eddy, 2017).

Een ouderinterventie die aangeboden wordt in deze periode rondom ontslag uit detentie is Betere Start (Menting & Orobio de Castro, 2021). Betere Start is een uitwerking van de bewezen effectieve oudertraining Incredible Years (Matthys, 2019; Menting et al., 2013; Webster-Stratton, 2001), een geprotocolleerde training op basis van video modeling. Betere Start bestaat uit een groepsgedeelte en een individueel gedeelte. Betere Start is bedoeld voor (ex-)gedetineerde moeders en hun kinderen, gedurende de overgang van detentie naar een thuisomgeving waarin zij weer de zorg voor hun jonge kinderen (2-10 jaar) gaan dragen. De interventie is gericht op het voorkomen van recidive/delictgedrag door (ex-)gedetineerde moeders en op het voorkomen van latere gedragsproblemen (waaronder criminaliteit), maar ook problemen in de verdere ontwikkeling bij hun

kinderen, door de criminogene en beschermende factoren die hieraan bij moeder en kind ten grondslag liggen te beïnvloeden (Menting & Orobio de Castro, 2021).

De haalbaarheid en effectiviteit van Betere Start werden vanaf 2007 binnen een randomized controlled trial (RCT) onderzocht en beschreven in een eindrapport (Menting et al., 2012) en wetenschappelijke publicaties (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014; Menting et al., 2015). In het gerandomiseerde effectonderzoek bleek Betere Start direct na interventie effect te hebben op de opvoedvaardigheden van moeders en op het gedrag van hun kinderen (Menting et al., 2012; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014). *Intention-to-treat* resultaten bij acht maanden follow-up (Alsem et al., 2021) lieten vervolgens zien dat Betere Start blijvende effecten (tot op dat moment acht maanden na interventie) heeft op inconsistente discipline door moeders, maar dat het moeilijker lijkt om de effecten op het kindgedrag te behouden.

Betere Start wordt momenteel structureel landelijk uitgevoerd via de penitentiaire inrichtingen voor vrouwen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Ministerie van Justitie en Veiligheid. Screening, werving, interventie, kwaliteitsmonitoring en effectonderzoek worden uitgevoerd volgens de gedetailleerde protocollen in de programma-, opleidings-, managements- en evaluatiehandleiding (Orobio de Castro et al., 2013d, 2013c, 2013b, 2013a), onder supervisie van de Universiteit Utrecht en supervisor vanuit Incredible Years. Resultaten van onderzoek na implementatie (Menting & Orobio de Castro, 2022) laten zien dat het mogelijk is om Betere Start in de dagelijkse praktijk uit te voeren. Op basis van de beschrijving en onderbouwing van de interventie heeft de deelcommissie Justitiële Interventies van de onafhankelijke Erkenningscommissie Interventies Betere Start zowel in 2016 als in 2021 beoordeeld als “effectief volgens goede aanwijzingen” (www.nji.nl/interventies). De interventie behoort daarmee tot de justitiële interventies met de sterkste erkenning in Nederland.

Gezien de positieve resultaten van Betere Start direct na interventie is het interessant om te onderzoeken of ook op de lange termijn positieve effecten zichtbaar blijven, en of deze zich op termijn zelfs vertalen in het voorkomen van recidive door moeders en het voorkomen van overdracht van crimineel gedrag van moeders op hun kinderen. Om deze vraag over lange termijn effecten te kunnen beantwoorden is prospectief longitudinaal effectonderzoek met een zeer lange follow-up nodig bij een kwetsbare en veelal moeilijk langdurig te volgen doelgroep. Dergelijk onderzoek is in Nederland nog nooit, en internationaal zelden uitgevoerd.

Het doel van de huidige lange termijn follow-up was de effecten van de preventieve interventie Betere Start vast te stellen tot maximaal 10 jaar na interventie (na daadwerkelijk de interventie Betere Start ontvangen te hebben of bij deelname in een controlegroep). Voor de oorspronkelijk 2- tot 10-jarige kinderen betekent dit dus dat wij hen tot in de adolescentie of jong-volwassenheid probeerden te volgen. Specifieke interesse ging uit naar criminele gedragspatronen van moeders en kinderen. Daarnaast waren we geïnteresseerd in de effecten op lange termijn op de primaire uitkomstmaten van oudertraining (opvoeding en kindgedrag) en in de mate van probleemgedrag in brede zin op de langere termijn.

De onderzoeksgroep binnen de lange termijn follow-up bestond uit de (ex-)gedetineerde moeders en kinderen die deelnamen aan de oorspronkelijke RCT (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) én de (ex-)gedetineerde moeders en kinderen die na deze oorspronkelijke onderzoeksgroepen aan de interventie hebben deelgenomen, en hierbij uiterlijk in september 2014 zijn ingestroomd. De maximale steekproef in de lange termijn follow-up bestond hiermee uit 224 moeders, waarvan 145 interventiemoeders (64,7%). De tijd tussen het einde van de interventie en het laatst aanwezige meetmoment varieert echter sterk door verschillen in

instroommomenten, einde van de observatieperiode en volledigheid van metingen. Het aantal moeders en kinderen dat meegenomen kon worden in deze rapportage verschilt hierdoor per hoofdstuk.

Resultaten

Om de recidive bij moeders inzichtelijk te maken werden officiële gegevens verkregen via de Justitiële Informatiedienst. **Na deelnemers gemiddeld tot 9,17 jaar na interventie gevolgd te hebben, bleken moeders die de interventie Betere Start gevolgd hebben minder recidive te laten zien dan moeders die de interventie niet gevolgd hebben.** Survivalanalyses lieten voor moeders die Betere Start gevolgd hebben een kleinere kans op recidive zien, maar (net) geen significant lagere kans op het ontvangen van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. De totale hoeveelheid misdrijven bleek bovendien zowel op 5 jaar na interventie als op 10 jaar na interventie lager in de interventiegroep dan in de groep die geen interventie had ontvangen. **In de gehele steekproef was het aantal misdrijven in de interventiegroep hierbij bijna de helft minder dan het aantal misdrijven in de controlegroep.** In de kleinere RCT-steekproef wezen ratio's en gemiddelden in dezelfde richting, maar konden geen verschillen worden aangetoond, wat te maken kan hebben met de geringere statische power in die analyses. Het is daarom waarschijnlijk dat Betere Start een effect heeft op recidive en de hoeveelheid recidive, waarbij een effect op onvoorwaardelijke vrijheidsstraf niet kon worden aangetoond.

Er bleek bovendien een gunstig effect van Betere Start te zijn op het delinquente gedrag van de kinderen van deelnemende moeders. Uit moederrapportage blijkt dat jongeren waarvan de moeders deelgenomen hebben aan Betere Start minder delinquent gedrag laten zien dan jongeren waarvan de moeder niet heeft deelgenomen aan de interventie. Er werd geen verschil tussen deze condities gevonden wat het middelengebruik betreft. Wel nam het gemiddelde middelengebruik – logischerwijs – toe met de leeftijd van de jongeren.

Er werd eveneens een langetermijneffect van Betere Start gevonden op het aantal probleemgedragingen bij de kinderen, zoals gerapporteerd door hun moeders. Het aantal probleemgedragingen nam in de interventiegroep (na een aanvankelijk hogere aanvangsscore) af over tijd, terwijl het aantal probleemgedragingen relatief stabiel bleef in de groep die geen interventie ontving. **Op de intensiteit van gedragsproblemen van kinderen en op opvoedingsgedrag van moeders werden geen langetermijneffecten van de interventie gevonden.** Moeders die de interventie gevolgd hadden verschilden tot 10 jaar na interventie niet van moeders die de interventie niet gevolgd hadden in de mate van verandering in positieve betrokkenheid, negatieve/ineffectieve discipline en gebrekkige monitoring. De kinderen van interventiemoeders verschilden bovendien tot 10 jaar na interventie niet van de kinderen van moeders die de interventie niet gevolgd hadden in de mate van verandering in de intensiteit van gedragsproblemen. Eerder gevonden interventie-effecten op opvoeding en gedrag (Alsem et al., 2021; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) lijken dus deels niet over zo'n lange periode vastgehouden te worden. Alleen voor het aantal probleemgedragingen waren de bevindingen in de huidige lange termijn follow-up in lijn met de effecten direct na interventie (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014).

Voor 168 kinderen uit de onderzoeksgroep werden door hun moeder ook eenmaal of meerdere malen een vragenlijst over het probleemgedrag in brede zin ingevuld. Volgens hun moeders vertoonden deze kinderen van (ex-)gedetineerde moeders (die al dan niet hebben deelgenomen aan Betere Start) op de langere termijn niet meer internaliserend probleemgedrag, externaliserend probleemgedrag of probleemgedrag in brede zin dan kinderen uit de normgroep. Op het oog lijken de gemiddelde scores bovendien niet zozeer op te lopen, zoals je bij een

risicopopulatie misschien zou kunnen verwachten. Met name als het gaat om externaliserend probleemgedrag en probleemgedrag in brede zin lijkt er eerder bij relatief weinig dan bij relatief veel kinderen sprake van aanzienlijke problemen (klinische score). Het is echter niet uit te sluiten dat er sprake is van selectieve uitval, die deze resultaten kan vertekenen. Daarnaast kan natuurlijk de gunstige invloed van de interventie – die het merendeel van de moeders ontvangen heeft – een rol hebben gespeeld in met name het uitblijven van een stijging in externaliserend probleemgedrag.

Conclusie

Betere Start blijkt recidive door ex-gedetineerde moeders tot 10 jaar na interventie te verminderen, en effect te hebben op het aantal probleemgedragingen en delinquentie bij hun opgroeiende kinderen. Na effecten van Betere Start direct na interventie (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) – ook na verdere implementatie in de praktijk (Menting & Orobio de Castro, 2022) – en bij acht maanden follow-up (Alsem et al., 2021) te hebben gevonden, toont het huidige onderzoek met een sterk prospectief quasi-experimenteel design ook effecten op recidive bij moeders, op delinquentie bij hun kinderen (vanaf 11 jaar) en op het aantal probleemgedragingen dat hun kinderen vertonen, maar geen langetermijneffecten ten aanzien van opvoedgedrag, intensiteit van gedragsproblemen en middelgebruik (vanaf 11 jaar). Voor de gehele steekproef gold dat de (ex-)gedetineerde moeders op de langere termijn over hun kinderen niet meer internaliserend probleemgedrag, externaliserend probleemgedrag of probleemgedrag in brede zin rapporteerden dan men op basis van normeringsgegevens zou verwachten. De huidige studie draagt op unieke wijze bij aan de relatief schaarse literatuur op het gebied van kinderen van gedetineerde ouders en lange termijn interventiestudies. **De gevonden effecten op recidive bij moeders en delinquentie bij adolescenten, wijzen erop dat Betere Start, in lijn met het interventiedoel, inderdaad bijdraagt aan het doorbreken van de vicieuze cirkel van intergenerationele overdracht van delinquentie.**

Inhoud

1. Inleiding 10
2. Betere Start 13
Doelgroep en werving 13
Interventie 14
Eerder onderzoek en erkenning 15
3. Onderzoeksopzet 18
Onderzoeksgroepen 18
Procedure 20
Instrumenten 22
Probleemgedrag kinderen 22
Opvoedgedrag moeders 24
Recidive moeders 25
Delinquentie en middelengebruik adolescenten 26
Data-analyse 27
4. Resultaten ernst van probleemgedrag bij de kinderen 29
Internaliserend probleemgedrag 30
Externaliserend probleemgedrag 31
Totale problemen 32
Conclusie 32
5. Resultaten langetermijneffecten van Betere Start op opvoeding en kindgedrag 33
Beschrijvende gegevens 35
Effecten van Betere Start op opvoeding 37
Effecten van Betere Start op kindgedrag 39
Conclusie 41
6. Resultaten recidive bij moeders 43
Beschrijvende gegevens 45
Effecten van Betere Start op algemene recidive 46
Groepsverschillen in omvang van recidive 48
Effecten van Betere Start op onvoorwaardelijke vrijheidsstraf 48
Conclusie 49
7. Resultaten delinquentie en middelengebruik door adolescenten 50
Beschrijvende gegevens 51
Effecten van Betere Start op delinquentie en middelgebruik bij adolescenten 54
Conclusie 55

8. Conclusies 57
Sterke punten en beperkingen 61
Implicaties 64
Literatuur 66

1. Inleiding

Kinderen met een gedetineerde ouder lopen een verhoogd risico om ook zelf antisociale gedragsproblemen te gaan vertonen, waaronder gedragsstoornissen en het plegen van delicten (Lipsey & Derzon, 1998; Murray, Farrington, et al., 2012). De maatschappelijk kosten van deze ontwikkeling over de levensloop worden *per kind* geschat op een halve ton, maar kunnen oplopen tot wel twee ton, afhankelijk van de ernst en persistentie van deze problemen (Romeo et al., 2006). Daarbij lijkt de overdracht van crimineel gedrag sterker te zijn van moeder op kind (Odds Ratio = 2,58) dan van vader op kind (Odds Ratio = 2,19), met de sterkste overdracht van moeder op dochter (Odds Ratio = 3,15), wat mogelijk verklaard kan worden door het feit dat moeders vaker de primaire verzorger van kinderen zijn of dat crimineel gedrag bij moeders als meer deviant beschouwd kan worden (Besemer et al., 2017). Het verhoogde risico van deze kinderen wordt bovendien ook deels verklaard door de vele risico's op verschillende domeinen die deze kinderen – samenhangend met, maar ook los van de detentie – toch al lopen. In veel van deze gezinnen is er immers sprake van een accumulatie van risicofactoren, zoals financiële moeilijkheden, depressieve symptomen bij moeders en opvoedingsstress (Dallaire, 2007; Loper & Tuerk, 2006; Menting et al., 2017). Het is deze opeenstapeling van risicofactoren, in plaats van een enkele specifieke factor, die een ongunstige ontwikkeling voor deze kinderen voorspelt (Sameroff et al., 1993). Detentie van de moeder kan daarom vooral gezien worden als een bruikbaar hulpmiddel om de meest kwetsbare kinderen te identificeren en door interventie een problematische ontwikkeling bij hen te voorkomen (Junger et al., 2013).

Opvoeding zou daarbij een belangrijke rol kunnen spelen. Van opvoeding is namelijk bekend dat het een mediërende factor is tussen allerlei risicofactoren in deze populatie (zoals ouderlijke delinquentie, een lage sociaaleconomische status (SES) en depressiviteit bij de moeder) en probleemgedrag bij de kinderen (Dodge et al., 2006; Elgar et al., 2007; Rhule et al., 2004). Verschillende studies tonen daarbij een relatie aan tussen opvoedgedrag en latere gedragsproblemen en delinquentie (Gryczkowski et al., 2009; Hoeve et al., 2009; Moffitt, 2005). Opvoeding lijkt dus een sleutelrol te spelen, maar zou tegelijkertijd wel eens extra *moeilijk* kunnen zijn voor moeders die terugkeren uit detentie: De (opvoedings)relatie dient na detentie weer hersteld te worden en het gedrag van de kinderen zou wel eens ander opvoedgedrag kunnen oproepen of vragen dan voor detentie het geval was. Ook de eerdere genoemde accumulatie van risicofactoren maakt het opvoeden niet eenvoudig: Juist in een situatie waarin risicofactoren opstapelen en kansen beperkt zijn, lijkt er weinig ruimte voor fouten (Hannon, 2003). In lijn hiermee wordt voor (ex-)gedetineerde moeders aangenomen dat hun opvoedgedrag niet optimaal zou zijn (Allen et al., 2010). Hoewel er slechts weinig bekend is over hun daadwerkelijke opvoedgedrag, laat een studie waarin (ex-)gedetineerde moeders vergeleken werden met andere moeders met een lage SES zien dat er inderdaad verschillen lijken te zijn: (Ex-)gedetineerde moeders rapporteerden minder betrokkenheid en minder goede monitoring dan moeders uit "Vogelaarwijken" die nog nooit in detentie hadden verbleven (Menting et al., 2017).

Opvoeding zou dan ook om meerdere redenen een belangrijk aangrijpingspunt kunnen zijn om de intergenerationele overdracht van delinquentie te stoppen. Ten eerste lijkt het essentieel om vroeg in te grijpen: Trajecten van antisociaal probleemgedrag lijken veelal in de vroege kindertijd te starten (Broidy et al., 2003; Shaw et al., 2005) en het lijkt moeilijker om ze te stoppen als het antisociale gedrag al volledig ontwikkeld is (Goldstein et al., 2012). Ten tweede wordt ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden ook als eerste stap bij jonge kinderen met

(ernstige) gedragsproblemen aangeraden (de Lange et al., 2019), omdat dit type interventie het meest bewezen effectief is (Comer et al., 2013; Kaminski & Claussen, 2017; McCart et al., 2006). Incredible Years (Matthys, 2019; Webster-Stratton, 2001) is een voorbeeld van zo'n ouderinterventie, en geldt in Nederland als één van de interventies met de sterkste bewijskracht (zie https://www.nji.nl/interventies). Het programma is zowel preventief als als behandeling in te zetten, en de positieve effecten op de korte termijn werden aangetoond in meta-analyses (Gardner et al., 2019; Menting et al., 2013), ook ten aanzien van selectieve preventie. Dit laatste geeft aan dat dit programma ook uitermate geschikt lijkt als preventieve interventie binnen een hoog-risicogroep, om te voorkomen dat deze kinderen ernstige gedragsproblemen zullen ontwikkelen (Menting et al., 2013). Dat daarmee ook latere delinquentie aangepakt wordt, is aannemelijk omdat gedragsproblemen in de vroege jeugd een belangrijke risicofactor vormen voor delinquentie in de volwassenheid (Eme, 2020; Fergusson et al., 2005) door relatieve stabiliteit in gedragsproblemen en complexe processen waarin de gedragsproblemen bijdragen aan omstandigheden die op hun beurt het risico op latere negatieve uitkomsten vergroten (Fergusson et al., 2005). Gedragsproblemen bij kinderen worden daarom ook wel als voorlopers van jeugddelinquentie en volwassen criminaliteit gezien (Mash & Wolfe, 2019). Al met al is men het erover eens dat de preventie van ernstig antisociaal gedrag op zijn minst tijdens de vroege kindertijd zou moeten plaatsvinden, door niet alleen kinderen met een hoog risico te identificeren, maar hen ook een effectieve interventie aan te bieden (Eme, 2020).

Het aanbieden van een bewezen effectieve ouderinterventie in de hoog-risicogroep van (ex-)gedetineerde moeders en hun kinderen lijkt dan ook een logische stap. In lijn met deze gedachte vond er internationaal binnen het gevangeniswezen een groei aan programma's gericht op ouders in detentie plaats (J. M. Eddy et al., 2013). Echter, door methodologisch zwakke punten is er veelal niets over de effectiviteit van dergelijke programma's te zeggen en ook meer inhoudelijk gezien lijken deze programma's veelal niet voort te bouwen op elementen van interventies waarvan we weten dat ze effectief zijn in het aanpakken van antisociaal gedrag bij kinderen (J. M. Eddy et al., 2013). Er zijn dan ook slechts weinig studies waarin een bewezen effectieve ouderinterventie bij (ex-)gedetineerde moeders of ouders werd ingezet en effecten op gedrag werden onderzocht. Een meta-analyse over 13 studies liet zien dat in interventiegroepen van ouderinterventies voor gedetineerde ouders gematigd positievere resultaten werden gevonden dan in controlegroepen, als het gaat om *kennis* over opvoeding en opvoedvaardigheden direct na interventie (Armstrong et al., 2018). Een overzichtsstudie (Troy et al., 2018) voegt hieraan toe dat hoewel attitudes ten aanzien van opvoeding lijken te verbeteren na het volgen van een dergelijk programma, de kennis over het feitelijke effect op opvoeding en gedragsproblemen bij kinderen zeer beperkt is.

Als we al zo weinig weten over de daadwerkelijke effecten van ouderinterventies voor gedetineerde ouders direct na interventie, dan is het natuurlijk niet zo verwonderlijk dat er – zover wij weten – nog minder bekend is over lange termijn effecten op de ontwikkeling van gedragsproblemen en delinquentie door deze moeders en hun opgroeiende kinderen. Slechts een handvol studies heeft – enigszins – naar de effecten op wat langere termijn gekeken. Een meta-analyse over slechts twee studies liet zien dat ouderinterventies na 6 tot 12 maanden niet effectiever waren dan *treatment-as-usual* of geen interventie als het gaat om kennis over opvoeding en opvoedvaardigheden (Armstrong et al., 2018). Er wordt dan ook wel gesuggereerd dat ouderinterventies noodzakelijk maar niet voldoende zijn als interventie voor gedetineerde ouders en hun kinderen en dat zij zonder verdere ondersteuning waarschijnlijk weinig impact op de langere termijn zullen hebben (J. M. Eddy et al., 2013), maar dat de kans op succes het grootste is als zij niet alleen tijdens detentie starten, maar ook tot na de detentie voortduren (J. M. Eddy et al., 2022). De

terugkeer naar de maatschappij en succesvol meedraaien in een leven buiten de gevangenis zijn immers niet eenvoudig, en daarom is er een dringende behoefte aan effectieve manieren om gevangenen voor te bereiden op en te ondersteunen bij een prosociale levensstijl bij het verlaten van de penitentiaire inrichting en de terugkeer in de maatschappij (Burraston & Eddy, 2017).

Een ouderinterventie die aangeboden wordt in deze periode rondom ontslag uit detentie is Betere Start. Betere Start blijkt significante effecten te hebben op opvoeding van jonge kinderen door ex-gedetineerde moeders en gedragsproblemen van hun kinderen (zie ook Hoofdstuk 2). Dit zijn de belangrijkste risicofactoren voor latere ontwikkeling van criminele gedragspatronen. Het is daarom interessant om te onderzoeken of de positieve korte termijn effecten van Betere Start ook op de lange termijn zichtbaar blijven. Dit kan echter alleen door de gezinnen te blijven volgen. In de lange termijn follow-up van Betere Start zijn gezinnen daarom tot maximaal 10 jaar na interventie gevolgd; voor de oorspronkelijk 2- tot 10-jarige kinderen betekent dit dus tot in de adolescentie of jong-volwassenheid.

Het doel van de huidige studie is de lange termijn effecten van de preventieve interventie Betere Start vast te stellen, naast een algemeen beeld van probleemgedrag in deze populatie. Specifieke interesse binnen de lange termijn follow-up gaat naast de standaard uitkomstmaten van oudertraining uit naar criminele gedragspatronen van moeders (recidive) en kinderen (delinquentie). Een recidivemeting wordt immers ook wel als het sluitstuk van een evaluatieketen beschouwd: een reeks van activiteiten waarin op systematische wijze informatie over de interventie wordt verwerkt, en die gestart wordt met de theoretische onderbouwing van de werkzaamheid en beschrijving van de uitvoering en – als deze voldoende slagen – uitmondt in een productevaluatie met recidive als één van de uiteindelijke uitkomsten op de langere termijn en in breder verband (Wartna, 2009). Recidivereductie wordt daarbij ook wel gezien als de uiteindelijke toets van de programmatheorie: Als de programmatheorie klopt, zouden vorderingen van deelnemers op den duur immers moeten resulteren in een vermindering van recidive (Wartna, 2009).

In deze rapportage wordt allereerst in twee hoofdstukken ingegaan op methodische aspecten: De interventie Betere Start en eerder onderzoek naar deze interventie worden beschreven in Hoofdstuk 2, terwijl de onderzoeksopzet voor de lange termijn follow-up in Hoofdstuk 3 wordt beschreven. In de vier hoofstukken daarna (Hoofdstuk 4 tot en met 7) worden de resultaten beschreven. Hoofdstuk 4 bevat een beschrijving van het probleemgedrag zoals dat op de langere termijn over deze kinderen gerapporteerd werd door hun moeders. In Hoofdstuk 5 wordt vervolgens ingegaan op de langetermijneffecten op de primaire uitkomstmaten van oudertraining: opvoeding en kindgedrag. Voor deze specifieke doelgroep zijn we echter ook geïnteresseerd in uitkomsten op het gebied van criminele gedragspatronen. In Hoofdstuk 6 wordt daarom de recidive bij moeders onderzocht, terwijl er in Hoofdstuk 7 in wordt ingegaan op de delinquentie en middelengebruik bij hun kinderen. In Hoofdstuk 8 volgen ten slotte de conclusies.

2. Betere Start

Betere Start is een ouderinterventie voor (ex-)gedetineerde moeders. Het is een uitwerking van de bewezen effectieve oudertraining Incredible Years (Matthys, 2019; Menting et al., 2013; Webster-Stratton, 2001), een geprotocolleerde training op basis van video modeling. Ontwikkeling en onderzoek naar Betere Start zijn uitgevoerd door de afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Utrecht, met financiële en organisatorische steun van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Betere Start is bedoeld voor (ex-)gedetineerde moeders en hun kinderen, gedurende de overgang van detentie naar een thuisomgeving waarin zij weer de zorg voor hun jonge kinderen (2-10 jaar) gaan dragen. De interventie is gericht op het voorkomen van recidive/delictgedrag door (ex-)gedetineerde moeders en op het voorkomen van latere gedragsproblemen (waaronder criminaliteit) en problemen in de verdere ontwikkeling bij hun kinderen, zoals sociale problemen, schoolproblemen en deviante sociale cognities, door de criminogene en beschermende factoren die hieraan bij moeder en kind ten grondslag liggen te beïnvloeden (Menting & Orobio de Castro, 2021). De haalbaarheid en effectiviteit van de interventie werden vanaf 2007 binnen een randomized controlled trial (RCT) onderzocht en beschreven in een eindrapport (Menting et al., 2012) en wetenschappelijke publicaties (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014; Menting et al., 2015). Betere Start wordt momenteel structureel landelijk uitgevoerd via de penitentiaire inrichtingen voor vrouwen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Ministerie van Justitie en Veiligheid. Screening, werving, interventie, kwaliteitsmonitoring en effectonderzoek worden uitgevoerd volgens de gedetailleerde protocollen in de programma-, opleidings-, managements- en evaluatiehandleiding (Orobio de Castro et al., 2013d, 2013c, 2013b, 2013a), onder supervisie van de Universiteit Utrecht en supervisor vanuit Incredible Years.

Doelgroep en werving

Betere Start probeert zowel via de kinderen de moeders te bereiken als andersom. De intermediaire doelgroep voor de doelen voor moeders bestaat uit de kinderen van 2 tot 10 jaar van (ex-)gedetineerde moeders. Door aan ouder-kindproblemen (zoals opvoeding en probleemgedrag bij de kinderen) te werken wordt indirect ook getracht om factoren bij de moeders zelf (zoals depressiviteit en beperkende cognities) te beïnvloeden. De interventie wordt als selectieve preventie gericht op de kinderen ingezet. Dat betekent dat deze kinderen *als groep* als een risicogroep voor gedragsproblemen en latere delinquentie gezien worden en daarom interventie wenselijk lijkt, maar het betekent ook dat er bij instroom nog geen sprake hoeft te zijn van gedragsproblemen. Voor de doelen voor de kinderen gelden hun moeders als intermediaire doelgroep, omdat er bij hen aan de opvoeding gewerkt wordt.

Om de gezinnen in beeld te krijgen wordt gebruik gemaakt van een maandelijkse screening binnen alle penitentiaire inrichtingen voor vrouwen. Hierin wordt nagegaan of een vrouw moeder is, of zij ten minste één kind heeft dat tussen de 2 en de 10 jaar oud is en of zij na detentie ook zorg voor dat kind zal gaan dragen. Moeders die in aanmerking lijken te komen, worden individueel benaderd voor (vrijwillige) deelname en intake door een trainer. Deze werving van potentiële deelneemsters aan Betere Start vergt bijzondere zorgvuldigheid. De ervaring leert namelijk dat veel moeders in detentie wantrouwend staan tegenover instanties en bang zijn de zeggenschap over hun kinderen te verliezen wanneer ze instanties toelaten tot hun gezin. Daarom staan openheid en betrouwbaarheid van de trainer centraal in de wervingsprocedure. Moeders kunnen deelnemen als

zij bij de start van de training nog maximaal vier maanden in detentie verblijven of als de einddatum van hun straf maximaal zes maanden is verstreken. Zij dienen bovendien voldoende contactmomenten met hun kind te hebben om de geleerde vaardigheden te kunnen oefenen en toepassen. Tijdens de groepstraining dient er daarom al sprake te zijn van minimaal twee weekenden per maand (of een soortgelijke hoeveelheid) contact, terwijl enkel moeders worden geïncludeerd die na detentie ook weer voor hun kinderen zullen zorgen (Menting & Orobio de Castro, 2021).

Interventie

De interventie Betere Start bestaat uit een groepsgedeelte en een individueel gedeelte. Het groepsgedeelte is gebaseerd op de Incredible Years oudertraining (Matthys, 2019) en bestaat uit 14 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur en een kwartier, die worden aangeboden in vaste groepen van vijf tot zeventien deelneemsters en zowel tijdens als na detentie gevolgd kunnen worden. De groepstraining is gericht op het verwerven van vaardigheden, het uitdagen van verstoorde cognities en het opdoen van succeservaringen. Basis van elke sessie vormen videofragmenten van opvoedingssituaties die worden gebruikt voor gesprekken tussen deelneemsters, gezamenlijke probleemoplossing en rollenspelen. Moeders leren hoe zij zelf positieve invloed hebben op hun kind, middels op het kind gerichte speelvaardigheden, minder harde en inconsequente discipline en meer positieve en consistente strategieën. Een belangrijke strategie voor de trainer is het scheppen van een groepssfeer waarin de moeders ervaren dat zij zelf problemen oplossen en zich daarin door elkaar gesteund en gestimuleerd voelen. Hiertoe worden de moeders uitgedaagd zelf na te denken en met elkaar mee te denken. Dit betekent dat de trainers geen pasklare antwoorden geven. Hierdoor leren moeders om in de toekomst niet hulpverleningsafhankelijk te zijn, maar zich in staat te voelen zelf problemen op te lossen. Eveneens essentieel is de afwisseling in de aandacht voor gevoelens en inzichten. Tot de gebruikte technieken behoren: brainstormen, oefening in tweetallen, bekijken en bespreken van videofragmenten waarbij de inbreng van moeders genoteerd wordt op een flip-over, rollenspellen, vaardigheidsoefeningen tijdens de sessie en thuis, bespreken van de oefeningen van thuis, wekelijkse evaluatie van de bijeenkomst en wekelijks bellen van moeders door de trainer (Menting & Orobio de Castro, 2021).

Vergeleken met reguliere Incredible Years wordt er binnen Betere Start meer aandacht besteed aan aanvullende problematiek (re-integratie) en generalisatie van cognities naar andere domeinen (werk, partner), en zijn de sessies een kwartier verlengd. Vanwege de problematiek in deze doelgroep, wordt er indien nodig bijvoorbeeld door trainers tussentijds met moeders gebeld over aanvullende problematiek en worden er ook samenvattingen van het cursusboek in eenvoudiger taalgebruik verstrekt aan deelneemsters. Om de aanwezigheid/participatie van moeders extra te stimuleren/motiveren en het geven van beloningen te demonstreren, wordt er gebruik gemaakt van smileys en rittenkaarten, waarmee moeders een klein cadeautje kunnen verdienen. Vanwege de doelgroep zijn er ook enkele praktische aanpassingen gedaan. Bellen met een buddy is niet voor iedere moeder mogelijk, en daarom wordt er per deelneemster naar een oplossing gezocht. Vanwege de privacy van de deelneemsters staat de camera enkel op de trainers gericht bij het maken van video-opnames ten behoeve van de behandelintegriteit (Menting & Orobio de Castro, 2021).

Nadat de groepssessies zijn afgerond en de moeder is teruggekeerd naar de gezinssituatie starten maandelijkse individuele huisbezoeken. Elk gezin wordt vier keer gedurende 1,5 uur thuis bezocht door hun vaste trainer om transfer naar de thuissituatie te bevorderen, om praktische

problemen thuis te helpen aanpakken en lokaal verdere nazorg te organiseren. Tijdens de huisbezoeken wordt een sfeer geschapen waarin de deelneemster ervaart dat zij zelf haar problemen oplost. De trainer stelt zich, net als tijdens de groepssessies, niet als expert op, maar daagt de deelneemster uit zelf na te denken hoe zij haar problemen kan oplossen. De trainer refereert daarbij steeds aan de succeservaringen met opvoeding. Tijdens de huisbezoeken wordt zowel vraaggestuurd als met een vast programma gewerkt. Aan het begin van het huisbezoek wordt standaard gevraagd waar de deelneemster tegenaan loopt. Er wordt altijd aandacht besteed aan basisbehoeften, psychisch welbevinden van de deelneemster en hulpverlening, waarbij de tijdsbesteding en precieze inhoud per onderwerp afhangt van de vragen van de deelneemster. Naast de onderwerpen die vraaggericht worden behandeld, kent ieder huisbezoek een thema met een vast programma. Deze thema's zijn: (1) Opvoedingsvaardigheden thuis, (2) Communiceren, (3) Probleem oplossen met volwassenen en (4) Nazorg. De huisbezoeken vinden minimaal één keer plaats in aanwezigheid van het kind/de kinderen en eventueel ook samen met de partner of andere familieleden (bijvoorbeeld oma). Dit laatste beslissen de deelneemster en partner/familieleden onderling. Het voordeel van deze aanpak is dat de opvoeders elkaar kunnen ondersteunen en de kans toeneemt dat zij op één lijn zitten (Menting & Orobio de Castro, 2021; Orobio de Castro et al., 2013d).

Eerder onderzoek en erkenning

Betere Start heeft een voortdurende kwaliteitsmonitoring, die onder andere bestaat uit onderzoek naar de uitvoering en effecten van de interventie. Hieronder volgen enkele bevindingen die daaruit voortvloeien. Gezien de nadruk op de groepen uit het gerandomiseerde effectonderzoek in de lange termijn follow-up (zie Onderzoeksgroepen in Hoofdstuk 3) zijn met name de bevindingen uit dat onderzoek relevant voor het huidige onderzoek. Echter, omdat ook interventiemoeders uit latere interventiegroepen deel uitmaken van de onderzoeksgroep en de haalbaarheid van getrouwe uitvoering (Greeven & van Sambeek, 2018; Sekreve et al., 2020; Waller & Turner, 2016) en evenaring van effecten (Weiss et al., 2009) in de dagelijkse praktijk nog wel eens in twijfel worden getrokken, lijkt enig inzicht in latere bevindingen ook helpend.

In de periode 2007 tot en met 2011 vond een gerandomiseerd effectonderzoek plaats waarin eveneens aandacht was voor de uitvoering van de interventie. Landelijke screening leidde tot 183 moeders die mogelijk in aanmerking zouden komen voor Betere Start. Van deze 183 mogelijk in aanmerking komende moeders voldeden 129 moeders aan de criteria, waarvan 113 moeders (87,6%) na zorgvuldige wervingsgesprekken besloten deel te nemen. Binnen het onderzoek werden op basis van loting 86 moeders uitgenodigd voor de interventie, waarvan 55 moeders (64,0%) ook daadwerkelijk aan de interventie hebben deelgenomen. De integriteit van de uitvoering werd na elke sessie gemeten door middel van een checklist van activiteiten: Gemiddeld werd 98,1% (84,2-100,0%) van de activiteiten verricht (Menting et al., 2012; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014).

Moeders gaven aan dat het verwachte nut voor de eigen kinderen de belangrijkste motivatie was om aan de interventie te gaan deelnemen (M = 4,51 op een vijfpuntsschaal), terwijl de belangrijkste motivatie om te blijven deelnemen was dat ze veel geleerd hadden tijdens de training (M = 4,62). Ook hulp bij andere zaken dan opvoeding leek een belangrijke component voor de deelneemsters (M = 3,74 voor deelname; M = 3,93 voor blijvende deelname), evenals onderzoeksgerelateerde redenen: zorgen dat andere moeders dit ook krijgen (M = 4,43 voor deelname; M = 4,54 voor blijvende deelname) en bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek (M =

4,03 voor deelname; *M* = 4,19 voor blijvende deelname). Zowel de meer intrinsieke redenen om deel te gaan nemen (leren over opvoeding, goed voor kinderen, andere moeders ontmoeten) als extra's (vergoeding voor vragenlijsten, weekendverlof) waren gerelateerd aan het aantal sessies dat moeders bezochten. Ook was "veel geleerd hebben" als reden om te blijven deelnemen positief gerelateerd aan het aantal ontvangen sessies. Geen van de redenen bleek echter gerelateerd te zijn aan het aantal metingen dat verricht werd (Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2014).

De tevredenheid van de deelnemers met de interventie was zeer hoog, met een algemene score van 6,04 op een schaal van 1 tot 7. De tevredenheid met de trainers was eveneens zeer hoog, met een gemiddelde van 6,68 uit 7. Ook de tevredenheid met de andere deelneemsters in de groep was hoog, met gemiddelden rond de 4,5 op een maximaal mogelijke score van 5 voor steun en interesse. In het onderzoek kwam eveneens naar voren dat de setting waarin Betere Start wordt aangeboden waarschijnlijk van invloed is op de mate waarin de beoogde doelgroep kan worden bereikt. Deelneemsters kregen de namen van een aantal instanties voorgelegd en konden aangeven of zij bij benadering door die instantie zeker niet, waarschijnlijk niet, waarschijnlijk wel, of zeker wel deel zouden nemen. De resultaten lieten zien dat het percentage moeders dat aangaf zeker niet deel te nemen verschilde tussen instanties: 9% bij aanbieding door school, crèche of peuterspeelzaal, 19% bij aanbieding door buurthuis, 30% bij aanbieding door Justitie en 39% bij aanbieding door Bureau Jeugdzorg (Menting et al., 2012).

In het gerandomiseerde effectonderzoek bleek Betere Start direct na interventie effect te hebben op zowel de opvoedvaardigheden van moeders als het gedrag van hun kinderen (Menting et al., 2012; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014). In de *intention-to-treat* analyses (waarin moeders die naar de interventiegroep waren gerandomiseerd, maar nooit hadden deelgenomen, toch meegeteld werden in de interventiegroep) werden significante verschillen gevonden in zelf-gerapporteerde inconsistente discipline ($p = .002$, $d = 0{,}63$) en de intensiteit van gedragsproblemen volgens moeder ($p = .04$, $d = 0{,}30$), maar was er sprake van marginaal significante verschillen ten aanzien van het aantal probleemgedragingen volgens moeder ($p = .07$, $d = 0{,}27$) en agressie volgens leerkrachten/leiding ($p = .06$, $d = 0{,}60$). In de per-protocol analyses (waarin moeders die ten minste 1 sessie hadden gevolgd vergeleken werden met moeders die naar de controlegroep gerandomiseerd waren) werden significante verschillen gevonden in zelf-gerapporteerde inconsistente discipline ($p < .001$, $d = 0{,}90$), de intensiteit van gedragsproblemen ($p = .01$, $d = 0{,}47$) en het aantal probleemgedragingen ($p = .02$, $d = 0{,}41$) volgens moeders. Daarnaast was er sprake van een marginaal significant effect op door leerkrachten gerapporteerde agressie ($p = .05$, $d = 0{,}62$). Voor de overige vier gemeten opvoedgedragingen werden geen significante effecten van de interventie gevonden, hoewel er wel een significante toename van betrokkenheid ($p = .04$) en afname van onvoldoende toezicht/supervisie ($p = .01$) werd gerapporteerd. De analyses lieten daarmee het volgende beeld voor de interventiemoeders en controlemoeders zien: De moeders uit de interventiegroep rapporteerden verminderingen in het aantal en de intensiteit van gedragsproblemen bij hun kinderen en vermindering van inconsistente discipline met betrekking tot hun eigen opvoedvaardigheden. De moeders uit de controlegroep rapporteerden juist dat het gedrag van hun kinderen ongeveer gelijk bleef, terwijl zij een toename in inconsistente discipline zagen. Op leerkrachtoordelen over het gedrag van de kinderen lijkt er sprake van een daling van agressief gedrag in de interventiegroep en een stijging in de controlegroep, hoewel dit effect mogelijk door een gebrek aan power niet kon worden aangetoond; de effectgroottes voor de leerkrachtrapportages waren hoger dan voor de moederrapportages. Deze resultaten laten zien dat Betere Start direct na interventie effectief blijkt te zijn, zowel met betrekking tot opvoedgedrag van moeders als gedragsproblemen bij het kind.

Bij acht maanden follow-up (Alsem et al., 2021) lieten *intention-to-treat* resultaten vervolgens zien dat Betere Start blijvende effecten (tot acht maanden na interventie) heeft op inconsistente discipline, maar dat het moeilijker lijkt om de effecten op het kindgedrag te behouden. Inconsistente discipline nam toe en stabiliseerde vervolgens in de controlegroep, terwijl het niet toenam in de interventiegroep. Gezien de effectgrootte (d = 0,35), en het feit dat er "op het oog" wel een effect lijkt te zijn op kindgedrag, zou het niet vinden van een effect op gedragsproblemen echter ook wel eens verklaard kunnen worden door onvoldoende deelnemers (een gebrek aan power) voor een complex statistisch model. Daarnaast werd er in deze studie een afname in opvoedstress waargenomen in de interventiegroep, die echter niet meer zichtbaar was bij follow-up. Er werden geen effecten op positief opvoeden gevonden. Deze follow-up resultaten lijken dus een interventie-effect te suggereren dat in lijn is met het preventieve karakter van Betere Start: De interventie lijkt een toename in inconsistente discipline te voorkomen.

Resultaten van onderzoek na implementatie (Menting & Orobio de Castro, 2022) laten vervolgens zien dat het mogelijk is om Betere Start in de dagelijkse praktijk uit te voeren. Middels landelijke screening lukt het om potentiële deelneemsters in beeld te blijven krijgen en moeders deel te laten nemen aan de interventie. Het leek hierbij met name moeilijk om relatief jonge en kortgestrafte moeders en moeders met relatief veel cognitieve vertekeningen en hoge betrokkenheid bij de kinderen te behouden. Hoewel niet alle activiteiten op het beoogde moment konden worden uitgevoerd, kon 87,39% (SD = 13,65) wel op enig moment worden uitgevoerd – wat aangeeft dat de interventie ook na implementatie modelgetrouw werd uitgevoerd. Ook de meeste moeders gaven aan dat de trainers de beoogde elementen tijdens de huisbezoeken aan bod hadden laten komen. Moeders gaven aan over het algemeen tevreden te zijn met het groepsgedeelte van de interventie.

In het onderzoek na implementatie (Menting & Orobio de Castro, 2022) werden bovendien veranderingen van voor- naar nameting getoetst. Voor gedragsproblemen werden er significante veranderingen gevonden voor zowel de intensiteit van problemen (p = .03, d = 0,24), als het aantal probleemgedragingen (p < .001, d = 0,49). De moeders rapporteerden bij de nameting een significant lagere frequentie van gedragsproblemen dan bij de voormeting. Ook het aantal probleemgedragingen dat door moeders gerapporteerd werd, was bij de nameting significant lager dan bij de voormeting. Voor opvoedvaardigheden werden er significante veranderingen gevonden voor betrokkenheid (p < .001, d = 0,40), positieve opvoedtechnieken, (p = .004, d = 0,31), en inconsistente discipline (p = .001, d = 0,34). De moeders rapporteerden bij de nameting meer betrokkenheid en positieve opvoedtechnieken dan bij de voormeting. Bij de nameting rapporteerden zij minder inconsistente discipline dan bij de voormeting. De andere twee schalen van de gebruikte vragenlijsten ten aanzien van opvoeding konden niet worden meegenomen vanwege een slechte interne consistentie. Ook ten aanzien van cognitieve vertekeningen bij moeder werd er een significant verschil gevonden (p = .003, d = 0,39). Moeders rapporteerden bij de nameting minder cognitieve vertekeningen dan bij de voormeting. Deze resultaten laten zien dat er ook na de RCT, bij langdurige implementatie in de dagelijkse praktijk, direct na interventie veranderingen in de verwachte richting worden waargenomen in gedragsproblemen bij kinderen, zelf-gerapporteerd opvoedgedrag van moeders en cognitieve vertekeningen bij moeders.

Op basis van de beschrijving en onderbouwing van de interventie heeft de deelcommissie Justitiële Interventies van de onafhankelijke Erkenningscommissie Interventies Betere Start zowel in 2016 als in 2021 beoordeeld als "effectief volgens goede aanwijzingen" (www.nji.nl/interventies). De interventie behoort daarmee tot de justitiële interventies met de sterkste erkenning in Nederland.

3. Onderzoeksopzet

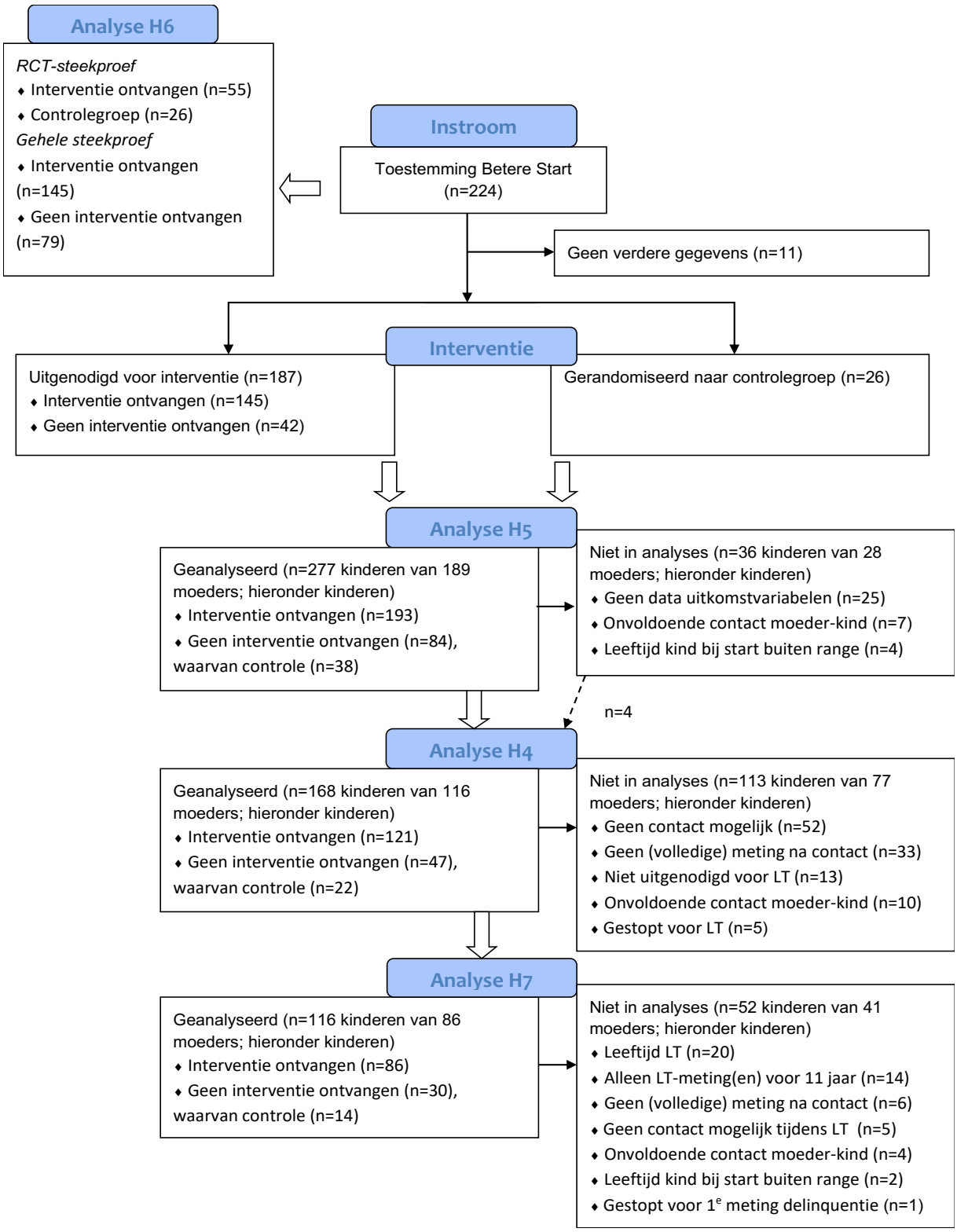
Onderzoeksgroepen

De onderzoeksgroep binnen de lange termijn follow-up bestond uit de (ex-)gedetineerde moeders en kinderen die deelnamen aan het onderzoek behorende bij de oorspronkelijke subsidieaanvraag (uit 2007; brief d.d. 3 januari 2007 met kenmerk 5454657/06/DJJ; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) én de (ex-)gedetineerde moeders en kinderen die na deze oorspronkelijke onderzoeksgroepen aan de interventie (Menting & Orobio de Castro, 2021) hebben deelgenomen, en hierbij uiterlijk in september 2014 zijn ingestroomd. Binnen de oorspronkelijke onderzoeksgroepen, werden moeders volgens een 2:1 ratio door loting toegewezen aan een interventiegroep of een controlegroep. Gedurende twee van de zes wervingsperiodes werden echter, vanwege een te kleine groepsgrootte voor groepstraining, alle deelneemsters uitgenodigd voor de interventie. Moeders die aan de interventiegroep toegewezen waren, maar niet naar de training zijn geweest (de "*opt-out* groep"), werden gevolgd met het oog op *intention-to-treat* analyses. De oorspronkelijke onderzoeksgroep kan derhalve verdeeld worden over drie groepen: een interventiegroep, een controlegroep en een *opt-out* groep. Om de statistische power te maximaliseren door de interventiegroep zo groot mogelijk te maken, werden ook gedurende een aantal jaren de gezinnen die sinds de afloop van het effectiviteitsonderzoek aan de interventie hebben deelgenomen (gezinnen uit de "nieuwe groepen") gevolgd. Voor de metingen bij moeders, kinderen en leerkrachten betrof dit gezinnen waarvan de moeder ten minste één sessie heeft bijgewoond, waarbij deze groep al reeds vanaf de subsidieverstrekking (brief 13 december 2012), vanwege de haalbaarheid, tot 40 gezinnen per jaar van de lange termijn follow-up beperkt werd. In het hoofdstuk over recidive (Hoofdstuk 6) geldt deze beperking echter niet: Hier bestond de steekproef uit alle deelnemers die uiterlijk in september 2014 zijn ingestroomd, ongeacht of zij de interventie gevolgd hebben of niet. De maximale steekproef in de lange termijn follow-up bestond hiermee uit 224 moeders, waarvan 145 interventiemoeders (64,7%), 26 controlemoeders (11,6%) en 53 moeders uit de *opt-out* groep (23,7%). In Figuur 1 is een stroomschema van de deelnemers te zien.

Door de verschillen in instroommomenten (halfjaarlijkse start van de interventie), verschillen in het einde van de observatieperiode (na 10 jaar of bij einde onderzoek) en in de volledigheid van metingen varieerde de tijd tot de laatste meting zowel tussen als (in een enkel geval) binnen deelnemers. De totale duur van de lange termijn follow-up was gebaseerd op de tijd die nodig was om de RCT-groepen te kunnen volgen: Aangezien de laatste RCT-groep in 2010 startte, werd de einddatum van de lange termijn follow-up in 2020 vastgesteld, om zo alle deelnemers aan de RCT tot 10 jaar na interventie te kunnen volgen. Bij 25 moeders kon inderdaad 10 jaar na interventie (*range* 9,51-10,63) een meting over het kind worden verricht. De tijd vanaf het einde van de interventie tot de laatst aanwezige meting over het kind varieerde voor de gehele onderzoeksgroep van 1,02 tot 10,63 jaar (M = 6,33, SD = 6,33, n = 117 moeders [met 169 kinderen]).

Figuur 1

Stroomschema deelnemers



Opmerkingen. H4 = Hoofdstuk 4 (Probleemgedrag bij de kinderen). H5 = Hoofdstuk 5 (Langetermijneffecten op opvoeding en gedrag). H6 = Hoofdstuk 6 (Recidive bij moeders). H7 = Hoofdstuk 7 (Delinquentie en middelengebruik bij adolescenten). LT = Lange termijn follow-up.

Ook de leeftijd van de kinderen varieerde sterk. De gezinnen uit de oorspronkelijke onderzoeksgroepen werden tot 10 jaar na de interventie gevolgd. Aangezien de kinderen bij start van de interventie 2 tot 10 jaar oud waren en de interventie minimaal 7 maanden duurde, waren deze kinderen aan het einde van deze follow-upperiode minimaal 12 en maximaal 21 jaar oud. Aan het einde van de lange termijn follow-up was er vanwege de spreiding in de leeftijd van de kinderen zicht op de gehele adolescentie. Hoewel de jongste kinderen op dat moment waarschijnlijk nog niet hun piek in delinquent gedrag bereikt hadden (14-17 jaar; Farrington, 1986), valt deze waarschijnlijke piek voor een groot deel van de steekproef wel binnen de follow-upperiode. Dit betekent dat de kans op het detecteren van jeugdcriminaliteit binnen deze steekproef en leeftijdsgroep relatief groot was. Voor de gezinnen die sinds de afloop van het effectiviteitsonderzoek instroomden, geldt dat de kans groter is dat de kinderen nog niet de adolescentie hadden bereikt.

Procedure

Gedurende de periode 2013 tot en met 2020 werden de gezinnen eenmaal per jaar thuis bezocht voor een meting. De instrumenten die hierbij gebruikt werden, komen zoveel mogelijk overeen met de instrumenten die tijdens eerder onderzoek werden gebruikt. Er zijn echter met betrekking tot adolescenten enkele vragenlijsten toegevoegd, die psychosociale problemen in brede zin en criminaliteit in het specifiek beogen te meten. Vanaf de leeftijd van 11 jaar vonden er twee toevoegingen plaats: 1) aan de meting bij moeder over het kind werd een vragenlijst over delinquentie bij het kind toegevoegd (MDG; zie instrumenten) en 2) naast de moeders en de leerkrachten van kinderen, werden vanaf dat moment ook de kinderen zelf als informant bevraagd.

Om de gezinnen tussentijds niet uit het oog te verliezen, werden zij ook tussentijds gebeld. Een half jaar na elke meting bij de gezinnen werd telefonisch contact met de moeders opgenomen. Aan dit telefoongesprek was geen meting verbonden. Met hetzelfde doel (gezinnen niet uit het oog verliezen) werd in de aanloop op de lange termijn follow-up (2011-2012) eveneens een poging gedaan om de gezinnen uit de RCT te bereiken voor een meting. Daar waar mogelijk zijn metingen uit deze tussentijdse meting eveneens meegenomen in de data van de lange termijn follow-up. Dat wil zeggen: Data van de ECBI, APQ en CBCL (zie instrumenten) kan voor de RCT-groepen ook vóór de formele start van de lange termijn follow-up, maar ná de follow-up uit het oorspronkelijke onderzoeksproject verzameld zijn. Het lijkt waardevol om deze data mee te nemen omdat deze data op gelijke wijze verzameld zal zijn binnen de periode (1 tot 10 jaar na interventie) die ook binnen de lange termijn follow-up beoogd werd. Concreet gaat het om data die verzameld werd bij 43 moeders met 63 kinderen in de periode van 1,43 tot 3,25 jaar (M = 2,11, SD = 0,49) na interventie.

Als er contact gelegd kon worden met moeder, werd er getracht om een afspraak met haar te maken voor een huisbezoek door een onderzoeksassistent, waarin in ieder geval de meting bij moeder plaatsvond. Moeders vulden – in interviewformat, indien nodig vanwege taalproblemen – in ieder geval enkele vragenlijsten (Family Check-Up, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index – Ouderdomein, Hoe Ik Denk en Symptom Checklist) over zichzelf in. In de eerstgenoemde lijst werd daarbij eveneens aan moeder gevraagd of zij op dat moment voldoende contact met het betreffende kind had om specifieke vragen over dat kind te kunnen beantwoorden. Afhankelijk van het antwoord van moeder op deze vraag, werden de vragenlijsten over dat kind (Eyberg Child Behavior Inventory, Child Behavior Checklist/Adult Behavior Checklist, Moederrapportage Delinquent Gedrag en Alabama

Parenting Questionnaire) al dan niet afgenomen. Bij voldoende contact met het maximale aantal deelnemende kinderen (3), zag de meting bij moeder er als volgt uit: Family Check-Up (altijd mondeling), vragenlijsten over Kind 1, overige vragenlijsten over moeder, vragenlijsten over Kind 2 en ten slotte de vragenlijsten over Kind 3. Als moeder de (resterende) vragenlijsten zelfstandig in kon vullen, bleef de onderzoeksassistent beschikbaar voor vragen. In enkele gevallen was er eveneens een Spaanstalige tolk aanwezig tijdens het huisbezoek en werden de vragenlijsten in het Spaans afgenomen.

Jongeren/jongvolwassenen vulden (vanaf 11 jaar) de vragenlijsten zo zelfstandig mogelijk in. Indien mogelijk, werden de vragenlijsten (Youth Self Report/Adult Self Report, Hoe Ik Denk en Zelfrapportage Delinquent Gedrag) tijdens het huisbezoek bij moeder in een aparte ruimte ingevuld. De onderzoeksassistent was daarbij ook beschikbaar voor hun vragen. Als dit niet mogelijk was, werden de vragenlijsten tezamen met een retourenvelop achtergelaten. Er werd contact met moeder gezocht als de vragenlijsten van het kind niet retour werden gezonden.

De vragenlijst voor de leerkracht (Caregiver-Teacher Report From/Teacher Report Form) werd na het huisbezoek bij moeder met een begeleidende brief en retourenvelop naar de groepsleerkracht, leid(st)er of mentor van het kind gestuurd. Dat het een onderzoek rond detentie van de moeder betrof werd hierbij vanzelfsprekend nooit vermeld. Er werd contact met de leerkracht gezocht op het moment dat de vragenlijst niet ingevuld retour werd gezonden.

Alle deelnemende moeders hadden reeds voor aanvang van de lange termijn follow-up ten minste één type toestemming gegeven: toestemming voor dataverzameling bij hen en hun deelnemende kinderen in het kader van het onderzoek behorende bij Betere Start. Deze toestemming hebben alle moeders bij aanvang van deelname aan het project getekend. Aan alle moeders die benaderd konden worden (en niet in het verleden reeds aangegeven hadden niet langer te willen deelnemen), werd apart toestemming gevraagd voor de lange termijn follow-up. Hierin werd ook (wederom) gevraagd naar toestemming voor het raadplegen van officiële gegevens omtrent gedrag. Aan moeders werd daarnaast middels een apart formulier toestemming gevraagd voor het benaderen van de leerkracht/leiding. De toestemming voor dataverzameling bij jongeren werd vanaf 12 jaar aan het kind zelf gevraagd; het jaar daarvoor enkel bij moeder. In het jaar dat de jongere 16 jaar werd, werd daarnaast aan de jongere zelf apart toestemming gevraagd om de officiële gegevens omtrent gedrag met betrekking tot de jongere zelf te raadplegen. Alle toestemmingsformulieren gingen gepaard met een informatiebrief en mondelinge toelichting, terwijl de onderzoekers ook bereid bleven om opkomende vragen te beantwoorden. Informatiebrieven en toestemmingsformulieren voor moeders waren ook beschikbaar in het Spaans. De toestemming was altijd vrijwillig en kon op ieder moment weer ingetrokken worden. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht (#20-590).

Voor alle moeders die hiervoor *informed consent* gaven werden maximaal driemaal tijdens de looptijd van de lange termijn follow-up justitiële gegevens uit het Justitieel Documentatiesysteem opgevraagd. Naast de toestemming van participanten, was hiervoor toestemming vanuit DJI (zie bijvoorbeeld de brief met kenmerk 585205) en het Juridisch Cluster en de *Privacy Officer* van de Justitiële Informatiedienst (zie bijvoorbeeld de brief met kenmerk 2021 03 4956). Hoewel in de onderzoeksopzet beoogd werd om ook justitiële gegevens over de kinderen op te vragen en hier ook toestemmingen voor verkregen werden, is gezien het geringe aantal toestemmingen hiervoor besloten dat het niet zinvol was om de gegevens daadwerkelijk op te vragen. In totaal gaven 25

kinderen toestemming, waarvan 9 kinderen van moeders die geen interventie ontvangen hadden. Dit zou in een te geringe power voor analyses resulteren.

Alle moeders ontvingen per meting een vergoeding in VVV Cadeaubonnen voor de tijd die het invullen van de vragenlijsten hen kostte (waarin zij immers niet konden werken). Het bedrag dat uitgekeerd werd, verschilde: Moeders ontvingen €15,- per deelnemend kind waarvoor de vragenlijsten in zijn geheel waren afgenomen (dus maximaal €45,-). Als moeder voor geen enkel kind de specifieke vragenlijsten had ingevuld (omdat er te weinig contact met haar kind(eren) was), maar wel de vragenlijsten die betrekking hadden op haarzelf had ingevuld, werd eveneens €15,- uitgekeerd. Adolescenten ontvingen, na ontvangt van de ingevulde vragenlijsten, een VVV Cadeaubon van € 5,- voor de tijd die het hen kostte om de vragenlijsten in te vullen.

Instrumenten

Hieronder staan alleen de instrumenten beschreven die opgenomen werden in deze rapportage. Deze zijn gericht op de uitkomstmaten probleemgedrag bij kinderen, opvoedgedrag van moeders, recidive bij moeders en delinquentie bij adolescenten. Andere vragenlijsten die tijdens de lange follow-up afgenomen werden met andere doelen dan deze rapportage, staan genoemd in de procedure.

Probleemgedrag kinderen

Om het probleemgedrag van kinderen te meten, werd gebruik gemaakt van twee types vragenlijsten. Enerzijds werd de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999) afgenomen als specifieke vragenlijst ten aanzien van antisociale gedragsproblemen. Anderzijds werd de Child Behavior Checklist afgenomen om het algemene probleemgedrag op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De ECBI concentreert zich meer dan de CBCL op de gedragingen waarop de interventie gericht is, waardoor aangenomen kan worden dat dit instrument gevoeliger voor verandering is dan de algemenere CBCL (Scott, 2001). Om die reden wordt in Hoofdstuk 5 (langetermijneffecten van de interventie) over de ECBI gerapporteerd, terwijl in Hoofdstuk 4 (probleemgedrag bij de kinderen) een meer algemene beschrijving aan de hand van de CBCL wordt gerapporteerd.

Eyberg Child Behavior Inventory

De ECBI is een vragenlijst die het gedrag van kinderen (2 tot 16 jaar) volgens hun ouders beoogt te meten. De ECBI bestaat uit 36 items (bijvoorbeeld: “Is brutaal tegen volwassenen) die op twee schalen gescoord worden: een intensiteitsschaal en een probleemschaal. Op de intensiteitsschaal geven ouders op een zevenpuntschaal (*nooit* tot *altijd*) aan in welke intensiteit of met welke frequentie het probleemgedrag voorkomt. Op de probleemschaal geven ouders aan of dit gedrag een probleem voor hen is: *ja* of *nee*. Deze informatie wordt uitgedrukt in een intensiteitsscore (de optelling van de mate waarin het gedrag voorkomt) en een probleemscore (de optelling van het aantal gedragingen dat als problematisch wordt gezien). De ECBI heeft goede psychometrische eigenschappen (Abrahamse et al., 2015; Boggs et al., 1990; Rich & Eyberg, 2001) en de interne consistentie bleek eveneens zeer goed te zijn tijdens de metingen van de RCT van Betere Start (Alsem et al., 2021; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014). Ook in de lange termijn follow-up van Betere Start bleek de interne consistentie uitstekend voor beide schalen. De Cronbach’s alfa voor de intensiteitsschaal was gemiddeld .90, variërend van .88 (6 jaar na

interventie) tot .92 (7 jaar na interventie). De Cronbach's alfa voor de probleemschaal was gemiddeld .91, variërend van .88 (1 jaar na interventie) tot .94 (4 jaar na interventie). Bij voormeting was de gemiddelde intensiteitsscore voor de kinderen (*M* = 103,37, *SD* = 31,06) onder het 75^{e} percentiel, maar iets hoger dan de gemiddelde score (*M* = 96,15, *SD* = 26,38) uit de normeringsgroep, bestaande uit kinderen van 4 tot 8 jaar. De probleemscore (*M* = 10,07, *SD* = 8,25) viel voor de deelnemende kinderen gemiddeld tussen het 75^{e} en 90^{e} percentiel (Weeland et al., 2018).

Child Behavior Checklist

Er werd binnen het huidige onderzoek gebruik gemaakt van drie verschillende versies van de Child Behavior Checklist om emotionele en gedragsproblemen bij de kinderen, volgens hun moeders, te meten: de Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 1½-5 jaar (CBCL/1½-5), Gedragsvragenlijst voor kinderen van 6-18 jaar (CBCL/6-18) en Gedragsvragenlijst voor Volwassenen van 18-59 jaar (ABCL). De gebruikte versie was afhankelijk van de leeftijd van het betreffende kind; logischerwijs werd daarom tot drie jaar na interventie indien nodig een CBCL/1½-5 in plaats van CBCL/6-18 afgenomen, terwijl vanaf zeven jaar na interventie indien nodig een ABCL in plaats van CBCL/6-18 werd afgenomen. De CBCL is een veelgebruikt instrument in onderzoek en heeft goede psychometrische eigenschappen (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001, 2003).

De CBCL/1½-5 (Child Behavior Checklist for Ages 1½-5; Achenbach & Rescorla, 2000) is een vragenlijst waarop ouders, andere familieleden of volwassen die een kind goed kennen vragen kunnen beantwoorden over gedrag, moeilijkheden en goede dingen van een kind. De CBCL/1½-5 heeft 99 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen een vraag over andere problemen. Ouders kunnen aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen 2 maanden past bij een kind met behulp van de volgende antwoordmogelijkheden: 0 = *helemaal niet*, 1 = *een beetje of soms*, 2 = *duidelijk of vaak*. De antwoorden op de vragen tellen op tot de empirische schalen: Emotioneel Reagerend, Angstig/Depressief, Lichamelijke Klachten, Teruggetrokken, Slaapproblemen, Aandachtsproblemen en Agressief Gedrag. De eerste vier probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag opgeteld vormen de schaal Totale Problemen.

De CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist for Ages 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001) is een vragenlijst waarop ouders, andere familieleden of volwassen die een kind goed kennen vragen kunnen beantwoorden over vaardigheden en gedrag van een kind. Ouders kunnen op 20 vragen over vaardigheden informatie geven over activiteiten, sociale contacten en schoolwerk. De CBCL/6-18 heeft 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen. Ouders kunnen aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen 6 maanden past bij een kind met behulp van de volgende antwoordmogelijkheden: 0 = *helemaal niet*, 1 = *een beetje of soms*, 2 = *duidelijk of vaak*. De antwoorden op de vragen tellen op tot schalen. De vragen over vaardigheden vormen de vaardigheidsschalen Activiteiten, Sociaal en School, en samen vormen deze de schaal Totale Vaardigheden. De vragen over gedrag vormen de acht probleemschalen Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Normafwijkend Gedrag en Agressief Gedrag. De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag opgeteld vormen de schaal Totale Problemen.

De ABCL (Adult Behavior Checklist for Ages 18-59; Achenbach & Rescorla, 2003) is een vragenlijst waarop informanten, bijvoorbeeld een ouder of een partner informatie geven over een volwassene. De ABCL omvat profielen met schalen voor vaardigheden, empirisch gebaseerde syndromen, middelengebruik, Internaliseren, Externaliseren en Totale Problemen.

In het huidige onderzoek werd gebruikgemaakt van de schalen Internaliseren, Externaliseren en Totale problemen. Een voorbeelditem van de schaal Internaliseren is “Voelt zich waardeloos of minderwaardig” (Angstig/depressief). Een voorbeelditem van de schaal Externaliseren is “Is ongehoorzaam op school” (Agressief gedrag). Een voorbeelditem van Totale problemen dat niet in de eerdergenoemde schalen voorkomt is “Klaagt over zich eenzaam voelen” (Sociale problemen).

De interne consistentie voor de schaal Internaliseren, was goed voor de CBCL/6-18 (gemiddelde Cronbach’s α = .84; 32 items) en ABCL (gemiddelde Cronbach’s α = .89; 32 items), maar gemiddeld onvoldoende voor de CBCL/1½-5 (gemiddelde Cronbach’s α = .54; 36 items). Ook bij die versie bleek de interne consistentie voor twee van de drie jaren echter voldoende tot uitstekend (Cronbach’s α = .63 [2 jaar na interventie] en .92 [1 jaar na interventie]) en werd de slechte interne inconsistentie bij drie jaar gevonden in combinatie met een zeer gering aantal participanten (n = 3), waardoor verondersteld kan worden dat dit aantal ook te klein was om een stabiele Cronbach’s alfa te kunnen berekenen. Ditzelfde gold voor Externaliseren. De interne consistentie voor deze schaal was goed voor de CBCL/6-18 (gemiddelde Cronbach’s α = .87; 35 items) en ABCL (gemiddelde Cronbach’s α = .78; 35 items), maar gemiddeld onvoldoende voor de CBCL/1½-5 (gemiddelde Cronbach’s α = .44; 24 items). Wederom was de interne consistentie voor twee van de drie jaren goed (Cronbach’s α = .96 [1 jaar na interventie] en .85 [2 jaar na interventie]), maar zeer slecht bij drie jaar na interventie, in combinatie met een te klein aantal participanten (n = 3) om een stabiele Cronbach’s alfa te kunnen berekenen. Voor Totale problemen, was de interne consistentie zeer goed in alle versies van de CBCL, met een gemiddelde Cronbach’s alfa van .88 voor de CBCL/1½-5 (100 items), .93 voor de CBCL/6-18 (120 items) en .96 voor de ABCL (118 items). Om de scores op verschillende versies tussen en binnen personen te kunnen vergelijken, werd vervolgens gebruikgemaakt van gestandaardiseerde T-scores (*M* = 50, *SD* = 10) in plaats van ruwe scores.

Opvoedgedrag moeders

Alabama Parenting Questionnaire

De Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Shelton et al., 1996) is een zelfrapportage vragenlijst, die de belangrijkste aspecten van opvoedgedragingen die gerelateerd zijn aan gedragsproblemen van kinderen beoogt te meten. De lijst bestaat uit 42 items. Echter, in de lange termijn follow-up werden er extra items die meer gericht waren op adolescenten toegevoegd, waardoor de lijst uit 53 items bestond. Deze extra items werden verder buiten beschouwing gelaten. Moeder vulden de items in op een 5-puntsschaal, die varieerde van *nooit* tot *altijd* en waarbij hogere scores frequenter gebruik van opvoedgedrag weergaf. In de huidige studie gebruikten we de drie factoren, zoals deze bijvoorbeeld ook door Hinshaw en collega’s (2000) gebruikt werden. De factor positieve betrokkenheid (bijvoorbeeld “U geeft uw kind een complimentje als hij/zij iets goed doet”) bestaat uit 16 items. De factor negatieve/ineffectieve discipline (bijvoorbeeld “U wilt uw kind straffen, maar straft hem/haar dan uiteindelijk niet”) bestaat uit 11 items, maar in de huidige studie werden drie items verwijderd om de betrouwbaarheid van de schaal te verhogen. De factor gebrekkige monitoring (bijvoorbeeld “Uw kind blijft ’s avonds langer buiten dan van u mag”) bestaat uit 8 items. De betrouwbaarheid en validiteit van deze 3-factorstructuur was in eerder onderzoek adequaat (Hawes & Dadds, 2006; Hinshaw et al., 2000). De interne consistentie was eveneens adequaat tot goed voor de metingen tijdens de RCT van Betere Start, met uitzondering van de factor gebrekkige monitoring tijdens de nameting (Koper et al., 2019). Tijdens de lange termijn follow-up van Betere Start was de gemiddelde interne consistentie voor alle drie de factoren adequaat (positieve

betrokkenheid: Cronbach's α = .78; negatieve/ineffectieve discipline: Cronbach's α = .61; gebrekkige monitoring Cronbach's α = .66). Voor positieve betrokkenheid en gebrekkige monitoring was enkel de interne consistentie bij 1 jaar na interventie onvoldoende, waarschijnlijk mede als gevolg van de kleine steekproef in dat jaar (*n* = 17/20). In andere jaren was de interne consistentie echter adequaat, oplopend tot een Cronbach's alfa van .85 voor positieve betrokkenheid (4 jaar na interventie) en .83 voor gebrekkige monitoring (8 jaar na interventie). Voor de 8 items die meegenomen werden in de factor negatieve/ineffectieve discipline wisselde de interne consistentie sterker, met Cronbach's alfa's van .46 in het vierde jaar na interventie tot .75 in het tweede jaar na interventie.

Recidive moeders

Gegevens over recidive werden op verschillende momenten (2014, 2016 en 2021) verkregen via de Justitiële Informatiedienst, Ministerie van Justitie en Veiligheid. Zo lang er toestemming was van participanten, werden eerdere gegevens aangepast aan de hand van de meest recente informatie uit het Justitiële Documentatiesysteem. De gegevens werden zoveel mogelijk in lijn met de methodiek van de WODC-recidivemonitor (Wartna et al., 2011) ingevoerd. Dit betekent onder andere dat overtredingen en misdrijven gescheiden werden bijgehouden, omdat overtredingen doorgaans buiten beschouwing blijven. Als uitgangszaak werd die zaak aangewezen waardoor de betreffende deelnemer in de penitentiaire inrichting was beland. In de meeste gevallen was dit een misdrijf, maar in 4,5% van de gevallen was dit een overtreding. Als startpunt van de observatieperiode (de periode waarover recidive wordt vastgesteld) werd het einde van de interventie genomen: Dit betrof de datum van het laatste huisbezoek als de interventie afgerond werd of de datum waarop de interventie op papier afgerond zou worden voor de groep waarin de desbetreffende moeder gestart was (ongeacht of zij deelnam aan de interventie). Voor iedere deelnemer werd de recidive vervolgens per volledig jaar na interventie bijgehouden. Het aantal volledige jaren varieerde daarbij per deelnemer – afhankelijk van het moment van instroom in de interventie en bijvoorbeeld toestemmingen. Daarnaast werden jeugdmisdrijven en misdrijven die als volwassene gepleegd werden maar voorafgingen aan de uitgangszaak genoteerd. Misdrijven tussen de uitgangszaak en het einde van de interventie werden eveneens genoteerd, maar verder in deze rapportage buiten beschouwing gelaten. Het gaat hier immers om een mix van delicten die voor/tijdens/na detentie en/of voor/tijdens interventie werden gepleegd.

Recidive werd bepaald aan de hand van het eerste jaar waarin gerecidiveerd werd. Voor survivalanalyses werd genoteerd of er recidive plaatsvond tijdens de observatieperiode (0 = geen recidive; 1 = recidive) en wat de tijd in jaren sinds einde interventie was (0 tot 13 jaar). Indien er recidive plaatsvond, was de tijd hierbij gelijk aan het jaar waarin de eerste maal recidive plaatsvond (en werden overige zaken dus buiten beschouwing gelaten). Als er tijdens de observatieperiode geen recidive plaatsvond, was de tijd gelijk aan het laatste volledige jaar waarvoor gegevens beschikbaar waren. Eenzelfde procedure werd gevolgd voor het ontvangen van een (gedeeltelijke) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf.

Om een indruk te krijgen van de omvang van de recidive werd het totaal aantal misdrijven per deelnemer bepaald voor twee periodes: de eerste vijf jaar na interventie en de eerste 10 jaar na interventie. Alleen deelnemers waarvoor de gegevens voor de gehele periode beschikbaar waren, werden hierbij meegenomen.

In de survivalanalyses werden bovendien een aantal covariaten meegenomen. Ten eerste werd de conditie op twee verschillende manieren meegenomen: 1) de interventiemoeders uit de RCT (1) versus de controlemoeders uit de RCT (0) en 2) de interventiemoeders uit de gehele steekproef (1) versus de moeders die geen interventie hadden ontvangen uit de gehele steekproef (0). Ten tweede werd de leeftijd van moeder (in jaren) bij start van de interventie meegenomen. Ten derde werden jeugdmisdrijven (0 = geen; 1 = ten minste één jeugdmisdrijf) als covariaat meegenomen. Ten slotte werd ook het totaal aantal eerdere misdrijven (tijdens jeugd en als volwassene; 0 tot 43) als maat voor delictgeschiedenis meegenomen. Vanwege uitbijters en afwijkingen van de normaalverdeling werd hierbij gekozen voor een *inverse* transformatie. In de interpretatie van resultaten dient daarom met deze transformatie rekening te worden gehouden: Deelnemers met relatief veel eerdere delicten zullen in de data juist een relatief lage waarde op deze variabele hebben als gevolg van de transformatie.

Delinquentie en middelengebruik adolescenten

Delinquent gedrag en middelengebruik door de deelnemende kinderen werd vanaf de leeftijd van 11 jaar gemeten middels rapportage door moeder en zelfrapportage. Daarnaast werd in het jaar dat de jongere 16 jaar oud werd toestemming gevraagd om officiële gegevens te raadplegen. Helaas kon het effect van Betere Start op delinquentie (Hoofdstuk 7) enkel op basis van moederrapportage worden getoetst, gezien de geringe hoeveelheid data vanuit zelfrapportage en het geringe aantal toestemmingen dat uiteindelijk verkregen is (zie Procedure). Omdat de zelfrapportage wel benoemd staat in Hoofdstuk 7 en de gebruikte lijst voor moederrapportage voortvloeit uit de zelfrapportage, staat hieronder zowel de moederrapportage als zelfrapportage beschreven.

Moederrapportage Delinquent Gedrag

De vragenlijst Moederrapportage Delinquent Gedrag (MDG) is een versie van de Zelfrapportage Delinquent Gedrag (zie hieronder), die door de moeder over deelnemende kind(eren) vanaf 11 jaar kan worden ingevuld – tot maximaal 21 jaar in het huidige onderzoek. De gebruikte lijst bestaat uit 38 items, waarvoor moeders aangaven hoe vaak hun kind in het afgelopen jaar dit heeft gedaan of meegemaakt (1 = *nooit* tot 5 = *meer dan 10 keer*). Op deze vragenlijst werd vertrouwelijkheid en anonieme verwerking nogmaals benadrukt. De lijst bevatte de schalen Vermogenscriminaliteit, Geweldscriminaliteit, Vandalisme, Drugscriminaliteit en Middelengebruik. Deze laatste schaal werd binnen dit onderzoek aan deze lijst toegevoegd. Een voorbeelditem van delinquent gedrag (Geweldscriminaliteit) is “Met geweld of onder bedreiging van geweld iets van iemand gestolen”. Een voorbeelditem van de schaal Middelengebruik is “Partydrugs zoals speed, XTC of paddo’s gebruikt”.

In het huidige onderzoek werd om delinquentie te meten gebruik gemaakt van een totaalschaal betreffende delinquentie, die uit 30 items bestond. Hierbij werd in eerste instantie gebruik gemaakt van het totaal aantal delinquente gedragingen dat gerapporteerd werd. De oorspronkelijke frequentie werd hierbij teruggebracht tot een dichotoom item (0 = *gedrag werd niet gerapporteerd* of 1 = *gedrag kwam op zijn minst één keer voor*). De interne consistentie voor deze totaalschaal was voor 9 van de 11 meetmomenten bijna adequaat tot adequaat, met Cronbach’s alfa’s variërend van .52 bij een meting op 20-jarige leeftijd tot .86 bij een meting op 17-jarige meting. Vanwege de scheve verdeling van de totaalschaal (i.e., relatief veel jongeren die (nog) geen delinquent gedrag vertoonden), werd dit in de hoofdanalyse echter nog verder teruggebracht tot een dichotome schaal (0 = geen delinquent gedrag gerapporteerd of 1 = op zijn minst één delinquente gedraging gerapporteerd).

In het huidige onderzoek werd om middelengebruik te meten gebruik gemaakt van de schaal Middelengebruik, die uit 7 items bestond. De interne consistentie voor deze schaal was op 7 van de 10 meetmomenten adequaat, met Cronbach's alfa's variërend van .64 op 17-jarige leeftijd tot .85 op 16-jarige leeftijd. Hierbij werd in eerste instantie gebruik gemaakt van de gemiddelde frequentie (1.00 = *nooit* voor alle 7 items tot 5.00 = *meer dan 10 keer* voor alle 7 items). Vanwege de scheve verdeling van de schaal, werd de schaal voor de hoofdanalyses verder teruggebracht tot een dichotome schaal. Hierbij werden alle scores hoger dan 1.00 als 1 gecodeerd (middelengebruik gerapporteerd), terwijl een gemiddelde score van 1.00 in de hoofdanalyses de waarde 0 kreeg (geen middelengebruik gerapporteerd).

Zelfrapportage Delinquent Gedrag

De vragenlijst Zelfrapportage Delinquent Gedrag (ZDG) is een aanpassing van de vragenlijst Self-report of Antisocial Behavior (Loeber et al., 1989). Deze lijst is ontwikkeld binnen het RADAR-consortium en is – doordat deze minder uitgebreid is – beter door jongeren zelf in te vullen dan andere aanpassingen van de Self-report of Antisocial Behavior. De gebruikte lijst bestond uit 38 items, waarin jongeren vanaf 11 jaar aangaven hoe vaak zij in het afgelopen jaar bepaalde dingen hadden gedaan of meegemaakt (1 = *nooit* tot 5 = *meer dan 10 keer*). Op deze vragenlijst werd vertrouwelijkheid en anonieme verwerking nogmaals benadrukt. De lijst bevatte de schalen Vermogenscriminaliteit, Geweldscriminaliteit, Vandalisme, Drugscriminaliteit en Middelengebruik. Deze laatste schaal werd binnen dit onderzoek aan deze lijst toegevoegd. Daarnaast werd, om een deviant sociaal netwerk in beeld te brengen, rapportage van delinquent gedrag en middelengebruik door de beste vriend(in) van de jongere toegevoegd. Een voorbeelditem (Vermogenscriminaliteit) is "Ergens ingebroken omdat je iets wilde stelen".

In het huidige onderzoek werd de lijst op 11- tot en met 20-jarige leeftijd afgenomen. Er werd gebruik gemaakt van een totaalschaal betreffende delinquentie, die uit 30 items bestond. Items werden gedichotomiseerd en opgeteld, zodat een hogere score rapportage van meer delinquente gedragingen reflecteerde. De interne consistentie van deze schaal was voor de leeftijd 11 tot en met 18 jaar gemiddeld adequaat, met een Cronbach's alfa van .74. De Cronbach's alfa's waren daarbij op 6 van deze 8 meetmomenten goed, en varieerde van .19 op 18-jarige leeftijd (n = 8) tot .96 op 13- en 17-jarige leeftijd. Daarnaast werd gebruik gemaakt van de schaal Middelengebruik (7 items). Hiervoor werd een gemiddelde frequentie gebruikt, waarbij een hogere score een hogere gemiddelde frequentie over types middelengebruik heen reflecteert. De interne consistentie was daarbij voor de leeftijd 13 tot en met 20 jaar (i.e., 8 van de in totaal 10 meetmomenten) gemiddeld gezien goed (Cronbach's α = .81), variërend van .53 (14 jaar) tot .87 (16 en 19 jaar).

Data-analyse

Om het probleemgedrag bij kinderen inzichtelijk te maken werden, met behulp van IBM SPSS Statistics (versie 24) en normeringsgegevens voor de diverse ASEBA-lijsten, T-scores berekend op basis van leeftijd en gender van het kind. De uitkomsten werden in de data weergegeven op basis van het aantal jaren na interventie. Er werd enkel gebruik gemaakt van beschrijvende gegevens, waarbij alle deelnemende kinderen waarvoor data beschikbaar was, tezamen geanalyseerd werden.

Om potentiële verschillen in de mate van verandering in het opvoedgedrag en kindgedrag op de lange termijn inzichtelijk te maken, werd gebruik gemaakt van "*latent linear growth mixture models*" in Mplus (versie 8.6), waarbij gebruik werd gemaakt van de standaard schattingsmethode

robust maximum likelihood estimation (ML) met 'knownclasses' and 'type = complex' als opties. Deze methode zorgde ervoor dat we rekening konden houden met het multilevel karakter van de data: Kinderen waren genest in moeders en door het gezinsID mee te nemen kon deze clustering meegenomen worden in analyses. Vanwege de kleine controlegroep werd de *opt-out* groep toegevoegd aan de controlegroep, om zo een niet-interventiegroep te kunnen vergelijken met de interventiegroep. Een Wald test werd gebruikt om het verschil in verandering in de *slopes* tussen de interventiegroep en de groep die geen interventie ontvangen had te toetsen. Gedurende de analyses bleek het, door het grote aantal ontbrekende datapunten en lage *covariance coverage* moeilijk om de modellen te schatten. In de analyses kon daarom de data die verzameld werd op 1 jaar na interventie helaas niet meegenomen worden: Mede door het geringe aantal metingen op dit datapunt, was er te weinig variantie om de analyses goed te kunnen uitvoeren. In de analyses werd er rekening mee gehouden dat het interval tussen de aangrenzende meetmomenten (de follow-upmeting en de meting op 2 jaar na interventie) hierdoor groter is geworden. Daarnaast werd de standaardinstelling van 10% *covariance coverage* gewijzigd naar een minimum van 2%. Voorzichtigheid is daarom geboden in de interpretatie en generalisatie van bevindingen.

Om het effect van de interventie op recidive bij moeders te toetsen, werden alle analyses steeds tweemaal uitgevoerd: eenmaal in de relatief kleine RCT-steekproef (0 = controlegroep; 1 = interventiegroep) en eenmaal in de totale steekproef (0 = geen interventie; 1 = interventie). Cox regressie werd gebruikt om de effecten van interventie en drie andere covariaten (leeftijd moeder, jeugdmisdrijf en totaal aantal eerdere misdrijven) te evalueren op de tijd totdat moeders recidiveerden én de tijd totdat moeders een misdrijf begingen waarvoor zij een (gedeeltelijk) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf ontvingen. Kaplan-Meier analyses werden gebruikt om de resultaten vervolgens inzichtelijk te kunnen maken in survivalplots. Onafhankelijke *t*-toetsen met *bootstrapping* (2000 trekkingen) werden gebruikt om groepsverschillen in de omvang van de recidive na 5 jaar en 10 jaar te toetsen. In de beschrijvende gegevens die voorafgaan aan de hoofdanalyses werd eveneens gebruik gemaakt van onafhankelijke *t*-toetsen. Al deze analyses werden uitgevoerd in SPSS (versie 24).

Om het effect van de interventie op delinquentie bij adolescenten en middelengebruik te toetsen, werd een *mixed effects model* geschat middels de statistische software R. De uitkomsten werden hierbij in de data gerangschikt op basis van leeftijd van het kind. Omdat de uitkomstvariabele dichotoom was, werd gekozen voor een logistische regressie, met familie en kind als clustervariabelen. Het geschatte model bevatte gender, leeftijd (gecentreerd), en tijd sinds de Betere Start interventie (voor alle groepen beschikbaar) als controlevariabele, en conditie (0 = geen interventie, inclusief *opt-out* groep versus 1 = Betere Start) en de interactie tussen leeftijd en conditie als mogelijke predictoren. De beschrijvende gegevens die voorafgaan aan deze hoofdanalyses werden geanalyseerd in SPSS (versie 24). Hierbij werd gebruik gemaakt van Chikwadraattoetsen (voor nominale uitkomstmaten) en onafhankelijke *t*-toetsen (voor continue uitkomstmaten).

Er is in deze rapportage hoofdzakelijk tweezijdig getoetst, met $p < .05$. Alleen in Hoofdstuk 6 en 7 is er in geval van expliciete eenzijdige hypotheses ook eenzijdig getoetst. Bij de resultaten staat in deze gevallen aangegeven dat er sprake was van eenzijdige toetsing.

4. Resultaten ernst van probleemgedrag bij de kinderen

Ouderlijke detentie wordt wel gezien als een “keerpunt” in het leven van hun kinderen, dat effect kan hebben tot in de volwassenheid (B. Young et al., 2020). Uitzonderingen daargelaten (bijvoorbeeld bij misbruik/mishandeling door de gedetineerde ouder), blijkt ouderlijke detentie negatief gerelateerd te zijn aan het vertonen van aangepast gedrag op verschillende domeinen en in verschillende levensfases (Poehlmann-Tynan & Turney, 2021). Dat is wellicht ook niet vreemd, als men bedenkt dat risicofactoren zich in deze gezinnen opstapelen, en dat dus zowel de ouderlijke detentie als andere negatieve omstandigheden de ontwikkeling van deze kinderen zullen beïnvloeden (Murray & Farrington, 2008a; Phillips et al., 2006). Onderzoek suggereert daarboven echter ook dat ouderlijke detentie tijdens de kindertijd unieke, nadelige effecten kan hebben tot in het volwassen leven van deze kinderen, zelfs na statistische controle voor gedragsproblemen in de kindertijd en nadelige omstandigheden (zoals armoede en mishandeling (Gifford et al., 2019)).

Er wordt wel verondersteld dat er relatief veel *internaliserend probleemgedrag* voorkomt bij kinderen van gedetineerde ouders – met name in vroege studies, die veelal hun eigen beperkingen in steekproef en design hebben (Kjellstrand, Yu, Eddy, & Clark, 2020). Latere studies laten echter tegenstrijdige resultaten zien. Zo werd er in een meta-analyse van de meest stringente studies tot 2011 (Murray, Farrington, et al., 2012) geen relatie, of op zijn hoogst een zwakke relatie, gevonden tussen ouderlijke detentie en internaliserend probleemgedrag (en andere mentale gezondheidsproblemen). Ook in een aantal individuele empirische studies werden geen effecten op depressieve symptomen bij jongens (Murray, Loeber, et al., 2012) en internaliserend probleemgedrag in algemene zin (Davis & Shlafer, 2017; Kjellstrand, Yu, Eddy, Clark, et al., 2020; Wildeman & Turney, 2014) gevonden nadat er gecontroleerd werd voor andere risicofactoren en/of kindgedrag voorafgaand aan de detentie. In andere studies gericht op internaliserend probleemgedrag die controleerden voor andere risicofactoren was dit echter wel het geval (Johnson, 2009; Murray & Farrington, 2008b). Dat neemt niet weg dat, als enkel naar de prevalentie gekeken wordt, kinderen van gedetineerde ouders wel meer internaliserend probleemgedrag vertonen dan leeftijdsgenoten uit de algemene populatie (Turney, 2017) en in de adolescentie ook vaker diagnoses als een depressieve stoornis en/of angststoornis hebben (Bomysoad & Francis, 2021; Gifford et al., 2019). Het lijkt erop dat het – ondanks de ouderlijke detentie – relatief goed gaat met ongeveer de helft van de kinderen, terwijl de andere helft tegelijkertijd overgerepresenteerd is in problematische trajecten met betrekking tot internaliserend probleemgedrag – met name een traject met gematigde scores op 10-jarige leeftijd die toenemen tijdens de adolescentie (waarin suïcidale gedachten en zelfmoordpogingen ook vaker voorkomen) en een traject met een piek in internaliserend probleemgedrag op 12-jarige leeftijd (Kjellstrand, Yu, Eddy, & Clark, 2020). Deze verschillen lijken zichtbaar tot op volwassen leeftijd (Murray & Farrington, 2008b), waarbij angststoornissen ook vaker bij hen lijken voor te komen dan bij leeftijdsgenoten (Gifford et al., 2019). De kwetsbaarheid voor depressieve symptomen, zou wel eens in het bijzonder kunnen gelden voor jongvolwassenen waarvan de *moeder* gedetineerd was (H. Foster & Hagan, 2013).

Voor *externaliserend probleemgedrag* lijken de resultaten uit eerder onderzoek eenduidiger dan voor internaliserend probleemgedrag het geval is. Met name als het om gedetineerde *vaders* gaat wordt er op jonge leeftijd agressief gedrag (Wildeman, 2010) waargenomen bij kinderen van gedetineerde ouders dan bij kinderen uit de algemene populatie. Op basisschoolleeftijd en in de adolescentie geldt dit eveneens voor externaliserend probleemgedrag en delinquentie (Kjellstrand & Eddy, 2011; Turney, 2017), inclusief gedrags*stoornissen* en ADHD en met wat meer tegenstijdige resultaten voor ADHD en stoornissen in het gebruik van middelen (Bomysoad & Francis, 2021;

Gifford et al., 2019). In lijn hiermee werd in een meta-analyse (Murray, Farrington, et al., 2012) een relatie tussen ouderlijke detentie en antisociaal gedrag gevonden. Opvallend genoeg, blijft de relatie tussen ouderlijke detentie en externaliserend probleemgedrag en/of delinquentie veelal overeind als er gecontroleerd wordt voor overige risicofactoren (Johnson, 2009; Murray, Loeber, et al., 2012) en zelfs tot op volwassen leeftijd (Gifford et al., 2019; Murray & Farrington, 2005), al is het soms maar voor een beperkt deel van de uitkomstmaten en alleen voor jongens (Kinner et al., 2007) en zijn er natuurlijk ook studies waarvoor dit niet geldt (Murray et al., 2007; Wildeman & Turney, 2014). Ook hier lijkt te gelden dat een aanzienlijk deel van deze kinderen (60%) in een laag-risico-traject terechtkomt, terwijl deze kinderen tegelijkertijd overgerepresenteerd zijn in één van de problematische trajecten (gematigde scores op 10-jarige leeftijd, met een toename in de adolescentie tot klinisch niveau) en ouderlijke detentie – zelfs wanneer ook allerlei andere risicofactoren meegenomen worden – de sterkste voorspeller was voor dit traject (Kjellstrand et al., 2018, 2019).

Passend bij de gedachte dat ouderlijke detentie van invloed is op uitkomsten op een grote verscheidenheid aan domeinen (Poehlmann-Tynan & Turney, 2021), zijn er in eerder onderzoek ook problemen te vinden die buiten de domeinen van internaliserend en externaliserend probleemgedrag vallen. Zo suggereert eerder onderzoek ook wel dat deze kinderen eveneens kwetsbaar zijn voor overgewicht (Roettger & Boardman, 2012), problemen op school (Turney & Haskins, 2014, 2019) en sociale problemen (Gifford et al., 2019; Nesmith & Ruhland, 2008). Het ligt daarom voor de hand om in de huidige studie ook naar het probleemgedrag in brede zin te kijken.

Het doel van dit hoofdstuk is om het probleemgedrag (in brede zin) van de gehele onderzoeksgroep weer te geven, door te vergelijken met een normgroep (zoals weergegeven in de normen van de CBCL). Dat de gehele onderzoeksgroep wordt meegenomen, betekent dat dit hoofdstuk zowel kinderen betreft waarvan de moeders aan Betere Start hebben deelgenomen als kinderen waarvoor dit niet het geval is. In de resultaten hieronder staan de T-scores weergegeven voor alle beschikbare metingen van 1 jaar na interventie tot en met 10 jaar na interventie (gerekend vanuit het einde van de interventie voor de interventiemoeders uit de betreffende groep). De kinderen varieerden hierbij in leeftijd van 4 jaar tot 23 jaar.

Internaliserend probleemgedrag

In Tabel 1 staan de beschrijvende gegevens voor Internaliseren volgens moederrapportage weergegeven. Voor de gehele onderzoeksgroep (kinderen waarvan de moeders al dan niet deelgenomen hebben aan de interventie) viel de gemiddelde T-score voor Internaliseren (50,55) in het normale gebied. Dit wil zeggen dat de score van deze onderzoeksgroep nagenoeg gelijk waren aan de gemiddelde score van de normgroep, en er gemiddeld gezien op dit vlak geen zorgen van betekenis waren. De scores per meetmoment laten eenzelfde beeld zien, hoewel tegelijkertijd aan de range te zien is dat de scores voor kinderen wel uiteenliepen. Gemiddeld gezien vertoonde 9,3% van de kinderen hierbij problemen die aandacht verdienen (subklinische score), terwijl de problemen in 8,6% van de gevallen zo aanzienlijk waren dat de door moeder gerapporteerde problemen ook om behandeling zouden vragen (klinische score). Ter vergelijking: In de normgroep scoort 17% van de personen in dit (sub)klinische gebied, waarbij 10% in het klinische gebied scoort.

Tabel 1

T-scores Internaliseren kind volgens moederrapportage (CBCL) per jaar na interventie

Meetmoment	*n*	*M* (*SD*)	Range (29-100)[a]	Subklinische score (%)	Klinische score (%)
1 jaar	21	50,43 (10,65)	33,00-70,00	3 (14,2%)	2 (9,5%)
2 jaar	86	49,72 (10,45)	29,00-72,00	9 (10,5%)	10 (11,6%)
3 jaar	58	50,09 (10,20)	33,00-70,00	6 (10,3%)	6 (10,3%)
4 jaar	76	49,03 (9,75)	33,00-69,00	6 (7,9%)	6 (7,9%)
5 jaar	66	50,08 (10,41)	33,00-70,00	6 (9,1%)	7 (10,6%)
6 jaar	73	50,63 (11,27)	33,00-88,00	4 (5,5%)	11 (15,1%)
7 jaar	63	50,10 (10,95)	33,00-72,00	8 (12,7%)	5 (7,9%)
8 jaar	43	48,58 (9,50)	33,00-72,00	3 (7,0%)	3 (7,0%)
9 jaar	49	47,80 (10,49)	31,00-79,00	2 (4,1%)	3 (6,1%)
10 jaar	39	47,18 (10,49)	33,00-75,00	0 (0,0%)	4 (10,3%)
Gemiddeld[b]	**168**	**50,55 (9,66)**	**33,00-88,00**	**15 (9,3%)**	**14 (8,6%)**

[a] = Het minimum verschilt per afgenomen versie; de maximaal mogelijke range is hier weergegeven.
[b] = Dit gaat om de gemiddelde score per kind over jaren; ieder kind waarvoor een meting aanwezig is, is in dit gemiddelde dus slechts eenmaal meegenomen.

Externaliserend probleemgedrag

In Tabel 2 staan de beschrijvende gegevens voor Externaliseren volgens moederrapportage weergegeven. Voor de gehele onderzoeksgroep viel de gemiddelde T-score voor Externaliseren (50,48) in het normale gebied. Dit wil zeggen dat de score van deze onderzoeksgroep nagenoeg gelijk waren aan de gemiddelde score van de normgroep, en er gemiddeld gezien op dit vlak geen zorgen van betekenis waren. De scores per meetmoment laten eenzelfde beeld zien, hoewel tegelijkertijd aan de range te zien is dat de scores voor kinderen wel uiteenliepen. Gemiddeld gezien vertoonde 10,8% van de kinderen hierbij problemen die aandacht verdienen (subklinische score), terwijl de problemen in 7,2% van de gevallen zo aanzienlijk waren dat de door moeder gerapporteerde problemen ook om behandeling zouden vragen (klinische score). Ter vergelijking: In de normgroep scoort 17% van de personen in dit (sub)klinische gebied, waarbij 10% in het klinische gebied scoort.

Tabel 2

T-scores Externaliseren kind volgens moederrapportage (CBCL) per jaar na interventie

Meetmoment	*n*	*M* (*SD*)	Range (29-100)[a]	Subklinische score (%)	Klinische score (%)
1 jaar	21	50,90 (11,55)	34,00-72,00	4 (19,0%)	2 (9,5%)
2 jaar	86	50,65 (10,63)	28,00-74,00	9 (10,5%)	9 (10,5%)
3 jaar	58	50,21 (8,74)	33,00-71,00	4 (6,9%)	3 (5,2%)
4 jaar	76	49,71 (9,66)	33,00-71,00	5 (6,6%)	6 (7,9%)
5 jaar	66	50,71 (8,00)	33,00-64,00	9 (13,6%)	0 (0,0%)
6 jaar	73	49,42 (9,59)	34,00-79,00	7 (9,6%)	3 (4,1%)
7 jaar	62	49,53 (10,84)	33,00-71,00	7 (11,3%)	6 (9,7%)
8 jaar	43	47,53 (8,62)	33,00-66,00	1 (2,3%)	2 (4,7%)
9 jaar	49	47,55 (9,83)	33,00-72,00	2 (4,1%)	2 (4,1%)
10 jaar	39	47,69 (10,28)	33,00-68,00	3 (7,7%)	3 (7,7%)
Gemiddeld[b]	**168**	**50,48 (9,10)**	**33,00-74,00**	**18 (10,8%)**	**12 (7,2%)**

[a] = Het minimum verschilt per afgenomen versie; de maximaal mogelijke range is hier weergegeven.
[b] = Dit gaat om de gemiddelde score per kind over jaren; ieder kind waarvoor een meting aanwezig is, is in dit gemiddelde dus slechts eenmaal meegenomen.

Totale problemen

In Tabel 3 staan de beschrijvende gegevens voor Totale problemen volgens moederrapportage weergegeven. Voor de gehele onderzoeksgroep viel de gemiddelde T-score voor Totale problemen (50,62) in het normale gebied. Dit wil zeggen dat de score van deze onderzoeksgroep nagenoeg gelijk waren aan de gemiddelde score van de normgroep, en er gemiddeld gezien geen zorgen van betekenis waren. De scores per meetmoment laten eenzelfde beeld zien, hoewel tegelijkertijd aan de range te zien is dat de scores voor kinderen wel uiteenliepen. Gemiddeld gezien vertoonde 9,9% van de kinderen hierbij problemen die aandacht verdienen (subklinische score), terwijl de problemen in 8,6% van de gevallen zo aanzienlijk waren dat de door moeder gerapporteerde problemen ook om behandeling zouden vragen (klinische score). Ter vergelijking: In de normgroep scoort 17% van de personen in dit (sub)klinische gebied, waarbij 10% in het klinische gebied scoort.

Tabel 3

T-scores Totale problemen kind volgens moederrapportage (CBCL) per jaar na interventie

Meetmoment	*n*	*M* (*SD*)	Range (29-100)[a]	Subklinische score (%)	Klinische score (%)
1 jaar	21	50,81 (11,00)	32,00-67,00	4 (19,0%)	2 (9,5%)
2 jaar	86	50,21 (10,74)	24,00-73,00	6 (7,0%)	11 (12,8%)
3 jaar	58	50,76 (9,61)	24,00-72,00	9 (15,5%)	3 (5,2%)
4 jaar	76	49,22 (9,62)	24,00-70,00	10 (13,2%)	4 (5,3%)
5 jaar	66	50,61 (9,17)	26,00-68,00	5 (7,6%)	3 (4,5%)
6 jaar	73	50,37 (10,39)	27,00-79,00	6 (8,2%)	9 (12,3%)
7 jaar	62	49,90 (11,12)	24,00-75,00	9 (14,5%)	5 (8,1%)
8 jaar	43	47,37 (9,92)	24,00-66,00	5 (11,6%)	1 (2,3%)
9 jaar	49	46,59 (10,13)	31,00-73,00	3 (6,1%)	3 (6,1%)
10 jaar	39	46,72 (10,52)	24,00-70,00	3 (7,7%)	2 (5,1%)
Gemiddeld[b]	**168**	**50,62 (9,64)**	**24,00-79,00**	**16 (9,9%)**	**14 (8,6%)**

[a] = Het minimum verschilt per afgenomen versie; de maximaal mogelijke range is hier weergegeven.
[b] = Dit gaat om de gemiddelde score per kind over jaren; ieder kind waarvoor een meting aanwezig is, is in dit gemiddelde dus slechts eenmaal meegenomen.

Conclusie

Volgens hun moeders vertoonden deze kinderen van (ex-)gedetineerde moeders (die al dan niet hebben deelgenomen aan Betere Start) op de langere termijn niet meer internaliserend probleemgedrag, externaliserend probleemgedrag of probleemgedrag in brede zin dan kinderen uit de normgroep. Op het oog lijken de gemiddelde scores bovendien niet zozeer op te lopen, zoals bij een risicopopulatie te verwachten zou zijn. Met name als het gaat om externaliserend probleemgedrag en probleemgedrag in brede zin lijkt er eerder bij relatief weinig dan bij relatief veel kinderen sprake van aanzienlijke problemen (klinische score). Het is echter niet uit te sluiten dat er sprake is van selectieve uitval, die deze resultaten kan vertekenen. Mogelijk zijn vooral de moeders die van mening waren dat het relatief goed ging met hun kinderen blijven deelnemen aan het onderzoek. Ook is natuurlijk een gunstige invloed van de interventie – waar het merendeel van de moeders aan heeft deelgenomen – niet uit te sluiten. Daarvan zou men gezien de doelen van de interventie echter verwachten dat deze vooral ten aanzien van externaliserend probleemgedrag een rol zou kunnen spelen.

5. Resultaten langetermijneffecten van Betere Start op opvoeding en kindgedrag

Gezien de impact die antisociale gedragsproblemen op het individu, het gezin en de bredere maatschappij hebben, is het van belang dat kinderen met (een verhoogd risico op) gedragsproblemen interventies met een meetbaar effect op de langere termijn ontvangen (Kaminski & Claussen, 2017). Langdurige longitudinale interventiestudies zijn echter bijzonder zeldzaam, terwijl zij wel een bijzondere plaats in het wetenschappelijk landschap innemen. Er is weliswaar een grotere hoeveelheid langdurige, longitudinale studies zonder interventie te vinden in de literatuur. Deze studies, die kinderen over een lange termijn volgen, zijn essentieel voor ons begrip van ontwikkeling en factoren die hierop tezamen van invloed zijn. Echter, het enkel volgen van kinderen heeft een belangrijke beperking ten opzichte van het langdurig volgen van kinderen die deel uitmaken van een interventiestudie: Het is moeilijk om causaliteit aan te tonen (is er sprake van een oorzaak-gevolgrelatie?) en daarom leveren dergelijke studies slechts indirecte informatie voor beleidsmakers over de mogelijke veranderingen na invoering van beleid of implementatie van een interventie (Tomlinson et al., 2020). Alleen een lange termijn interventiestudie biedt de kans om zowel de effecten van de interventie op de langere termijn als causale hypotheses en ontwikkelingstrajecten uit de wetenschappelijke theorie te toetsen (Lacourse et al., 2002).

Helaas zijn er slechts weinig interventiestudies beschikbaar waarin kinderen langer dan een jaar na interventie gevolgd worden en worden veel studies bovendien niet uitgevoerd in omstandigheden die gelijk zijn aan de dagelijkse praktijk. Hierdoor weten we niet alleen relatief weinig over langetermijneffecten, maar weten we ook niet of deze bij implementatie in de dagelijkse praktijk ook behaald zullen worden (Tomlinson et al., 2020). Interventiestudies die kinderen ook op de lange termijn volgen zijn dus essentieel voor wetenschap, beleid en praktijk. Dit geldt misschien wel in het bijzonder voor interventiestudies die uitgevoerd worden bij een risicopopulatie: Als interventies uitgevoerd worden bij kinderen en gezinnen uit omgevingen waarin risicofactoren accumuleren, lijkt de kans namelijk extra groot dat aanvankelijke effecten van de interventie niet behouden kunnen blijven (Leijten et al., 2013; Tomlinson et al., 2020; Troy et al., 2018).

Ouderinterventie wordt gezien als de meest effectieve interventie gericht op het behandelen en voorkomen van antisociale gedragsproblemen bij jonge kinderen (Kaminski & Claussen, 2017; McCart et al., 2006). Gedragsmatige ouderinterventies zijn gebaseerd op het sociale interactiemodel van Patterson (Patterson, 2005, 2016), waarin beschreven wordt hoe ouders onopzettelijk gedragsproblemen bij hun kinderen kunnen bekrachtigen aan de hand van dwingende interactiepatronen met hun kind. Ouders en kinderen trainen elkaar als het ware (onbewust en ongewild!) om zich op zo'n manier te gedragen dat met dat gedrag de kans dat kinderen gedragsproblemen gaan vertonen toeneemt, terwijl de kans dat ouders het negatieve gedrag van hun kind onder controle kunnen houden steeds kleiner wordt (Granic & Patterson, 2006). Gedragsmatige ouderinterventies grijpen op dit mechanisme aan. Het doel van deze interventies is om de dwingende interactiepatronen, en als gevolg daarvan de gedragsproblemen bij het kind, te verminderen door het opvoedgedrag van ouders te veranderen (Forehand et al., 2014). Het opvoedgedrag van ouders en gedragsproblemen bij het kind zijn daarmee primaire uitkomstmaten voor een ouderinterventie gericht op antisociale gedragsproblemen.

In lijn met de gedachte dat opvoedgedrag vooral als een proximale uitkomstmaat wordt gezien, is er in de literatuur relatief weinig aandacht voor de lange termijn uitkomsten op opvoedgedrag – vergeleken met de aandacht voor kindgedrag. Toch lijkt dit theoretisch gezien ook

op de lange termijn wel een belangrijke uitkomstmaat te zijn: Als ouders in oude gedragingen vervallen, is het immers aannemelijk dat dit de kans op de genoemde dwingende interactiepatronen vergroot en daarmee de kans op gedragsproblemen en latere delinquentie. Een overzichtsstudie (Sandler et al., 2011) geeft aan dat in het merendeel van de studies waarin het lange termijn effect (dat wil zeggen: na ten minste 1 jaar) van preventieve ouderinterventie op opvoedingsvariabelen wordt getoetst ook daadwerkelijk een effect wordt gevonden. Zo wordt er ook voor Incredible Years, bij 1 tot 1,5 jaar follow-up in selectieve preventiestudies, behoud van effecten gerapporteerd op een deel van de uitkomstmaten gericht op opvoeding (Brotman et al., 2008; Gross et al., 2003; Kim et al., 2008; Webster-Stratton, 1998). Of die effecten ook op de langere termijn gehandhaafd kunnen worden, lijkt onduidelijker. Bij een lange termijn follow-up (5-10 jaar na interventie) van Incredible Years werden in een selectieve preventiesteekproef geen effecten op opvoeding gevonden (Scott et al., 2014). Meer indirect bewijs lijkt mogelijke effecten wel te ondersteunen: Binnen dezelfde studie werd wel een effect op een deel van de uitkomstmaten gevonden als gekeken werd binnen een geïndiceerde preventiesteekproef (Scott et al., 2014). Bovendien werd en in een Nederlandse geïndiceerde preventiestudie twee jaar na interventie nog verbeteringen in opvoeding in de interventiegroep gevonden (Posthumus et al., 2012). Ook in een andere geïndiceerde preventiestudie bij een interventie die ook Incredible Years omvatte, was sprake van mediatie: Het effect van de interventie op gedragsproblemen in jaar 6 kon deels verklaard worden door een verbetering in opvoedgedrag in jaar 3 (Bernat et al., 2007). Daarnaast lijkt de bevinding dat er, vergeleken met *care-as-usual*, op den duur meer *cases* bij de kinderbescherming konden worden afgesloten nadat ouders Incredible Years hadden ontvangen in lijn met langdurige verbeteringen van de opvoeding (Leclair Mallette et al., 2021).

Ook voor de effecten op kindgedrag geldt dat we veel minder weten over de effecten die er mogelijk maanden of jaren na interventie nog zijn dan over effecten direct na interventie. Een meta-analyse (van Aar et al., 2017) laat echter zien dat de effecten van ouderinterventie op gedragsproblemen bij het kind behouden lijken te blijven in de eerste drie jaar na interventie. Dat wil zeggen: Hoewel er verschillen tussen individuele studies worden gevonden, is er gemiddeld gezien geen sprake van een verandering in effecten van nameting naar follow-up. Het feit dat effecten op gedragsproblemen in een deel van de gevallen behouden lijken te kunnen worden, lijkt bovendien eveneens te suggereren dat ouders de aangeleerde opvoedvaardigheden blijven gebruiken – op zijn minst in zoverre dat ze terugval naar gedragsproblemen weten te voorkomen (van Aar et al., 2017). Ook specifiek voor Incredible Years wordt er, bij 1 tot 1,5 jaar follow-up in selectieve preventiestudies, behoud van effecten gerapporteerd op uitkomstmaten als geobserveerd agressief gedrag, door moeders gerapporteerde gedragsproblemen en gedragsproblemen in de klas (Brotman et al., 2008; Gross et al., 2003; Kim et al., 2008; Webster-Stratton, 1998), hoewel ook hier geldt dat er niet altijd op iedere uitkomstmaat een effect wordt gevonden. Bij een lange termijn follow-up (5-10 jaar na interventie) van Incredible Years werden in een selectieve preventiesteekproef echter geen effecten op oppositioneel gedrag, antisociale trekken en antisociaal gedrag gevonden (Scott et al., 2014).

Samengevat laten follow-up studies dus geen consistent beeld zien als het gaat om effecten van selectieve preventiestudies op opvoeding en kindgedrag. Zeker op de lange termijn (langer dan een jaar) is het onduidelijk of aanvankelijk positieve effecten ook gehandhaafd kunnen worden. Er wordt wel gesuggereerd dat het vasthouden van interventie-effecten lastig zou kunnen zijn vanwege geringere aanvankelijke effecten, geringere motivatie bij ouders vanwege geringere problemen bij het kind en stressoren die het moeilijk maken om veranderingen te handhaven, en dat er daarom

blijvende ondersteuning nodig is voor deze gezinnen om dit mogelijk te maken (Leijten et al., 2013; Scott et al., 2014).

Het is de vraag of dit ook voor Betere Start geldt. Aan de ene kant zijn er redenen om aan te nemen dat het juist binnen de populatie van Betere Start wel mogelijk zou moeten zijn om effecten op de langere termijn te vinden. Zo waren de effecten die direct na interventie gevonden werden (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) relatief groot voor selectieve preventie (Menting et al., 2013) en zou juist de detentie ook als een unieke motivator kunnen werken om in de toekomst van de kinderen te investeren en de geleerde vaardigheden te handhaven (Alsem et al., 2021). In lijn met deze gedachte leek er ook een preventief effect van Betere Start op inconsistente discipline zichtbaar bij 8 maanden follow-up (Alsem et al., 2021). Anderzijds zijn ex-gedetineerde moeders een zeer moeilijk in onderzoek te behouden doelgroep (Byrne, 2005; B. A. Eddy et al., 2001; Goshin & Byrne, 2012) wat het aantonen van effecten zal bemoeilijken, zullen er in deze populatie bij uitstek veel stressoren aanwezig zijn die het moeilijker maken voor de moeders om veranderingen door te voeren en te handhaven (Arditti & Few, 2008; Menting et al., 2017) en waren interventie-effecten op kindgedrag al niet meer aan te tonen bij 8 maanden follow-up (Alsem et al., 2021).

Het doel van dit hoofdstuk is daarom om het effect van Betere Start op de primaire uitkomstmaten opvoeding en kindgedrag, op de lange termijn – tot 10 jaar na interventie – te onderzoeken.

Beschrijvende gegevens

De totale steekproef bestond uit 277 kinderen van 189 moeders. De grootste groep kinderen (*n* = 193; 69,7% van de steekproef in dit hoofdstuk) bestond uit kinderen waarvan de moeders ten minste één sessie van de interventie gevolgd hadden. In totaal kon 93,1% van de moeders die de interventie gevolgd hadden in de analyses meegenomen worden. Dit percentage lag lager in de groep die geen interventie had ontvangen (68,4%) en dat lijkt vooral veroorzaakt te worden door ontbrekende data in de *opt-out* groep: van de gerandomiseerde controlegroep werd 96,2% van de controlemoeders meegenomen in de analyses. De groep kinderen waarvan de moeders geen interventie hadden ontvangen bestond in dit hoofdstuk in totaal uit 84 kinderen. Beschrijvende gegevens over opvoedgedrag zijn voor de gehele steekproef weergegeven in Tabel 4. Beschrijvende gegevens over kindgedrag staan in Tabel 5.

Tabel 4

Opvoedgedrag (moederrapportage) in de gehele steekproef

	Positieve betrokkenheid			Negatieve/ineffectieve discipline			Gebrekkige monitoring		
Meetmoment	*n*	*M* (*SD*)	Range (16-80)	*n*	*M* (*SD*)	Range (8-40)	*n*	*M* (*SD*)	Range (8-40)
Voormeting	195	60,46 (8,45)	33,07-80,00	258	16,70 (4,67)	8,00-30,00	235	10,17 (3,03)	8,00-21,71
Tussenmeting	110	59,43 (6,83)	36,92-75,73	149	16,56 (4,49)	8,00-28,00	134	10,26 (3,36)	8,00-24,00
Nameting	123	60,56 (8,10)	33,07-78,93	166	15,71 (3,91)	8,00-27,00	154	9,76 (2,34)	8,00-19,43
Follow-up	82	61,02 (7,75)	41,14-80,00	107	16,15 (4,14)	8,00-26,00	105	10,21 (3,00)	8,00-20,57
1 jaar na interventie	17	63,16 (4,12)	53,00-71,00	21	14,10 (3,82)	8,00-19,00	20	10,13 (2,07)	8,00-15,00
2 jaar na interventie	69	62,32 (8,42)	39,47-79,00	86	15,36 (4,80)	8,00-29,00	84	10,64 (3,57)	8,00-22,86
3 jaar na interventie	50	61,65 (7,61)	46,00-79,00	55	13,65 (4,06)	8,00-26,00	54	11,33 (3,28)	8,00-21,00
4 jaar na interventie	69	60,69 (9,78)	25,00-80,00	73	13,50 (3,51)	8,00-23,00	72	11,53 (4,01)	8,00-30,00
5 jaar na interventie	58	60,60 (8,52)	35,00-80,00	62	14,15 (4,11)	8,00-24,00	60	12,22 (3,93)	8,00-26,00
6 jaar na interventie	63	60,01 (8,49)	41,00-79,00	72	14,39 (4,06)	8,00-30,00	71	13,20 (4,05)	8,00-23,00
7 jaar na interventie	58	59,92 (9,04)	39,00-80,00	60	14,58 (4,24)	8,00-24,00	60	13,43 (4,82)	8,00-30,00
8 jaar na interventie	40	59,64 (8,39)	39,47-79,00	42	14,43 (3,19)	8,00-21,00	40	14,61 (5,32)	8,00-28,00
9 jaar na interventie	46	59,43 (9,27)	32,00-79,00	47	12,51 (3,35)	8,00-21,00	46	14,75 (5,06)	8,00-30,00
10 jaar na interventie	36	56,39 (9,24)	32,00-75,00	37	13,00 (3,77)	8,00-21,00	35	16,12 (5,72)	8,00-30,00

Opmerking. Data voor 1 jaar na interventie werd niet meegenomen in de hoofdanalyses, maar wordt hier voor de volledigheid wel weergegeven.

Tabel 5

Kindgedrag (moederrapportage) in de gehele steekproef

	ECBI-intensiteit			ECBI-probleem		
Meetmoment	*n*	*M* (*SD*)	Range (36-252)	*n*	*M* (*SD*)	Range (0-36)
Voormeting	214	103,37 (31,06)	39-220	209	10,07 (8,25)	0-34
Tussenmeting	124	102,75 (28,08)	36-177	122	9,85 (7,79)	0-33
Nameting	144	94,85 (25,97)	37-163	141	7,92 (7,33)	0-29
Follow-up	89	94,08 (26,18)	36-148	85	8,37 (8,03)	0-29
1 jaar na interventie	20	85,34 (26,96)	42-154	18	8,45 (6,60)	0-24
2 jaar na interventie	82	92,66 (29,59)	36-184,24	80	9,97 (8,15)	0-32
3 jaar na interventie	52	81,77 (25,26)	36-162	49	6,46 (6,50)	0-23
4 jaar na interventie	72	83,29 (28,24)	36-155	71	7,85 (8,04)	0-32
5 jaar na interventie	60	82,57 (26,00)	40-154	55	7,00 (6,37)	0-24
6 jaar na interventie	70	80,54 (24,52)	39-143	66	7,23 (6,41)	0-24
7 jaar na interventie	60	79,61 (29,59)	37-176	58	6,59 (7,48)	0-27
8 jaar na interventie	43	76,74 (24,24)	37-133	43	5,42 (6,28)	0-25
9 jaar na interventie	47	65,23 (22,14)	36-128	46	3,93 (5,08)	0-19
10 jaar na interventie	38	70,66 (25,52)	36-132	37	5,06 (6,67)	0-20

Opmerking. Data voor 1 jaar na interventie werd niet meegenomen in de hoofdanalyses, maar wordt hier voor de volledigheid wel weergegeven.

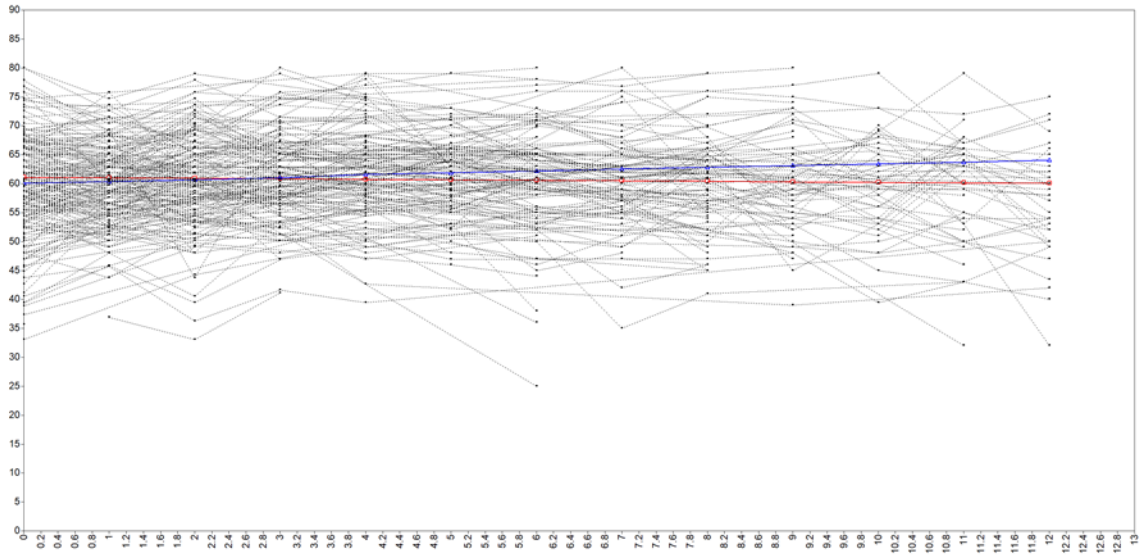
Effecten van Betere Start op opvoeding

Latent linear growth mixture models werden gebruikt om potentiële verschillen in de mate van verandering in opvoeding inzichtelijk te maken. Hierbij werd gekeken naar de factoren positieve betrokkenheid, negatieve/ineffectieve discipline en gebrekkige monitoring.

Voor *positieve betrokkenheid* was er op de lange termijn geen aantoonbaar significant effect van Beterere Start. In het model van positieve betrokkenheid verschilde het intercept (het gemiddelde startpunt) voor zowel de interventiegroep (M = 61,11) als de groep die geen interventie ontvangen had (M = 60,08) significant van nul ($p < .001$). Echter, geen van beide *slopes* (de mate van verandering) verschilde significant van nul (Interventie: M = -0,08, p = .45; Niet-interventie: M = 0,31, p = .09). Zoals te zien is in Figuur 2 lopen de lijnen vrijwel parallel en horizontaal. Voor beide groepen was er sprake van significante variantie rondom het intercept en de slope, wat aangeeft dat er zowel variatie was in het niveau van positieve betrokkenheid bij de start als in de mate van verandering. Er was geen significant verschil in de mate van verandering tussen de twee groepen (Wald = 3,46 (df = 1), p = .06). In het figuur blijkt dit ook uit het feit dat de lijnen van de interventiegroep (rood) en de niet-interventiegroep (blauw) elkaar raken en vrijwel parallel lopen.

Figuur 2

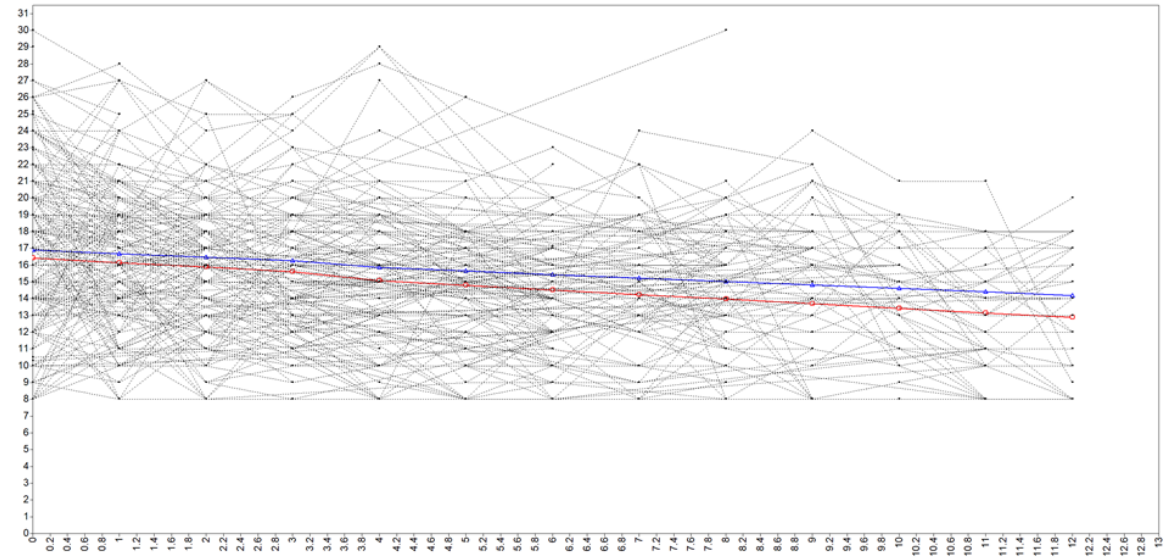
Verandering in positieve betrokkenheid voor individuen, interventiegroep (rood) en niet-interventiegroep (blauw)



Voor het model van *negatieve/ineffectieve discipline* werd een gelijksoortig patroon gevonden, waarin geen effect van Betere Start op de lange termijn werd aangetoond. De intercepten en de variantie rond de intercepten en slopes verschilden allen significant van nul ($p < .01$). Daarnaast was de slope, dus de mate van verandering over tijd, voor beide groepen significant verschillend van nul, wat aangeeft dat er in beide groepen sprake was van een lichte daling van negatieve/ineffectieve discipline over tijd (Interventie: $M = -0{,}27$, $p < .001$; Niet-interventie: $M = -0{,}21$, $p = .002$). Echter werd geen significant verschil tussen groepen in deze verandering gevonden (Wald = 0,68 (df = 1), $p = .41$), zoals te zien is in Figuur 3.

Figuur 3

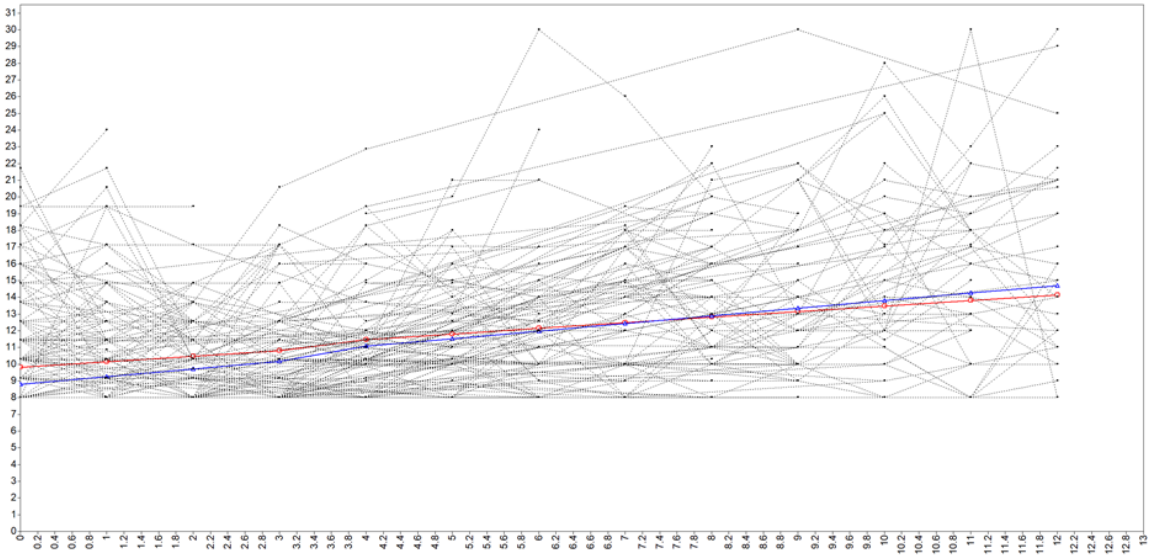
Verandering in negatieve/ineffectieve discipline voor individuen, interventiegroep (rood) en niet-interventiegroep (blauw)



Voor *gebrekkige monitoring* was er op de lange termijn geen aantoonbaar effect van Betere Start. In het model van gebrekkige monitoring verschilden de intercepten van beide groepen wederom significant van nul. Ook de variantie rond het intercept was significant voor de interventiegroep, maar niet voor de groep die geen interventie had ontvangen. De gemiddelde verandering (slope) verschilde significant van nul in beide groepen en liet, zoals in Figuur 4 te zien is, een lichte toename in gebrekkige monitoring over tijd zien (Interventie: $M = 0{,}33$, $p < .001$; Niet-interventie: $M = 0{,}45$, $p < .001$). Echter, de groepen verschilden niet significant van elkaar in deze verandering (Wald = 2,05 (df = 1), $p = .15$).

Figuur 4

Verandering in gebrekkige monitoring voor individuen, interventiegroep (rood) en niet-interventiegroep (blauw)



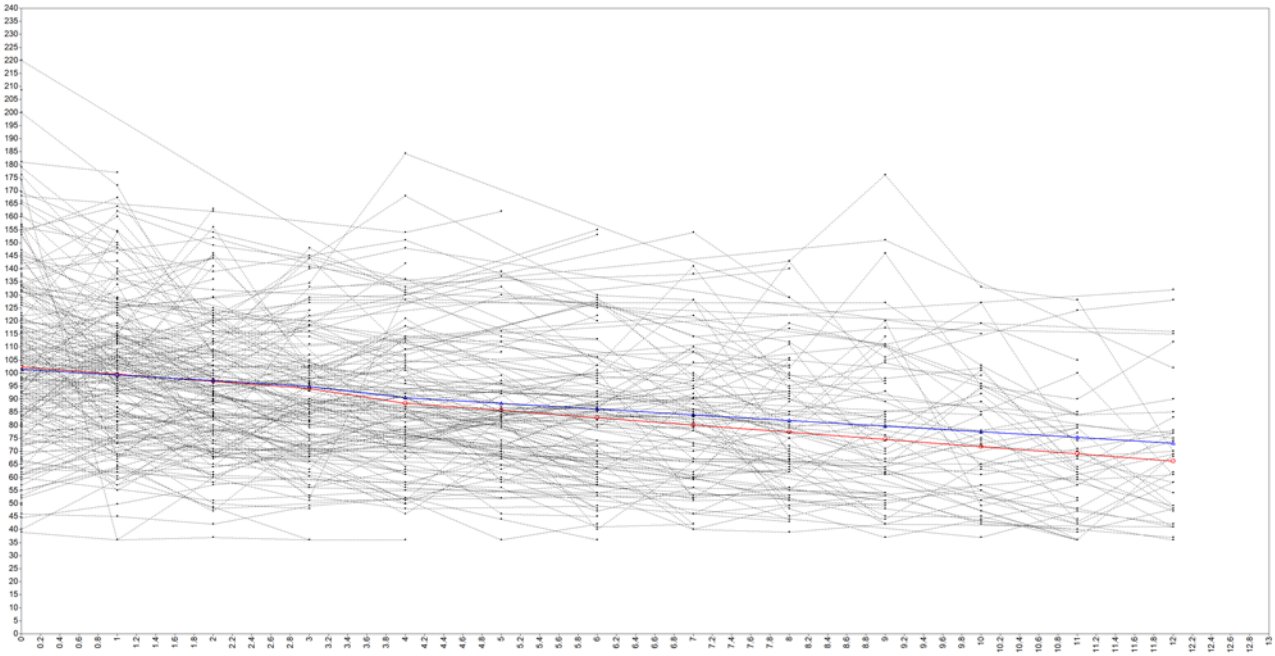
Effecten van Betere Start op kindgedrag

Latent linear growth mixture models werden eveneens gebruikt om potentiële verschillen in de mate van verandering in kindgedrag te toetsen. Het gedrag van het kind volgens moeder werd hierbij op twee manieren gemeten: de intensiteit of frequentie van probleemgedrag (hoe vaak het gedrag volgens moeder voorkomt; intensiteitsschaal) en het aantal probleemgedragingen (of het gedrag door moeder als een probleem wordt gezien; probleemschaal).

Voor *intensiteit van probleemgedrag* was er op de lange termijn geen aantoonbaar effect van Betere Start meer. De mate van verandering (slope) voor de intensiteit van probleemgedrag verschilde significant van nul voor beide groepen. Zoals in Figuur 5 te zien is, was er in beide groepen sprake van een daling in de intensiteit van probleemgedrag over tijd (Interventie: $M = -2{,}78$, $p < .001$; Niet-interventie: $M = -2{,}18$, $p < .001$). De verandering verschilde echter niet significant tussen groepen (Wald = 1,47 (df = 1), $p = .22$).

Figuur 5

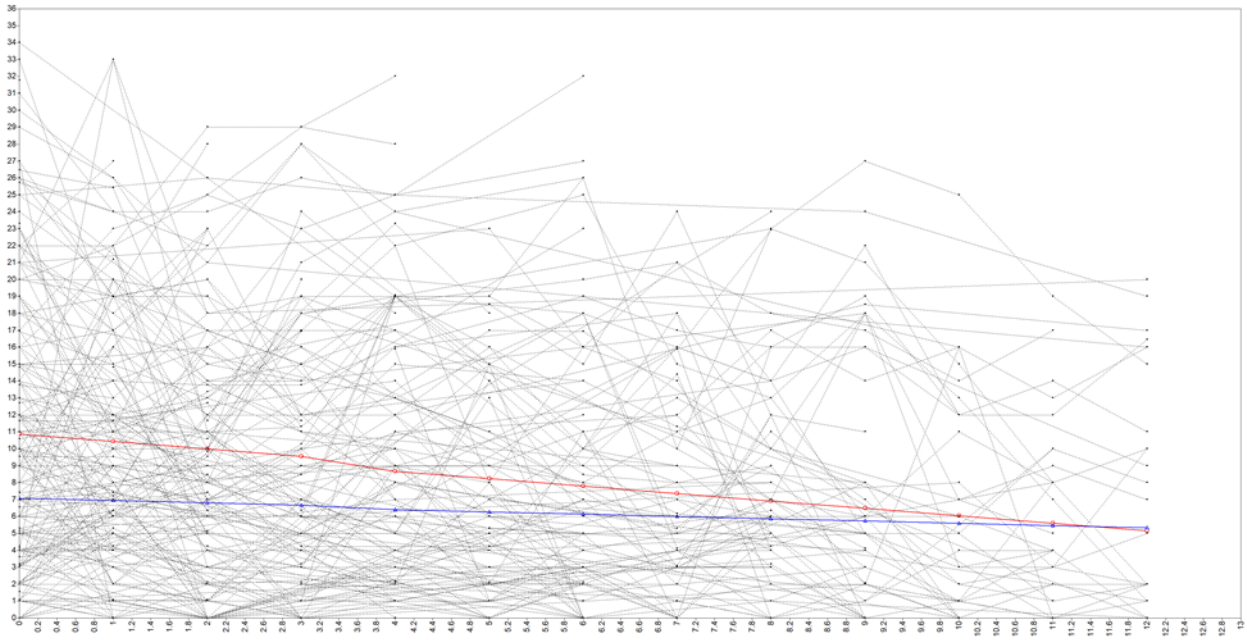
Verandering in intensiteit van gedragsproblemen voor individuen, interventiegroep (rood) en niet-interventiegroep (blauw)



Voor het *aantal probleemgedragingen* had Betere Start op de lange termijn een significant gunstig effect. In het model ten aanzien van het aantal probleemgedragingen verschilde de gemiddelde mate van verandering (slope) alleen voor de interventiegroep significant van nul. Het gemiddelde aantal probleemgedragingen nam voor de kinderen van moeders die Betere Start ontvangen hadden significant af over tijd (Interventie: M = - 0,44, p < .001), terwijl het aantal probleemgedragingen in de groep die geen interventie ontving relatief stabiel bleef over tijd (M = - 0,13, p = .20). De groepen verschilden bovendien significant van elkaar in de mate van verandering (Wald = 5,52 (df = 1), p = .02) en in de scores bij het startpunt (intercepts): bij aanvang van de interventie (Wald = 11,81 (df = 1), p < .001). In Figuur 6 is te zien dat het aantal probleemgedragingen bij aanvang hoger lag maar vervolgens daalde in de interventiegroep, terwijl het aantal probleemgedragingen relatief stabiel bleef in de groep die geen interventie ontving.

Figuur 6

Verandering in het aantal probleemgedragingen voor individuen, interventiegroep (rood) en niet-interventiegroep (blauw)



Conclusie

De effecten van Betere Start op opvoeding en kindgedrag werden getoetst door de verandering in de interventiegroep te vergelijken met de verandering in de groep die geen interventie heeft ontvangen *met latent linear growth mixture models,* die de verandering over tijd vanaf aanvang van de interventie tot 10 jaar na interventie inzichtelijk maken. Alleen op het aantal probleemgedragingen volgens moeder werd een verschil tussen groepen gevonden. Het aantal probleemgedragingen nam in de interventiegroep (na een aanvankelijk hogere aanvangsscore) significant af over tijd, terwijl het aantal probleemgedragingen relatief stabiel bleef in de groep die geen interventie ontving. Op geen van de andere uitkomstmaten ten aanzien van opvoeding (i.e., positieve betrokkenheid, negatieve/ineffectieve discipline en gebrekkige monitoring) of kindgedrag (intensiteit van probleemgedrag) werd een groepsverschil aangetoond. Hoewel de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd dienen te worden, lijkt het er dus op dat Betere Start enkel effect heeft op het aantal probleemgedragingen dat door moeders gerapporteerd wordt.

In eerder onderzoek naar Betere Start (Alsem et al., 2021; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) werd op kortere termijn nog wel een effect op opvoedgedrag aangetoond, namelijk op inconsistente discipline. De bevindingen uit de huidige studie zijn dus niet in lijn met eerdere resultaten. Hoewel opvoedgedrag in alle voorgenoemde studies met dezelfde vragenlijst gemeten werd als in de huidige studie, is er in de huidige studie gebruikgemaakt van een andere indeling dan de oorspronkelijke vijf subschalen, namelijk van drie factoren, waardoor de resultaten ook niet direct vergelijkbaar zijn. De factor negatieve/ineffectieve discipline bevat weliswaar alle items uit de subschaal inconsistente discipline, maar bevat ook items uit andere schalen, waaronder lijfstraffen. Voor negatieve/ineffectieve discipline werd er wel een lichte afname in de interventiegroep gevonden, die positief is te noemen aangezien het ook goed mogelijk zou zijn

dat moeders onder moeilijke omstandigheden op den duur weer terugvallen in oude gedragingen. Vrijwel dezelfde afname was echter ook te zien in de groep die geen interventie had ontvangen. Mogelijk worden de scores op deze schaal daarom ook beïnvloed door bijvoorbeeld de toenemende leeftijd van de kinderen. Lijfstraffen lijken namelijk bijvoorbeeld vooral bij jongere kinderen gegeven of “passend” gevonden te worden (Dietz, 2000; Flynn, 1998; Frick et al., 1999). Ook de lichte toename in gebrekkige monitoring in beide groepen lijkt te relateren aan de toenemende leeftijd van de kinderen. De kans lijkt immers groter voor oudere kinderen dan voor jongere kinderen dat er voor items als “Uw kind is weg met vrienden die u niet kent”, “Uw kind is na het donker buiten zonder volwassene bij zich” en “Uw kind is thuis zonder volwassen toezicht” aangegeven wordt dat dit regelmatig voorkomt. Deze toename is daarom ook niet direct zorgelijk te noemen.

Dat er in het huidige onderzoek, na wel een effect direct na interventie te hebben gevonden (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014; Menting & Orobio de Castro, 2022), geen effect van Betere Start op de intensiteit van gedragsproblemen kon worden aangetoond is in lijn met de bevindingen vanuit de eerdere follow-up (Alsem et al., 2021). Ook in die studie werd namelijk geen effect aangetoond, hoewel dit ook gezien de hoogte van de effectgrootte ook wel aan een gebrek aan statistische power toegeschreven werd. Positief aan de huidige resultaten is, naast het feit dat er wel een effect op het aantal probleemgedragingen kon worden aangetoond, dat er in de interventiegroep (evenals in de groep die geen interventie ontving) wel een daling in de intensiteit van gedragsproblemen werd gevonden. Deze daling was volgens verwachting, aangezien er op relatief jonge leeftijd (4 tot 8 jaar) al een daling in de scores op de intensiteitsschaal van de ECBI, maar niet de probleemschaal, waargenomen wordt (Weeland et al., 2018). De daling in de interventiegroep lijkt bovendien in lijn met de resultaten voor het aantal probleemgedragingen, waarbij gelijksoortige resultaten voor beide schalen niet vreemd zijn aangezien de correlatie tussen de intensiteitsschaal en probleemschaal in eerder onderzoek hoog bleek te zijn (Abrahamse et al., 2015).

De resultaten ten aanzien van de probleemschaal waren in het huidige onderzoek bovendien in lijn met de resultaten voor Betere Start direct na interventie (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014). Hierin werd namelijk een gelijk patroon van afname van problemen in de interventiegroep in combinatie met ongeveer gelijkblijvende problemen in de controlegroep volgens moederrapportage op de ECBI gevonden.

6. Resultaten recidive bij moeders

De meeste gedetineerden krijgen te maken met aanzienlijke moeilijkheden bij de terugkeer in de maatschappij (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2018). Als zij geen hulp krijgen bij deze moeilijkheden, lopen zij het risico dat zij verstrikt raken in een vicieuze cirkel die bestaat uit mislukte maatschappelijke integratie, recidive, nieuwe veroordelingen en sociale uitsluiting (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2018). Om die reden onderstrepen internationale verdragen en standaarden het belang van interventies bij het ondersteunen van de maatschappelijke re-integratie van gedetineerden om zo ook verdere criminaliteit te voorkomen en de maatschappij te beschermen (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2018). Dit impliceert eveneens dat het succes van dergelijke interventies mede bepaald wordt door de mate waarin deelnemers terugvallen in crimineel gedrag.

Naast het voorkomen van gedragsproblemen en latere criminaliteit bij hun kinderen, is het hoofddoel van Betere Start om recidive/delictgedrag door (ex-)gedetineerde moeders te voorkomen (Menting & Orobio de Castro, 2021). Betere Start is gericht op een effectieve beïnvloeding van dynamische risicofactoren (vaardigheidstekorten, beperkende cognities, depressiviteit en faalervaringen) en protectieve factoren (binding met het eigen gezin, oplossend vermogen en *self-efficacy*), om zo de motivatie om niet te recidiveren te vergroten (Menting & Orobio de Castro, 2021). De ouderinterventie sluit hierbij aan op de belangrijkste motivatie voor verandering bij (ex-)gedetineerde moeders: hun kinderen een goede toekomst willen geven en daarom hun opvoedvaardigheden willen optimaliseren (Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2014). In eerder onderzoek zijn reeds effecten/veranderingen op behandeldoelen als het versterken van opvoedingsgedrag (Alsem et al., 2021; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014; Menting & Orobio de Castro, 2022), verminderen van ouderlijke stress (Alsem et al., 2021), en verminderen van cognitieve vertekeningen bij moeders (Menting & Orobio de Castro, 2022), alsmede het verminderen van externaliserend gedrag bij de kinderen (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014; Menting & Orobio de Castro, 2022) gevonden. Bovendien kan aangenomen worden dat de interventie ook gedurende een langere periode met voldoende behandelintegriteit is uitgevoerd (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014; Menting & Orobio de Castro, 2022), waardoor er inmiddels een substantiële groep deelnemers gedurende een langere periode gevolgd kan worden. Een doel van de huidige studie is daarom om ook het effect van de interventie op recidive bij moeders te onderzoeken.

Het aantonen van een dergelijk effect lijkt niet eenvoudig te zijn. In tal van studies werden op het punt van recidive geen spectaculaire uitkomsten gemeld: Eventuele verschillen met de controlegroep zijn over het algemeen niet groot of laten een gemengd beeld zien (Wartna, 2009). Meta-analyses gericht op interventie-effecten van cognitieve gedragstherapie op recidivereductie lijken echter een positiever beeld te laten zien (Landenberger & Lipsey, 2005; Pearson et al., 2002; Tong & Farrington, 2006) en er zijn ook zeker studies te vinden waarin er wel effecten op recidive worden gevonden (Schaeffer & Borduin, 2005). Toch lijkt er ook als er naar meer recente studies gekeken wordt, relatief weinig steun te zijn voor effecten op recidive bij interventies voor jeugdigen (Asscher et al., 2014; Brugman & Bink, 2011; de Vries et al., 2018; van der Stouwe et al., 2018; van Stam et al., 2014) of volwassen delinquenten (Verweij et al., 2017). Dat effecten op recidive veelal beperkter zijn dan effecten op andere uitkomsten, ligt deels ook in de aard van deze uitkomstmaat: Het duurt vaak enige tijd voordat een persoon opnieuw crimineel gedrag vertoont (áls het al gebeurt), en gezien de pakkans wordt ook niet alle criminaliteit opgemerkt en geregistreerd. Zelfs als

er sprake is van geregistreerde criminaliteit, gaat het bij recidive daarnaast om een dichotome uitkomstmaat (wel/geen recidive) die statistisch minder gevoelig is voor kleine effecten.

We weten bovendien weinig als het specifiek gaat over recidive na oudertraining voor (ex-)gedetineerde moeders. Wel weten we dat vrouwen minder vaak recidiveren dan mannen, waardoor het nog moeilijker zal zijn om een effect aan te tonen. Onder vrouwelijke ex-gedetineerden die uitstroomden van 2007 tot en met 2010 varieerde de prevalentie van 10-jarige algemene recidive van 51,9% tot 54,6%, terwijl deze voor de totale groep ex-gedetineerden steeds rond de 70% lag (https://wodc-repris.nl/Repris.html). Deze percentages zouden in theorie nog wat lager kunnen liggen bij (ex-)gedetineerde *moeders* omdat moederschap ook wel gerelateerd wordt aan een afname in criminaliteit of zelfs het stoppen daarvan (Rodermond et al., 2016). Kwalitatieve studies laten daarbij zien dat moederschap motiveert om zich te onthouden van criminaliteit, maar dat de stress rondom dat moederschap tegelijk soms leidt tot een falen wat die *desistance* betreft (Rodermond et al., 2016). Een onderzoek bij vrouwen die in hun proeftijd zaten of voorwaardelijk vrij waren liet inderdaad zien dat moederschap of de motivatie om een betere moeder te zijn vermoedelijk niet genoeg is: Moederschap en motivatie waren niet gerelateerd aan overtredingen van afspraken (zoals nieuwe arrestaties) terwijl routine-opvoedactiviteiten wel gerelateerd waren aan de mate waarin afspraken werden nageleefd. Dit suggereert dat tijd besteden aan opvoeding en gevoelens van invloed en competentie als moeder gerelateerd zouden zijn aan *desistance* (Adams et al., 2017). Dit komt overeen met de gedachte vanuit kwalitatieve studies dat als moeders zich capabel voelen om voor kinderen te zorgen zonder overweldigd te raken door de eisen die aan hen gesteld worden, moederschap gerelateerd zou kunnen zijn aan verminderingen in en stoppen van criminaliteit (Rodermond et al., 2016). In die zin zouden programma's waarin met gedetineerden aan opvoeding gewerkt wordt ook effect kunnen hebben op recidive. Inderdaad vond één van de weinige kwalitatief goede studies van ouderinterventie bij gedetineerde ouders een effect van interventie op arrestaties na een jaar en zelfgerapporteerd crimineel gedrag binnen een half jaar na het verlaten van de gevangenis (J. M. Eddy et al., 2022). Eveneens in lijn met de gedachte dat dergelijke programma's een effect op recidive zouden kunnen hebben, laat een systematische overzichtsstudie (Dodson et al., 2019) zien dat studies naar *prison nursery programs* suggereren dat deze programma's in de theoretisch verwachte richting werken. Echter, vanwege methodologische tekortkomen in de studies, geeft dezelfde overzichtsstudie aan dat de werkzaamheid van deze programma's "onbekend" blijft, omdat er niet voldaan wordt aan criteria om van een veelbelovende of werkzame interventie te kunnen spreken.

Het bovenstaande maakt eveneens duidelijk dat het hebben van een goede vergelijkingsgroep van groot belang is bij een recidivemeting in het kader van Betere Start. Niet alleen gaat het om een vrij specifieke groep omdat de interventie bedoeld is voor vrouwelijke (ex-)gedetineerden. Het gaat bovendien gezien de inclusiecriteria om moeders van jonge kinderen die zowel tijdens als na detentie voldoende zorg voor hun jonge kinderen zullen hebben. Dit maakt dat andere vrouwelijke (ex-)gedetineerden niet vergelijkbaar zouden kunnen zijn – ook al matchen ze op verschillende achtergrondkarakteristieken. Gelukkig is er binnen het onderzoek naar Betere Start een redelijk goede eigen controlegroep te creëren. Het gaat daarbij in de eerste plaats om deelnemers die tijdens de RCT in de controlegroep waren gerandomiseerd. Omdat zij door toeval in de controlegroep zijn gekomen, zouden zij in andere opzichten vergelijkbaar moeten zijn met moeders die tijdens de RCT hebben deelgenomen aan de interventie. Daarmee zou deze studie voldoen aan de criteria voor het hoogste niveau van methodologische kwaliteit, wat de mogelijkheid vergroot om op basis van het onderzoek uitspraken te doen over de effecten van de interventie (Wartna, 2009). Tegelijkertijd gaat het in deze RCT om een vrij kleine groep en is bekend dat er veel deelnemers

nodig zijn om de bescheiden reductie in recidive – die zelfs de meest effectieve programma's weten te bewerkstelligen – te kunnen meten (Wartna, 2009). Binnen het onderzoek zijn er echter meer moeders die wel aan de criteria van de interventie voldeden (en in die zin vergelijkbaar zijn met de interventiemoeders) en toestemming getekend hebben, maar – ondanks dat zij hiervoor wel waren uitgenodigd – nooit hebben deelgenomen aan de interventie: de zogenaamde gekozen controlemoeders (*opt-out* groep). Om de groepen zo groot mogelijk te maken is er dus ook een vergelijking mogelijk tussen interventiemoeders en moeders die geen interventie hebben ontvangen, waarbij die laatste groep zowel bestaat uit de controlegroep als de *opt-out* groep en het zowel gaat om deelnemers uit de RCT als latere deelnemers.

Natuurlijk zijn er ook andere factoren in de levens van deze moeders die van invloed zullen zijn op recidive. Enkele van deze factoren zullen in de analyses meegenomen worden. Criminele geschiedenis wordt gezien als één van de beste voorspellers van recidive (Andrews et al., 2012). Het is daarom niet verwonderlijk dat ook voor vrouwen gevonden wordt dat eerder verblijf in detentie gerelateerd is aan (tijd tot) recidive (de Rooy et al., 2019). Met betrekking tot leeftijd lijken er twee verschillende aspecten te zijn waarmee rekening dient te worden gehouden. Enerzijds gaat het om de leeftijd tijdens de recidivemeting. Voor oudere vrouwen is het minder aannemelijk dat zij recidiveren (de Rooy et al., 2019), waardoor verschillen in leeftijd van invloed zouden kunnen zijn op recidive. Anderzijds gaat het om de start van de justitiecontacten. Recidive blijkt het hoogst te zijn bij ex-gedetineerden die al in hun jeugd in contact waren gekomen met justitie (Wartna, 2009).

In deze studie wordt het effect van interventie op de tijd tot recidive onderzocht in twee verschillende steekproeven: (1) een relatief kleine RCT-steekproef (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) en (2) een grotere steekproef bestaande uit alle moeders die tot en met september 2014 instroomden. Hierbij wordt allereerst gekeken naar algemene recidive, waarbij ook de aanwezigheid van eventuele groepsverschillen in de omvang van de recidive zullen worden getoetst. Gezien de gevolgen van vrijheidsstraffen op gezinnen, wordt vervolgens ook een eventueel effect op ovs-recidive onderzocht: nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van een misdrijf waarvoor een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf (ovs) opgelegd is. Dergelijke recidive leidt immers niet alleen tot een beperking van de mogelijkheden van contact tussen moeders en hun kinderen, maar ook tot een verdere inperking van sociaal en financieel kapitaal dat nodig is voor maatschappelijke participatie in de volwassenheid (J. M. Eddy et al., 2022).

Beschrijvende gegevens

De totale steekproef in dit hoofdstuk bestond uit 224 moeders, die gemiddeld 32,70 jaar (*SD* = 7,32) oud waren bij de start van de interventie. Van deze 224 moeders ontvingen 145 moeders (64,73%) ten minste één sessie van de interventie. Gemiddeld waren recidivegegevens beschikbaar voor 9,17 jaar (SD = 2,80) jaar na interventie. Voor 87,9% van de moeders ging het daarbij om de gehele duur van de observatieperiode. In de gevallen waarvoor dit niet gold, waren de belangrijkste redenen voor het ontbreken van data dat moeder gestopt was met het onderzoek (*n* = 23) of overleden is (*n* = 2).

Gedurende de observatieperiode recidiveerde bijna de helft (45,98%) van de moeders, waarbij 10,36% reeds in het eerste jaar recidiveerde. Het totale aantal misdrijven varieerde van 0 tot 15 (*M* = 1,23, *SD* = 2,17), met gemiddeld 0,86 (*SD* = 1,60, *range* = 0-13, *n* = 209) misdrijven in de eerste vijf jaar na interventie en 1,48 (*SD* = 2,16, *range* = 0-10, *n* = 120) misdrijven in de eerste tien jaar na interventie. Bijna een vijfde van de moeders (19,20%) ontving tijdens de observatieperiode

een (gedeeltelijk) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf, waarbij zes moeders (2,69%) een (gedeeltelijk) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf ontvingen voor een misdrijf dat reeds in het eerste jaar na interventie was gepleegd.

In 66,96% van de gevallen waren er in de justitiële documentatie misdrijven die voorafgingen aan de uitgangszaak zichtbaar. Gemiddeld ging het daarbij om 2,81 misdrijven (*SD* = 4,76, *range* = 0-43), waarvan gemiddeld 2,25 (*SD* = 3,81, *range* = 0-31) tijdens de volwassenheid. In ongeveer een vijfde van de gevallen (19,20%) was er ook sprake van ten minste één jeugdmisdrijf, variërend van 1 tot 12 gerapporteerde misdrijven tijdens de jeugd.

Voorafgaand aan de toetsing van de effecten van de interventie, controleerden wij of er sprake was van groepsverschillen op enkele relevante variabelen bij aanvang of in de duur van de observatieperiode. Dergelijke groepsverschillen zouden immers van invloed kunnen zijn op de verder in dit hoofdstuk beschreven resultaten. Voor de RCT-steekproef werden er op vijf onafhankelijke *t*-toetsen (leeftijd, volledige jaren, aantal jeugdmisdrijven, aantal volwassen misdrijven voor uitgangszaak en totaal aantal eerdere misdrijven) geen verschillen gevonden tussen de 55 interventiemoeders en 26 controlemoeders. Voor de gehele steekproef werden er in drie onafhankelijke *t*-toetsen geen verschillen tussen interventiemoeders en moeders die geen interventie ontvangen hadden gevonden met betrekking tot de delictgeschiedenis, maar wel in de leeftijd van moeders ($t(191{,}28) = -3{,}64$, $p < .001$, gelijke varianties niet aangenomen) en het aantal volledige jaren ($t(222) = 2{,}42$, $p = .02$). Interventiemoeders ($M = 33{,}91$, $SE = 0{,}63$) waren iets ouder dan moeders die geen interventie ontvingen ($M = 30{,}49$, $SE = 0{,}69$). Er waren voor hen bovendien gegevens over net iets minder volledige jaren ($M = 8{,}83$, $SE = 0{,}23$) beschikbaar dan voor moeders die geen interventie ontvingen ($M = 9{,}77$, $SE = 0{,}31$). Al met al lijken de groepen dus redelijk vergelijkbaar te zijn.

Effecten van Betere Start op algemene recidive

Om de effecten van interventie en andere covariaten (leeftijd moeder, jeugdmisdrijf en totaal aantal eerdere misdrijven) te evalueren op de tijd totdat moeders recidiveerden werd Cox regressie gebruikt. Voorafgaand aan de analyse werden de assumpties gecheckt. Deze leverde behalve voor de verdeling van het totaal aantal eerdere misdrijven geen problemen op. Na een *inverse* transformatie van deze variabele werden er geen multivariate uitbijters of verschillen tussen incomplete cases en volledige cases gevonden, en werd voldaan aan de *proportional hazards* en multicollinearitetis-aannames.

Voor de bescheiden RCT-steekproef werd geen significant effect van interventie gevonden als er gecontroleerd werd voor de drie overige covariaten, $\chi^2(1) = 0{,}74$, $p = .19$ (eenzijdig). Hoewel niet significant, was de gemiddelde *hazard ratio* voor interventie wel onder de 1 (0,75, 95% betrouwbaarheidsinterval 0,39 tot 1,42), wat in het geval van significantie had geduid op een hogere *survival* (en dus een minder grote kans op recidive) in de interventiegroep. De drie covariaten waren tezamen enkel marginaal significant voorspellend voor *survival*, $\chi^2(3) = 7{,}07$, $p = .07$. Enkel het totaal aantal eerdere misdrijven bleek een significante voorspeller, $\chi^2_{wald}(1) = 4{,}11$, $p = .04$. Het risico op recidive werd vergroot naarmate er meer eerdere misdrijven waren gerapporteerd.

Voor de gehele steekproef werd wel een significant effect van interventie gevonden als gecontroleerd werd voor de drie overige covariaten, $\chi^2(1) = 4{,}02$, $p = .02$ (eenzijdig). De *harzard ratio* voor interventie (HR = 0,66 met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 0,44 tot 0,99) liet hierbij zien

dat de kans op *survival* groter (en daarmee de kans op recidive dus *kleiner*) is in de interventiegroep. In totaal recidiveerde 40,69% van de interventiemoeders en 55,69% van de moeders die geen interventie hadden ontvangen, dus de resultaten geven weer dat men zou kunnen verwachten dat van iedere 100 (ex-)gedetineerde moeders die Betere Start ontvangen er binnen gemiddeld 9,17 jaar ongeveer 41 zullen recidiveren, terwijl dit er voor iedere 100 (ex-)gedetineerde moeders die geen Betere Start ontvangen ongeveer 56 zullen zijn. De (geschatte) cumulatieve proportie *survivors* (ofwel moeders zonder recidive) staat tot 13 jaar na interventie voor de interventiegroep (groene lijn) en moeders die geen interventie hebben ontvangen (blauwe lijn) weergegeven in Figuur 7. De drie overige covariaten tezamen waren eveneens significant voorspellend voor *survival*, $\chi^2(3) = 21{,}30$, $p < .001$, waarbij het totaal aantal eerdere misdrijven de sterkste voorspeller bleek. De relatieve bijdrage van de covariaten in het totale model wordt weergegeven in Tabel 6.

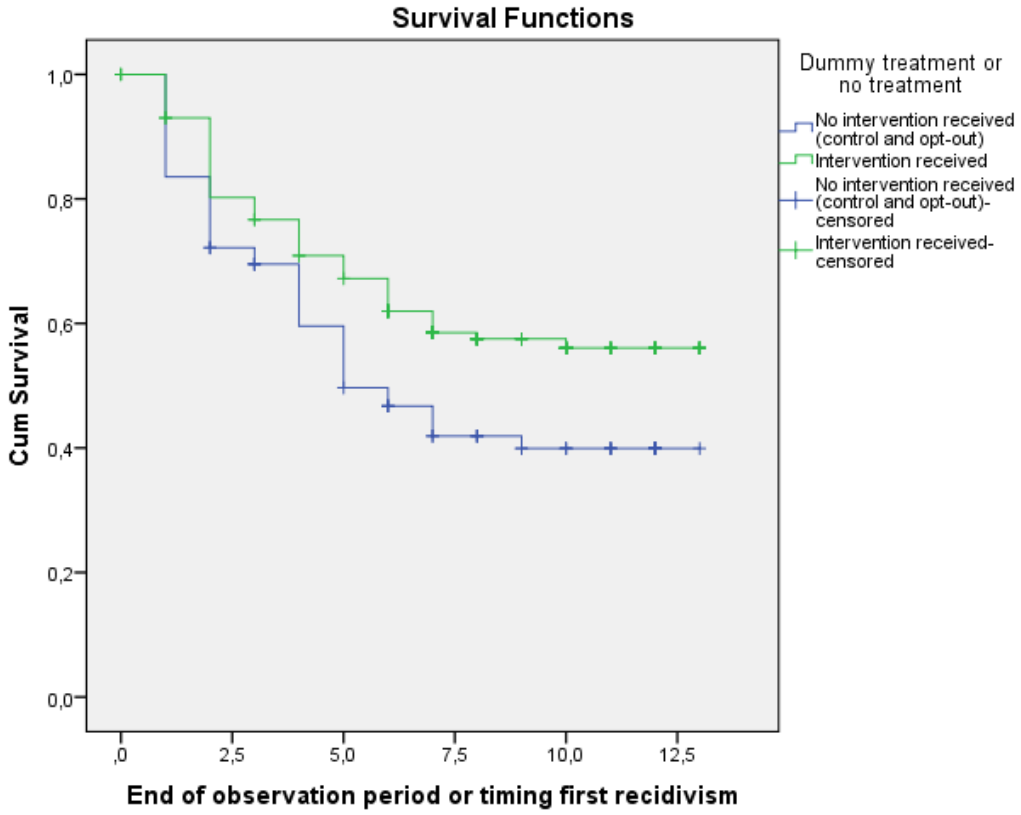
Tabel 6

Resultaten volledige model survivalanalyse recidive voor gehele steekproef

Covariaat	*B*	Wald	df	p	Exp(B)	95% CI
Leeftijd moeder	-0,01	0,55	1	.46	0,99	0,96-1,02
Jeugdmisdrijf	0,00	0,00	1	.99	1,00	0,59-1,70
Totaal aantal eerdere misdrijven	-1,39	15,27	1	<.001	0,25	0,13-0,50
Interventie	-0,42	4,11	1	.04	0,66	0,44-0,99

Figuur 7

Survivalplot recidive volledige steekproef (Kaplan-Meier)



Groepsverschillen in omvang van recidive

Groepsverschillen in de omvang van de recidive na 5 jaar en 10 jaar werden getoetst met onafhankelijke *t*-toetsen met *bootstrapping* (2000 trekkingen). Er werden geen significante groepsverschillen in de RCT-steekproef gevonden. Na 5 jaar bedroeg de gemiddelde recidive in de interventiegroep 0,66 misdrijven en in de controlegroep 1,12 misdrijven, $t(76) = 1{,}31$, $p = .08$ (eenzijdig), $d = 0{,}32$. Na 10 jaar bedroeg de gemiddelde recidive in de interventiegroep 1,18 misdrijven en in de controlegroep 1,87 misdrijven, $t(70) = 1{,}07$, $p = .11$ (eenzijdig), $d = 0{,}29$.

In de gehele steekproef werden er voor moeders die interventie ontvingen na 5 jaar significant minder misdrijven ($M = 0{,}69$, $SE = 0{,}13$) gerapporteerd dan voor moeders die geen interventie ontvingen ($M = 1{,}18$, $SE = 0{,}20$), $t(207) = 2{,}07$, $p = .02$ (eenzijdig), $d = 0{,}30$. Na 10 jaar werden er voor moeders die interventie ontvingen eveneens minder misdrijven ($M = 1{,}07$, $SE = 0{,}22$) gerapporteerd dan voor moeders die geen interventie ontvingen ($M = 1{,}98$, $SE = 0{,}34$). Ook dit verschil (0,91, BCa 95% CI [0.12, 1.61]) was significant, $t(92{,}71) = 2{,}30$, $p = .01$ (eenzijdig), gelijke varianties niet aangenomen, $d = 0{,}42$. In de gehele steekproef was het aantal misdrijven in de interventiegroep dus zowel na vijf als na tien jaar bijna de helft lager dan in de controlegroep.

Effecten van Betere Start op onvoorwaardelijke vrijheidsstraf

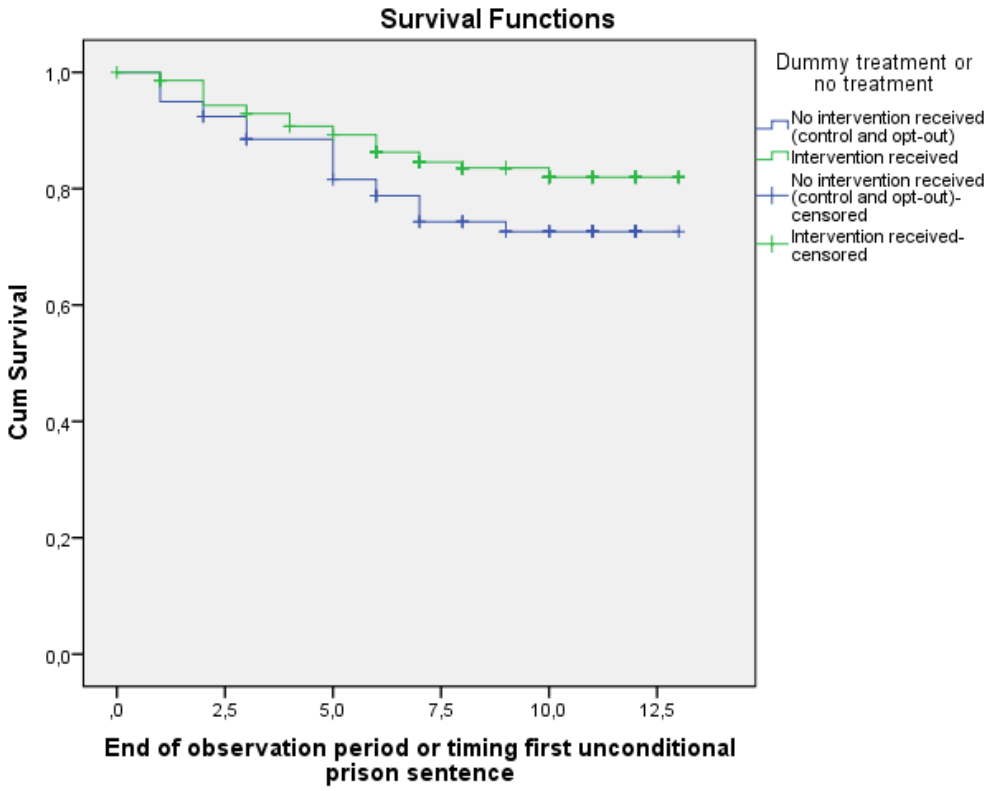
De effecten van de interventie en andere covariaten (leeftijd moeder, jeugdmisdrijf en totaal aantal eerdere misdrijven) op de tijd totdat moeders een misdrijf begingen waarvoor zij een (gedeeltelijk) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf ontvingen, werden getoetst met Cox regressie. In deze analyses werden dezelfde covariaten gebruikt als in de eerder beschreven survivalanalyses, waarbij hierbij eveneens aan de assumpties werd voldaan.

Voor de RCT-steekproef werd geen significant effect van interventie gevonden als er gecontroleerd werd voor de drie overige covariaten, $\chi^2(1) = 0{,}89$, $p = .17$ (eenzijdig). Hoewel niet significant, was de gemiddelde *hazard ratio* voor interventie wel onder de 1 (0,66, 95% betrouwbaarheidsinterval 0,28 tot 1,55), wat in het geval van significantie had geduid op een hogere *survival* (en dus een minder grote kans op een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf) in de interventiegroep. De drie covariaten waren tezamen wel significant voorspellend voor *survival*, $\chi^2(3) = 7{,}97$, $p = .047$, waarbij enkel het totaal aantal eerdere misdrijven een significante voorspeller was, $\chi^2_{wald}(1) = 5{,}55$, $p = .02$. Het risico op onvoorwaardelijke vrijheidsstraf werd vergroot naarmate er meer eerdere misdrijven waren gerapporteerd.

Voor de gehele steekproef werd een marginaal significant effect van interventie gevonden als gecontroleerd werd voor de drie overige covariaten, $\chi^2(1) = 2{,}48$, $p = .06$ (eenzijdig). Hoewel net niet significant, was de gemiddelde *hazard ratio* voor interventie wel onder de 1 (0,61, 95% betrouwbaarheidsinterval 0,33 tot 1,13), wat in het geval van significantie had geduid op een minder grote kans op een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf in de interventiegroep. De (geschatte) cumulatieve proportie moeders die geen onvoorwaardelijke vrijheidsstraf ontvingen staat tot 13 jaar na interventie voor de interventiegroep (groene lijn) en moeders die geen interventie hebben ontvangen (blauwe lijn) weergegeven in Figuur 8. De drie covariaten waren tezamen wel significant voorspellend voor *survival*, $\chi^2(3) = 16{,}36$, $p = .001$, waarbij enkel het totaal aantal eerdere misdrijven een significante voorspeller was, $\chi^2_{wald}(1) = 13{,}05$, $p < .001$. Het risico op onvoorwaardelijke vrijheidsstraf was groter naarmate er meer eerdere misdrijven waren gerapporteerd.

Figuur 8

Survivalplot onvoorwaardelijke vrijheidsstraf volledige steekproef (Kaplan-Meier)



Conclusie

In de officiële justitiële data blijken, na deelnemers gemiddeld tot 9,17 jaar na interventie gevolgd te hebben, moeders die de interventie Betere Start gevolgd hebben minder recidive te laten zien dan moeders die de interventie niet gevolgd hebben. Survivalanalyses laten een kleinere kans op recidive voor moeders die Betere Start gevolgd hebben zien, maar dit effect is net niet significant voor het ontvangen van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. De totale hoeveelheid misdrijven blijkt bovendien zowel op 5 jaar na interventie als op 10 jaar na interventie bijna de helft lager in de interventiegroep. In de kleinere RCT-steekproef wezen ratio's en gemiddelden in dezelfde richting, maar konden geen verschillen worden aangetoond. Dit kan echter komen door de geringere statische power in die analyses. Het is daarom waarschijnlijk dat Betere Start een effect heeft op recidive en de hoeveelheid recidive, maar een effect op onvoorwaardelijke vrijheidsstraf kon niet worden bewezen.

7. Resultaten delinquentie en middelengebruik door adolescenten

Intergenerationele overdracht van gedragsproblemen en delinquentie is een bekend fenomeen (Besemer et al., 2017; Carr, 2015). Kinderen van ouders die delinquent gedrag vertonen (Besemer et al., 2017), of specifieker kinderen van gedetineerde ouders (Murray, Farrington, et al., 2012), lopen dan ook een verhoogd risico om zelf ook delinquent gedrag te gaan vertonen. Meta-analyses (Besemer et al., 2017; Murray, Farrington, et al., 2012) laten hierbij zien dat dit verhoogde risico eveneens gevonden worden wordt in studies waarin gecontroleerd wordt voor andere beïnvloedende factoren. Het risico zou bovendien wel eens het hoogste kunnen zijn voor kinderen van gedetineerde *moeders* vergeleken met gedetineerde vaders (Besemer et al., 2017; Murray & Farrington, 2008a), omdat moeders veelal de primaire verzorger van het kind zijn voor detentie en de detentie van moeder daarom veelal meer wisselingen in zorg met zich meebrengt dan de detentie van vader (Mackintosh et al., 2006; Poehlmann, 2005). Verschillende theorieën verklaren dit verhoogde risico voor kinderen van gedetineerde ouders, waarbij verschillende theorieën op het belang van verschillende mechanismes wijzen. Zo wordt er gewezen op de invloed van een criminogene omgeving, een mogelijke *bias* in het strafrechtsysteem, *labeling* en genetische invloeden op de overdracht van crimineel gedrag (Besemer et al., 2017). De sociale leertheorie geeft bovendien aan dat het gedrag van de ouders zelf een belangrijke rol zou kunnen spelen: Door hun eigen gedrag kunnen ouders (grotendeels onbewust en ongewild) crimineel gedrag aan hun kinderen "aanleren", terwijl het in sommige gevallen zelfs mogelijk is dat kinderen het criminele gedrag van hun ouders observeren en imiteren (Besemer et al., 2017). Detentie van de ouders zou volgens deze theorie kinderen beïnvloeden via *modeling* en verminderde kwaliteit van zorg en opvoeding, terwijl de gewaarwording van het feit dat de ouder veroordeeld is voor crimineel gedrag ook kan bijdragen aan de imitatie van crimineel gedrag (Murray & Farrington, 2008a).

Opvoeding zou dus een belangrijke rol kunnen spelen in de intergenerationele overdracht van delinquent gedrag. Het oppakken van de opvoeding na detentie zou bovendien wel eens extra moeilijk kunnen zijn doordat – mede door detentie – allerlei risicofactoren opeenstapelen binnen deze gezinnen (Loper & Tuerk, 2006; Menting et al., 2017; Murray & Farrington, 2008a; Phillips et al., 2006). In lijn hiermee vonden enkele studies suboptimaal opvoedgedrag bij (ex-)gedetineerde ouders (Menting et al., 2017; Phillips et al., 2004), terwijl we ook uit de literatuur weten dat dergelijke suboptimale opvoedgedragingen gerelateerd zijn aan latere delinquentie (Hoeve et al., 2009). Opvoeding lijkt dus een belangrijk aangrijppunt om de intergenerationele overdracht van delinquentie te doorbreken. Daarbij lijkt het een logische gedachte om op jonge leeftijd in te grijpen bij een hoog-risicopopulatie. Binnen Betere Start werd getracht om de opvoeding door (ex-)gedetineerde moeders met jonge kinderen te optimaliseren. In dit hoofdstuk worden effecten van deze oudertraining op latere delinquentie onderzocht, wat dus een belangrijke uitkomstmaat met het oog op intergenerationele overdracht is.

Net als voor opvoeding en gedragsproblemen (zie Hoofdstuk 5) is er eigenlijk relatief weinig onderzoek beschikbaar waarin effecten van vroege interventie op uitkomsten als delinquentie op de lange termijn onderzocht worden. Toch zijn er in de literatuur zeker voorbeelden te vinden waarin er effecten op delinquent gedrag op de zeer lange termijn worden onderzocht. In een meta-analyse (Deković et al., 2011) werd bijvoorbeeld gevonden dat het effect van op kinderen gerichte preventie op delinquentie tijdens de volwassenheid significant is, en het sterkst was bij kinderen uit achterstandssituaties. Hierbij lijken zelfs bescheiden effecten tot zeer hoge kostenbesparingen te

leiden, door de hoge kosten van criminaliteit. Schattingen van kostenbesparingen lopen uiteen van €40.000 tot €200.000 *per kind* waarvan een criminele carrière wordt voorkomen (Romeo e.a., 2011). Preventieve interventie in de kindertijd, zoals Betere Start, lijkt dus ook op lange termijn een gunstig effect op de ontwikkeling van kinderen, maatschappelijke veiligheid en kosten te kunnen hebben. Deze gedachte wordt gesteund door indirect bewijs vanuit onderzoek naar Incredible Years (Webster-Stratton et al., 2011): Kinderen (74% jongens) die Incredible Years als behandeling ontvingen lieten in de adolescentie een geringere betrokkenheid in het strafrechtsysteem zien dan je op grond van hun vroege start van ernstige gedragsproblemen zou mogen verwachten. Dat betekent dat deze groep min of meer gelijk scoorde als een normgroep wat betreft zelf-gerapporteerde delinquentie en er minder betrokkenheid in het strafrechtsysteem door hun ouders werd gerapporteerd dan in een andere interventiestudie gericht op hoog-risico jongens (Oregon Youth Study). Ook lijkt er na Incredible Years minder vaak sprake te zijn van middelenmisbruik (Webster-Stratton et al., 2011). Deze mogelijke effecten op zowel delinquentie als middelenmisbruik lijken niet toevallig te zijn: Studies laten zien dat gedragsproblemen tijdens de kindertijd eveneens een risicofactor zijn voor volwassen middelenmisbruik en dat deze relatie gemedieerd wordt door drugsgebruik en delinquentie tijdens de adolescentie (Fergusson et al., 2007; Hopfer et al., 2013; Mash & Wolfe, 2019). In die zin zou men bij een interventie die zich richt op gedragsproblemen dus lange termijn effecten op delinquentie mogen verwachten, en zou ook een effect op middelengebruik mogelijk zijn.

Gezien het doel van Beter Start om delinquentie bij de kinderen te voorkomen, vormt delinquentie een belangrijke uitkomstmaat. Binnen de lange termijn follow-up van Betere Start werd daarom beoogd om deze delinquentie op verschillende manieren in beeld te brengen. Hierbij dienden we, gezien de jonge leeftijd waarop kinderen in de oorspronkelijke interventiestudie instroomden, veelal een aantal jaren te wachten om delinquentie te kunnen meten. Om iets zinvols te kunnen zeggen over delinquentie bij deze kinderen, dienden de kinderen immers tot in hun adolescentie gevolgd te worden: De grootste piek van delinquentie (qua prevalentie en frequentie) vindt in de adolescentie plaats, meestal als adolescenten tussen de 14 en de 17 jaar oud zijn (Farrington, 1986) en pas in de adolescentie kunnen de kinderen strafrechtelijk vervolgd worden. Ook voor een andere potentiële negatieve uitkomst voor kinderen van gedetineerde moeders, namelijk middelengebruik (Gifford et al., 2019; Kjellstrand, Yu, Eddy, & Clark, 2020), geldt dat deze pas in de adolescentie aan het licht zal komen. Delinquent gedrag en middelengebruik werden daarom pas vanaf de leeftijd van 11 jaar gemeten middels rapportage door moeder en zelfrapportage. Daarnaast werd in het jaar dat de jongere 16 jaar oud werd toestemming gevraagd om officiële gegevens te raadplegen. Helaas kan het effect van Betere Start op delinquentie in dit hoofdstuk enkel op basis van moederrapportage worden getoetst, gezien de geringe hoeveelheid data vanuit zelfrapportage en het geringe aantal toestemmingen dat uiteindelijk verkregen is voor gebruik van officiële gegevens (zie Procedure).

Beschrijvende gegevens

De totale steekproef in dit hoofdstuk bestond uit 116 jongeren (55,2% jongens), waarvoor door moeder gerapporteerde data over delinquentie beschikbaar is. Dit betrof 44,4% van de jongeren in de dataset – na exclusie op grond van leeftijd bij start training, onvoldoende contact of het niet bereiken van de 11-jarige leeftijd gedurende de lange termijn follow-up. In deze steekproef bestond 74,1% uit jongeren waarvan de moeder ten minste 1 sessie van de interventie had gevolgd; de

overige jongeren kwamen ongeveer even vaak uit de controlegroep (*n* = 14) als de *opt-out* groep (*n* = 16). Bij instroom in de oorspronkelijke studie waren de kinderen gemiddeld 7,38 jaar oud (SD = 2,47). De leeftijd waarvoor de MDG-data beschikbaar was, varieerde van 11 jaar (*n* = 51) tot 21 jaar (*n* = 4), waarbij de eerst beschikbare meting gemiddeld op 13,16-jarige leeftijd (*SD* = 2,06 jaar) werd afgenomen en de laatst beschikbare meting gemiddeld bij 15,47 jaar (*SD* = 2,83). Gemiddeld werden voor deze jongeren 3,03 (*SD* = 1,77) van de 4,74 (*SD* = 1,74) MDG-metingen die op grond van leeftijd en follow-upperiode verricht hadden kunnen worden ook daadwerkelijk verricht.

Jongeren in de steekproef werden op enkele variabelen vergeleken met jongeren die niet in de steekproef terecht waren gekomen. Inclusie in de steekproef bleek samen te hangen met conditie, $\chi^2(1) = 9{,}76$, $p = .002$. In lijn met de opzet van de lange termijn follow-up (i.e., het niet benaderen van de *opt-out* groep voor de groepen na de RCT), was de kans groter om in de analyses geïncludeerd te worden als moeder deelgenomen had aan de interventie. De jongeren die geïncludeerd konden worden waren bij start van de interventie bovendien iets ouder (*M* = 7,38 jaar, *SE* = 0,23) dan de jongeren die niet in de analyses konden worden meegenomen (*M* = 6,68 jaar, *SE* = 0,21), $t(258) = -2{,}20$, $p = .03$. Inclusie in de analyses bleek echter niet samen te hangen met gender, $\chi^2(1) = 1{,}64$, $p = .20$. Bovendien verschilden de groepen niet in hun gedragsproblemen (ECBI-intensiteitsschaal) op de voormeting, $t(220) = -0{,}78$, $p = .44$. Hoewel er dus strikt genomen sprake lijkt te zijn van enige selectieve uitval, vanuit de groep die geen interventie heeft ontvangen en de jongere kinderen, lijkt deze selectieve uitval te verklaren op grond van de nadruk op de RCT-groepen in de lange termijn follow-up en lijkt er geen selectieve uitval per sekse of qua ernst van de gedragsproblemen bij aanvang te zijn.

Voorafgaand aan de hoofdanalyses werd binnen de steekproef bovendien gecontroleerd of er verschillen bestonden op enkele relevante variabelen tussen jongeren waarvan de moeders interventie hebben ontvangen en jongeren waarvan de moeders geen interventie hebben ontvangen Conditie bleek niet samen te hangen met gender, $\chi^2(1) = 1{,}09$, $p = .30$. Deze groepen bleken wel te verschillen in de leeftijd van het kind bij aanvang van de interventie $t(114) = -2{,}01$, $p = .047$. Jongeren in de interventieconditie waren bij aanvang van de interventie iets ouder (*M* = 7,64 jaar, *SE* = 0,27) dan de jongeren waarvan de moeder niet had deelgenomen aan de interventie (*M* = 6,60 jaar, *SE* = 0,43). Er werden echter geen groepsverschillen gevonden in de gedragsproblemen bij aanvang van de interventie ($t(105) = -1{,}55$, $p = .13$), de leeftijd bij de eerste MDG-meting ($t(114) = 0{,}31$, $p = .76$), de leeftijd bij de laatste MDG-meting ($t(114) = 1{,}37$, $p = .17$) of het aantal MDG-metingen dat verricht kon worden ($t(114) = 1{,}19$, $p = .24$). Al met al lijken de groepen dus redelijk vergelijkbaar te zijn.

Moeders rapporteerden voor jongeren van nagenoeg elke leeftijd (11 tot 21 jaar) enig delinquent gedrag (zie Tabel 7). De gemiddelde waardes (voor elke leeftijd lager dan 1) laten echter eveneens zien dat er voor relatief veel van de kinderen geen delinquent gedrag gerapporteerd werd. Tegelijkertijd toont de waargenomen range dat er tot acht delinquente gedragingen in het afgelopen jaar voor één bepaalde jongere gerapporteerd werden. Het meest frequent werden gerapporteerd: iets uit een winkel gestolen van minder dan 5 euro, iemand geslagen en/of geschopt zonder dat die persoon gewond is geraakt, expres iets anders dat niet van hem/haar was beschadigd of vernield en anderen geholpen met iets crimineels. Iemand geslagen of geschopt zonder dat die persoon gewond is geraakt was hierbij het gedrag dat het vaakst over de jaren heen voor één specifiek kind werd gerapporteerd (4 keer). In totaal werden zes delinquente gedragingen nooit door moeders gerapporteerd. Deze gedragingen hadden betrekking op het op school stelen van scholieren, docenten of van school (zowel minder dan 5 euro als meer dan 5 euro), iemand met een wapen verwonden, partydrugs (zoals speed, XTC of paddo's) of harddrugs (zoals heroïne of cocaïne) verkopen en iemand tegen zijn of haar zin seksueel aanraken of seksuele dingen laten doen.

Tabel 7

Aantal delinquente gedragingen (moederrapportage) in gehele steekproef

Leeftijd	*n*	*M* (*SD*)	Range (0-30)
11 jaar	50	0,74 (1,24)	0,00-5,00
12 jaar	53	0,34 (0,94)	0,00-5,00
13 jaar	45	0,36 (1,00)	0,00-5,00
14 jaar	48	0,48 (0,99)	0,00-4,00
15 jaar	48	0,60 (1,41)	0,00-7,00
16 jaar	33	0,58 (1,23)	0,00-5,00
17 jaar	23	0,65 (1,92)	0,00-8,00
18 jaar	16	0,00 (0,00)	0,00-0,00
19 jaar	15	0,60 (1,30)	0,00-4,00
20 jaar	10	0,20 (0,63)	0,00-2,00
21 jaar	4	0,25 (0,50)	0,00-1,00

Moeders rapporteerden voor nagenoeg elke leeftijd (11 tot 21 jaar) enig middelengebruik (zie Tabel 8). Dat de gemiddelde waardes zeker tot en met 14 jaar dicht bij 1,00 liggen, suggereert dat er bij de meeste kinderen op die leeftijd echter geen sprake was van middelengebruik. Tegelijkertijd suggereert de bovenkant van de waargenomen range dat er zeker vanaf 15-jarige leeftijd sprake moet zijn geweest van divers middelengebruik bij een deel van de jongeren. Het meest frequent werd gebruik van alcohol thuis of bij vrienden thuis gerapporteerd. Dit item en het kopen van zwak alcoholische drank (zoals bier of wijn) werden ook het vaakst binnen één persoon gerapporteerd: tot in 5 verschillende jaren. Het gebruik van harddrugs (zoals heroïne of cocaïne) werd door geen enkele moeder voor haar kind gerapporteerd.

Tabel 8

Gemiddeld middelengebruik (moederrapportage) in gehele steekproef

Leeftijd	*n*	*M* (*SD*)	Range (1-5)
11 jaar	51	1,01 (0,04)	1,00-1,29
12 jaar	53	1,00 (0,00)	1,00-1,00
13 jaar	46	1,01 (0,03)	1,00-1,14
14 jaar	48	1,03 (0,11)	1,00-1,57
15 jaar	47	1,16 (0,37)	1,00-3,29
16 jaar	33	1,20 (0,50)	1,00-3,71
17 jaar	24	1,49 (0,56)	1,00-3,29
18 jaar	15	1,67 (0,77)	1,00-3,29
19 jaar	13	1,82 (0,63)	1,00-2,71
20 jaar	10	1,57 (0,78)	1,00-3,00
21 jaar	3	2,44 (1,00)	1,00-3,33

Opmerking. Score betreft de gemiddelde frequentie over items (1 = *nooit*, 2 = *1 keer*, 3 = *2 keer*, 4 = *3 tot 10 keer* en 5 = *meer dan 10 keer*)

De moederrapportage van delinquent gedrag (MDG) was significant positief gerelateerd aan de zelfrapportage van delinquent gedrag (ZDG) op 11- tot 14-jarige leeftijd (r = .59 tot .62), wat suggereert dat de oordelen van moeders en kinderen in de jongste leeftijdscategorieën nog redelijk overeenkwamen. Op latere leeftijden werden er geen significante relaties meer gevonden tussen deze rapportages, maar daalde de steekproefgrootte ook verder van n = 22 op 14-jarige leeftijd tot n = 3 op de hoogste leeftijd voor zelfrapportage (20 jaar). Voor middelengebruik was de moederrapportage significant positief gerelateerd aan de zelfrapportage voor zes van de 10 meetmomenten. Op 13- tot 18-jarige leeftijd was de associatie tussen de beide metingen significant, variërend van r = .46 (13 jaar) tot r = .92 (15 jaar). Op 19- en 20-jarige leeftijd heeft het ontbreken van een significante correlatie hoogstwaarschijnlijk ook te maken met de kleine steekproef (n = 3 en 4 respectievelijk), aangezien de Pearson correlatie op 19-jarige leeftijd ook nog .86 was, maar toch niet significant (p = .14). Dit lijkt echter niet de meest plausibele verklaring te zijn voor de jongste leeftijdsgroepen (n = 29 en 27 respectievelijk), voor wie een gebrek aan variantie mogelijk ook een rol speelt. Deze resultaten suggereren al met al dat de oordelen van moeders en jongeren over het middelengebruik van de jongeren vanaf 13-jarige leeftijd in redelijke mate overeenkomen.

Effecten van Betere Start op delinquentie en middelgebruik bij adolescenten

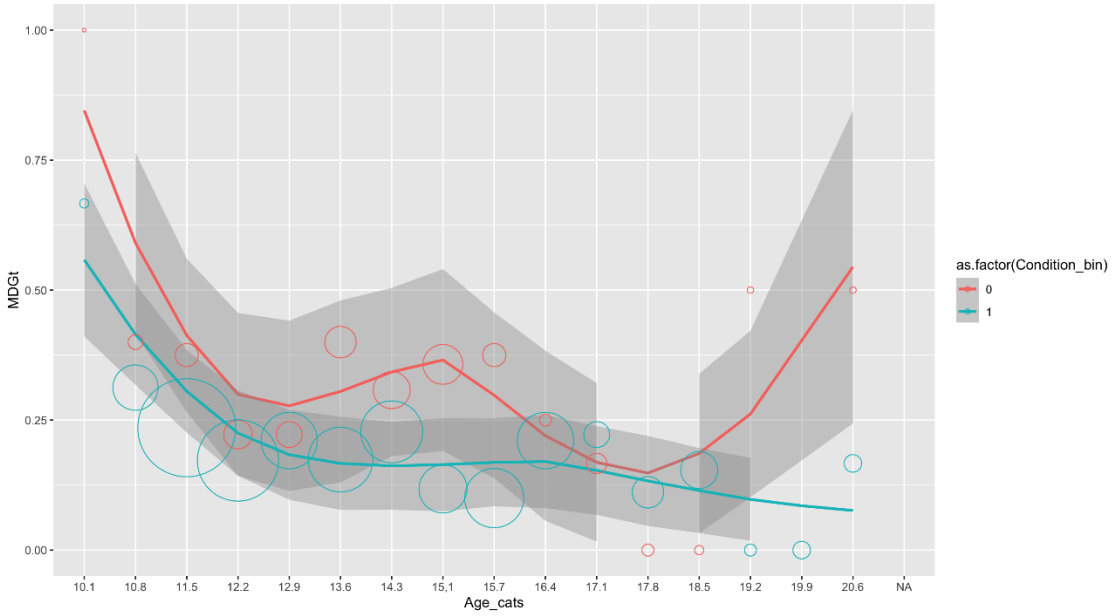
Om het effect van de interventie op delinquentie bij adolescenten en middelengebruik te toetsen, werd een *mixed effects model* geschat met de statistische software R. Voorafgaand aan deze analyses is gekeken of de distributie van de afhankelijke variabelen als (enigszins) normaal kon worden aangemerkt. Dit bleek niet het geval te zijn: In 78% van de observaties was er bijvoorbeeld sprake van een nulscore op de totaalschaal, wat aangeeft dat er geen delinquente gedragingen door moeders werden gerapporteerd. Om die reden is ervoor gekozen om de afhankelijke variabelen (delinquentie en middelengebruik) te dichotomiseren voor de hoofdanalyses; zie Instrumenten in Hoofdstuk 3 voor de wijze waarop de splitsing is gemaakt. Verder is besloten om diverse controlevariabelen mee te nemen in de modellen: gender (vanwege genderverschillen in de mate en ontwikkeling van delinquentie en middelengebruik (McHugh et al., 2018; Miller et al., 2010)), leeftijd (vanwege leeftijdsverschillen in de mate van delinquentie en middelengebruik (Farrington, 1986; Mennis & Mason, 2012)) en de tijd sinds interventie (omdat de invloed van de interventie mogelijk af zou kunnen nemen naarmate de interventie langer geleden is). Daarnaast werd ook de interactie tussen leeftijd en conditie als mogelijke predictor in de modellen meegenomen.

Op door de moeder gerapporteerde *delinquentie* van haar kinderen had Betere Start een gunstig effect. De resultaten van het model laten zien dat alleen conditie (deelname van moeder aan Betere Start versus moeder heeft geen interventie ontvangen) een significante voorspeller van de totaalscore was, b = -0,461, p = .04, eenzijdig getoetst. Dit betekent dat deelname van moeder aan Betere Start voorspellend was voor het niet rapporteren van delinquent gedrag door moeders (zie ook Figuur 9). Dit resultaat komt ook tot uiting in een vergelijking tussen de condities in ruwe percentages van delinquente gedragingen: In de vergelijkingsgroep vertoonde 30,6% van de kinderen delinquent gedrag en in de interventiegroep was dit 18,9%.

Op *middelgebruik* werd daarentegen geen effect van de interventie gevonden. In dit regressiemodel was slechts de predictor leeftijd significant, b = 0,759, p < .001. Dit betekent dat oudere deelnemers vaker middelengebruik rapporteerden, maar dat het volgen van de interventie hierop niet van invloed was.

Figuur 9

Delinquent gedrag per leeftijd voor de interventiegroep (blauw) en niet-interventiegroep (rood)



Opmerkingen. Hogere scores impliceren meer delinquent gedrag. Grotere bollen representeren een groter aantal datapunten. Betrouwbaarheidsintervallen zijn grijs gearceerd.

Conclusie

Uit moederrapportage blijkt dat jongeren waarvan de moeders deelgenomen hebben aan Betere Start minder delinquent gedrag laten zien dan jongeren waarvan de moeder niet heeft deelgenomen aan de interventie. Er werd geen verschil tussen deze condities gevonden wat het middelengebruik betreft. Wel nam het gemiddelde middelengebruik toe met de leeftijd van de jongeren. Hoewel deze resultaten met betrekking tot delinquent gedrag bij jongeren hoopgevend zijn te noemen, dienen zij met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De grootte van de bollen in Figuur 9 geeft aan dat de hogere scores in de niet-interventiegroep soms op weinig metingen waren gebaseerd. Derhalve zou met name een grotere vergelijkingsgroep wenselijk zijn geweest om de resultaten met wat meer zekerheid te kunnen interpreteren.

Daarnaast zou het natuurlijk ook wenselijk zijn geweest om ook de gegevens uit zelfrapportage vanuit de jongeren en officiële gegevens mee te kunnen nemen in de toetsing. Zoals eerder aangegeven, was dit oorspronkelijk ook de bedoeling, maar was de uiteindelijke steekproefgrootte zo gering dat toetsing niet van meerwaarde was. Voor zelfrapportage werd juist ook gekozen omdat delinquentie en middelengebruik niet altijd zichtbaar voor anderen hoeven te zijn, en zelfrapportage redelijk valide is voor het meten van zo'n gevoelig onderwerp (Thornberry & Krohn, 2000). Ondanks dat deze gegevens niet op de beoogde wijze konden worden meegenomen lijken de (wel) verzamelde zelfrapportages deels ondersteunend, in die zin dat voor op zijn minst een deel van de leeftijdsgroep middelmatige tot zeer sterke correlaties werden gevonden tussen zelf- en moederrapportages, terwijl overeenkomsten tussen verschillende informanten zeker niet vanzelfsprekend zijn. Correlaties tussen informanten zijn in onderzoek veelal laag, maar de overeenkomst is hoger als het om observeerbaar gedrag gaat dat (deels) in dezelfde setting (e.g.,

thuis) plaatsvindt (de Los Reyes et al., 2015). Idealiter zouden – net als voor de moeders – ook de officiële gegevens uit het Justitiële Documentatiesysteem geraadpleegd worden om meer zekerheid te krijgen over de effecten van Betere Start op delinquentie bij de kinderen van deelnemers. Natuurlijk levert het gebruik van officiële gegevens hoogstwaarschijnlijk een onderschatting van het aantal gepleegde delicten op (omdat niet alles ontdekt wordt), maar aangezien de delicten juridisch zijn getoetst zou dit wel een valide meting van delicten tijdens een lange observatietermijn opleveren (Wartna, 2009), die minder kwetsbaar lijkt voor eventuele groepsverschillen in over- of onderrapportage.

8. Conclusies

In deze lange termijn follow-up werd beoogd de effecten tot maximaal 10 jaar na interventie vast te stellen van de preventieve ouderinterventie Betere Start voor (ex-)gedetineerde moeders gedurende de overgang van detentie naar de thuisomgeving. Hiertoe werden deelneemsters aan interventie- en controlegroepen en hun bij aanvang 2-tot 10-jarige kinderen tot in de adolescentie of jong-volwassenheid gevolgd. In eerder onderzoek bleek Betere Start direct na interventie effect te hebben op de opvoedvaardigheden van moeders en het gedrag van kinderen (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) – ook bij brede implementatie in de praktijk (Menting & Orobio de Castro, 2022). Ook bij acht maanden follow-up werden nog effecten op opvoedgedrag (i.e., inconsistente discipline) gevonden, maar niet op het gedrag van de kinderen (Alsem et al., 2021).

Het huidige onderzoek toont langetermijneffecten van Betere Start op recidive door moeders en delinquentie door hun kinderen (vanaf 11 jaar) en op het aantal probleemgedragingen van de kinderen. Er zijn geen langetermijneffecten van Betere Start aangetoond in opvoedgedrag, de intensiteit van gedragsproblemen en middelgebruik (vanaf 11 jaar). Voor de gehele steekproef gold dat de (ex-)gedetineerde moeders (die merendeels aan Betere Start deelnamen) op de langere termijn over hun kinderen niet meer internaliserend probleemgedrag, externaliserend probleemgedrag of probleemgedrag in brede zin rapporteerden dan men op basis van normeringsgegevens zou verwachten.

In lijn met de verwachtingen, werden er in het huidige onderzoek effecten op het aantal probleemgedragingen bij kinderen, recidive van moeders en delinquentie bij hun adolescente kinderen gevonden. Met betrekking tot het aantal probleemgedragingen werd in de interventiegroep (na een aanvankelijk hogere aanvangsscore) een afname over tijd waargenomen, terwijl het aantal probleemgedragingen relatief stabiel bleef in de groep die geen interventie ontving. De daling in het aantal probleemgedragingen dat door interventiemoeders gerapporteerd werd, is hierbij in lijn met gedachte dat de moeders aan de ouderinterventie genoeg kennis en kunde ten aanzien van opvoeding hebben vergaard om in ieder geval een terugval naar gedragsproblemen te weten te voorkomen (van Aar et al., 2017). Dat de daling na een aanvankelijk hogere score in de interventiegroep inzet kan – naast door factoren die met de interventie te maken hebben – echter ook mede beïnvloed zijn door regressie naar het gemiddelde, waarbij het aantal probleemgedragingen terugkeerde naar een evenwicht na aanvankelijke hoge scores.

Met betrekking tot recidive door moeders lieten survivalanalyses een kleinere kans op recidive voor moeders die Betere Start gevolgd hebben zien, maar niet voor het ontvangen van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. De totale hoeveelheid misdrijven bleek bovendien zowel op 5 jaar na interventie als op 10 jaar na interventie beduidend lager in de interventiegroep dan in de controlegroep. In de kleinere RCT-steekproef wezen ratio's en gemiddelden in dezelfde richting, maar konden geen verschillen worden aangetoond – waarschijnlijk mede door de geringere statische power in die analyses. Het is daarom waarschijnlijk dat Betere Start een effect heeft op recidive en de hoeveelheid recidive.

Met betrekking tot delinquentie door adolescenten liet moederrapportage zien dat jongeren waarvan de moeders deelgenomen hebben aan Betere Start minder delinquent gedrag laten zien dan jongeren waarvan de moeder niet heeft deelgenomen aan de interventie. Deze bevindingen zijn in lijn met het hoofddoel van Betere Start (Menting & Orobio de Castro, 2021): het voorkomen van zowel recidive/delictgedrag door (ex-)gedetineerde moeders als latere gedragsproblemen, waaronder criminaliteit, bij hun kinderen. Deze resultaten kunnen daarom ook wel gezien worden als

een uiteindelijke toets van de programmatheorie van Betere Start (Menting & Orobio de Castro, 2021; Orobio de Castro et al., 2013e): Als de theorie klopt, zouden vorderingen van deelnemers op den duur in deze ultieme uitkomsten moeten resulteren (Wartna, 2009).

Dat er op de lange termijn geen effecten op opvoedgedrag van moeders en de intensiteit van gedragsproblemen bij de kinderen konden worden aangetoond, lijkt op het eerste gezicht in strijd met de programmatheorie en verwachtingen. Tegelijkertijd lag het in de lijn van de beschikbare literatuur over opvoeding en gedragsproblemen in selectieve preventiestudies. Waar effecten van selectieve preventie direct na interventie al bescheiden zijn door de geringere ruimte voor verbetering in vergelijking tot behandelstudies (Bennett et al., 1998; Menting et al., 2013), blijkt ook uit andere studies dat deze effecten juist binnen selectieve preventie op de lange termijn niet terug te vinden zijn (Scott et al., 2014) of alleen in de groep met het allerhoogste risico (Conduct Problems Prevention Research Group, 2011). Verklaringen hiervoor worden, naast de geringere initiële effecten, ook wel gezocht in het feit dat er veel in deze gezinnen gebeurt, zodat er waarschijnlijk meer nodig is om effecten te behouden; en in geringere motivatie bij ouders; en dat er methodologisch gezien ook regressie naar het gemiddelde in een vergelijkingsgroep te verwachten valt waardoor groepsverschillen op den duur kleiner zouden kunnen worden (Leijten et al., 2013; Scott et al., 2014). Het gevonden langdurige effect van Betere Start op het aantal probleemgedragingen zoals gerapporteerd door moeder kan daarom ook – ondanks dat het door methodologische beperkingen voorzichtig geïnterpreteerd dient te worden – als opvallend voor een selectieve preventiestudie over zo'n lange periode worden betiteld. Mogelijk draagt aan dit gunstige effect bij dat Betere Start in vergelijking met reguliere ouderprogramma's veel investeert in het aanpakken van bijkomende problemen in- en voor gezinnen, in warme overdracht naar nazorg, en in het blijvend motiveren van moeders door een betere band met hun kind.

Gezien het bovenstaande lijkt het voor toekomstig onderzoek interessant te kijken naar de mogelijke invloed van risicofactoren en levensgebeurtenissen op het behoud van interventie effecten. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor verschillen en overeenkomsten tussen verschillende maten. In het huidige onderzoek is bijvoorbeeld bewust gekozen voor de ECBI als uitkomstmaat, omdat aangenomen kan worden dat dit instrument gevoeliger voor verandering is dan de algemenere CBCL (Scott, 2001). Deze gevoeligheid is in de figuren van Hoofdstuk 5 terug te zien in de vele fluctuaties in gedragsproblemen bij individuele participanten. Deze fluctuaties zijn hoogstwaarschijnlijk ook een weergave van het feit dat er veel in het leven van deze gezinnen gebeurt, maar maken het wel moeilijker om groepsverschillen aan te tonen. Ook zou het gebruik van de APQ het repliceren van eerdere effecten (Alsem et al., 2021; Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) moeilijk gemaakt kunnen hebben: We zijn bij dit instrument, vanwege de interne consistentie, gewisseld tussen het gebruik van subschalen en factoren. Bovendien zouden een aantal van de items gevoelig kunnen zijn geweest voor de toenemende leeftijd binnen de steekproef. Leeftijdstrends in opvoedgedragingen (behalve inconsistente discipline) zijn ook bekend uit eerder onderzoek (Frick et al., 1999). Daar waar er veranderingen in beide groepen gevonden werden (i.e., daling van negatieve/ineffectieve discipline en toename van gebrekkige monitoring) lijken deze dan ook in lijn met leeftijdstrends in eerder onderzoek (Dietz, 2000; Frick et al., 1999).

Tegelijkertijd zou ook gezegd kunnen worden dat er, naast het genoemde effect op het aantal probleemgedragingen, in de huidige studie wel degelijk nóg een effect op gedragsproblemen is gevonden. Vanuit een juridisch perspectief worden gedragsproblemen namelijk gedefinieerd als delinquente of criminele gedragingen (Mash & Wolfe, 2019). Delinquent gedrag kan in die zin dus ook gezien worden als de meest uitgesproken vorm van gedragsproblemen, met de meest

uitgesproken nadelige gevolgen, en de laatste uitingsvorm in de ontwikkeling van antisociaal gedrag (Mash & Wolfe, 2019).

Het gevonden effect op delinquentie door de kinderen is in lijn met effecten die bijvoorbeeld gevonden werden voor de preventieve interventie Fast Track (Conduct Problems Prevention Research Group, 2010), hoewel ook juist die studie niet alleen dit preventieve effect aantoont, maar ook laat zien hoe verschillend resultaten kunnen zijn ten aanzien van verschillende uitkomstmaten. De lange termijn follow-up van Betere Start draagt hiermee bij aan een gering aantal studies waarin een preventief effect op delinquentie in een hoog-risico steekproef kon worden aangetoond. Het effect dat in de huidige studie gevonden werd is ook bemoedigend te noemen omdat het hier om een veel minder langdurige en intensieve interventie gaat dan in de eerder genoemde Fast Track studie – waarin kinderen 10 jaar lang een interventie ontvingen die uit verschillende componenten thuis en op school bestond. Aangezien er beargumenteerd wordt dat die interventie kosteneffectief is voor op zijn minst een deel van de kinderen (Conduct Problems Prevention Research Group, 2010; E. M. Foster et al., 2006; Jones et al., 2010), zou het huidige effect met een veel goedkopere interventie – zonder dat er binnen de steekproef geselecteerd is op het hoogste risico – ook een aanwijzing kunnen zijn dat er door vroeg in te grijpen op den duur maatschappelijke kosten kunnen worden bespaard. Een aanwijzing hiervoor in Nederland werd al gevonden door Posthumus e.a. (2009), die bij een populatie met minder ernstige problemen (en dus lagere kosten) al binnen twee jaar kosteneffectiviteit aantoonden met een andere variant van hetzelfde ouderprogramma Incredible Years. Natuurlijk blijft het voor Betere Start in dit kader ook wenselijk om deze effecten ook aan te kunnen tonen in officiële gegevens en/of zelfrapportage, maar ook op criminaliteit in de volwassenheid. Het uiteindelijke doel van Betere Start is immers om te voorkomen dat deze kinderen later zelf ook in detentie terechtkomen.

Een ingewikkelde theoretische vraag is waarom er wel een effect op delinquentie gevonden wordt, terwijl effecten op opvoeding en intensiteit van gedragsproblemen niet behouden lijken te worden. Zoals eerder aangegeven zou dit deels in meer methodologische aspecten bij het meten van gedragsproblemen en opvoedgedrag kunnen zitten. Een meer inhoudelijke verklaring voor de bijdrage van Betere Start aan een effect op een ultieme uitkomstmaat, terwijl het effect op de meeste primaire uitkomstmaten niet zichtbaar bleef zou kunnen zijn dat het effect van Betere Start op delinquentie deels via andere mechanismes gaat dan de aspecten van opvoeding die wij gemeten hebben. Vreemd genoeg weten we wel vanuit studies dat interventies tijdens de kindertijd tot betere uitkomsten in de volwassenheid kunnen leiden, maar weten we veel minder goed *hoe* (Sorensen et al., 2016). Het zou kunnen dat het verklarende mechanisme op de langere termijn wel degelijk in de opvoeding ligt, maar minder specifiek is dan het opvoedgedrag dat we in deze studie gemeten hebben. Zo is de gedachte om binnen Betere Start met opvoeding aan de slag te gaan ook juist gebaseerd op het idee dat kinderen in potentie de sociale binding van moeders met anderen versterken en zo de vicieuze cirkel van het faalmodel doorbreken (Hirschi, 2004; Menting & Orobio de Castro, 2021). De sociale bindingstheorie (Hirschi, 1969; Pratt et al., 2011) gaat er vanuit dat juist die binding met belangrijke anderen crimineel gedrag zou kunnen voorkomen of remmen. Door via opvoeding aan binding te werken, zou mogelijk ook een lange termijn effect op delinquentie verklaard kunnen worden. Zwakke binding van kinderen met ouders zou gerelateerd zijn aan het hebben van “foute vrienden”, wat zou kunnen bijdragen aan delinquentie en middelengebruik (Mash & Wolfe, 2019), terwijl de binding van moeders aan hun eigen kinderen ook zou kunnen bijdragen aan hun eigen motivatie om op het rechte pad te blijven.

Het effect op delinquentie door jongeren zou echter wel eens vooral het geval kunnen zijn als ouders er ook in slagen om aan zelfcontrole te werken. De binding draagt volgens een latere

specificatie van de theorie namelijk in zoverre bij dat ouders ook in staat moeten zijn om die monitoring, supervisie en begrenzing van ongewenst gedrag te geven dat het kind er ook in slaagt om zelfcontrole aan te leren (Pratt et al., 2011). Dit laatste suggereert dat men door opvoeding en opvoedgedrag te optimaliseren ook aan vaardigheden bij het kind kan werken. Binnen een oudertraining als Betere Start wordt in het verlengde hiervan ook aan emotieregulatie gewerkt: Ouders leren hoe ze kinderen vaardigheden gericht op probleemoplossen, vriendschappen en emotieregulatie kunnen aanleren (Webster-Stratton & Reid, 2017), terwijl ze hun kinderen hiermee ook helpen met behulp van adequate opvoedtechnieken (Menting et al., 2019). In lijn met deze gedachte leek het effect van Fast Track op latere delinquentie ook deels via verbeteringen in sociale en zelfregulatievaardigheden bij de kinderen, zoals prosociaal gedrag, emotieregulatie en probleemoplossen, te gaan (Sorensen et al., 2016). Een meer indirect effect dat wel in gang wordt gezet door het werken aan opvoeding, maar niet direct meetbaar is in de opvoedgedragingen die meegenomen werden in deze studie, lijkt dus denkbaar.

Een andere gedachte is dat het effect van Betere Start op recidive en delinquentie loopt via de aandacht die tijdens de interventie aan mechanismes als modeling en probleemoplossen en de toekomst van de kinderen wordt besteed (Menting & Orobio de Castro, 2021). De trainer benadrukt tijdens de interventie dat een deelneemster heeft laten zien dat zij onder druk van omstandigheden tot oplossingen kon komen, en dat er daarom geen reden is om eraan te twijfelen dat zij op dezelfde manier ook de druk van andere (criminogene) omstandigheden het hoofd kan bieden. Tezamen met bewustwording van het effect van modeling en de wil van moeders om hun kinderen een goede toekomst te willen geven (Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2014) zou dit bij moeders niet alleen tot motivatie om zelf niet te recidiveren kunnen leiden, maar ook zouden zij in bredere zin criminaliteit niet langer als oplossing kunnen gaan zien, en daardoor hier ook sturend in kunnen zijn voor hun kinderen. De gevonden hogere scores voor het aantal probleemgedragingen bij aanvang van de interventie zouden wel eens in lijn met deze gedachte kunnen zijn: De probleemschaal meet de tolerantie van ouders ten opzichte van het probleemgedrag (Abrahamse et al., 2015). Een moeder die een gedraging die met een lage intensiteit voorkomt wel als een probleem ziet, is dus weinig tolerant ten opzichte van dat gedrag en ziet het relatief snel als een probleem. Als de intensiteit van de gedragsproblemen voor de kinderen uit de interventiegroep volgens hun moeders vergelijkbaar was als in de groep die geen interventie ontving, maar de tolerantie voor diezelfde mate van gedragsproblemen verschilde, lijken zij hetzelfde gedrag dus relatief snel als een probleem te zien. Dit zou kunnen duiden op een verhoogde motivatie van moeders om die problemen aan te pakken om zo hun kinderen een betere toekomst te bieden. De tools en bevestiging tijdens de interventie kunnen moeders vervolgens geholpen hebben om dit daadwerkelijk te bereiken, terwijl de tijd die zij besteedden aan opvoeding en hun gevoelens van invloed en competentie als moeder ook weer gerelateerd zouden kunnen zijn aan de lagere recidive (Adams et al., 2017).

Dat er geen effect op de intensiteit van gedragsproblemen werd gevonden, maar wel op delinquentie, zou ook te maken kunnen hebben met de aard van de steekproef. Hoewel we op grond van de algemene literatuur over stabiliteit en ontwikkeling van antisociale gedragsproblemen (Fergusson et al., 2005; Mash & Wolfe, 2019) een hoge samenhang tussen deze constructen en dus uitkomsten zouden mogen verwachten, zou de uiteindelijke intergenerationele overdracht in deze specifieke populatie wellicht wat minder via aspecten die met de intensiteitsschaal van de ECBI worden gemeten kunnen lopen. Uit eerdere publicaties over dezelfde doelgroep (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014; Menting & Orobio de Castro, 2022) bleek namelijk al dat een relatief groot deel van de moeders veroordeeld was voor een drugsdelict of vermogen zonder geweld. In de RCT-steekproef bleek slechts een klein deel van de moeders te linken aan delicten die

te maken hebben met agressie en geweld: 8,5 % gaf als reden voor de huidige detentie agressie aan, terwijl dit voor 4,7% vermogen met geweld was (Menting et al., 2012). Qua delicten lijken deze moeders dus niet zozeer agressie en geweld te *modelen*, maar veel meer een manier om problemen (niet) op te lossen. Dit zou er wederom voor pleiten dat interventie-effecten wellicht meer via probleemoplossen, cognitieve vertekeningen/goedkeuring van antisociaal gedrag lopen dan via het externaliserende probleemgedrag zelf. Betere Start zou in die zin vooral moeders kunnen hebben geholpen om het intergenerationele patroon te doorbreken om antisociaal gedrag, inclusief criminaliteit, als een oplossing te zien.

Er werd in de huidige studie geen effect op middelengebruik gevonden. Een dergelijk effect werd mogelijk geacht gezien de associaties tussen gedragsproblemen, delinquentie en middelengebruik (Fergusson et al., 2007; Hopfer et al., 2013) en mogelijke effecten van Incredible Years op middelenmisbruik (Webster-Stratton et al., 2011), en zou in lijn geweest zijn met het streven van Betere Start om ook problemen in de bredere ontwikkeling van kinderen te voorkomen (Menting & Orobio de Castro, 2021). Echter wordt er binnen de interventie – ook gezien de jonge leeftijd van de kinderen – niet actief op middelengebruik ingezet. Hoewel er ook wel literatuur bestaat waaruit blijkt dat preventieve interventies tijdens de kindertijd positieve uitkomsten op verschillende vlakken kunnen hebben, waaronder effecten waarop niet zozeer geanticipeerd werd (e.g., Holbein et al., 2022), lijkt het toch vooral voor de hand liggend dat er positieve effecten worden gevonden op factoren waar het programma zich ook daadwerkelijk op richt, en lijken ook voor Incredible Years de neveneffecten beperkt (Leijten et al., 2018).

Sterke punten en beperkingen

De huidige studie draagt op unieke wijze bij aan de relatief schaarse literatuur op dit gebied. De risicopopulatie van kinderen van gedetineerde ouders blijft een onderbestudeerde groep (Poehlmann-Tynan & Turney, 2021) en ook in meer algemene zin zijn er maar weinig interventiestudies waarin kinderen langer dan een jaar na interventie gevolgd worden, waardoor effecten op de langere termijn bij implementatie veelal onduidelijk blijven (Tomlinson et al., 2020). Juist de combinatie van een lange termijn interventie studie over een interventie die in de praktijk wordt toegepast (Menting & Orobio de Castro, 2021) bij deze onderbestudeerde risicogroep maakt de huidige studie uniek. Een sterk punt hierbij is bovendien dat we om de effecten op recidive door moeders te kunnen toetsen ook gebruik hebben kunnen maken van officiële recidivecijfers. Daarnaast hebben we in dit onderzoek gebruik kunnen maken van de oorspronkelijke RCT-steekproef, inclusief een gerandomiseerde controlegroep, waarbij we ook een deel van de *opt-out* groep konden blijven volgen. De RCT is de sterkst mogelijke onderzoeksopzet. Het is daarom een sterk punt dat we in het hoofdstuk over recidive bij moeders (het hoofdstuk met de grootste steekproef) deze kleinere RCT-steekproef ook apart hebben kunnen analyseren.

De huidige studie heeft echter ook beperkingen. Ten eerste zijn we, meer dan we voorzien hadden, veelal afhankelijk geweest van het oordeel van moeders. Voor veel uitkomstmaten hadden we gehoopt om het perspectief van meerdere informanten mee te nemen: van de jongeren zelf, van hun leerkrachten, maar ook door nog wat meer gebruik te kunnen maken van officiële gegevens (ten aanzien van delicten gepleegd door de adolescenten). We zouden met name gebruik hebben willen maken van meerdere informanten, omdat er een vertekening in het beeld dat moeders geven zou kunnen zitten. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat moeders (in zowel de interventie- als de controlegroep) ons graag willen laten zien dat het goed met hen en de kinderen gaat, en daarom een

te positief beeld schetsen. Uit de huidige data blijkt echter niet direct dat moeders heel sociaal wenselijk hebben geantwoord: Moeders rapporteerden voor jongeren van nagenoeg elke leeftijd (11 tot 21 jaar) enig delinquent gedrag en middelengebruik, en ook de fluctuaties in het kindgedrag gemeten met de ECBI lijken aan te geven dat moeders ook echt het huidige gedrag hebben proberen weer te geven. Daarbij schroomden zij dus bijvoorbeeld niet om te rapporteren dat hun kind met geweld of onder bedreiging van geweld iets van iemand had gestolen of partydrugs had gebruikt. Voor uitkomsten als opvoedgedrag, weten we bovendien ook uit de literatuur dat de moederrapportage relatief goed overeenkomt met observatie en ook de effecten op beide uitkomstmaten relatief vergelijkbaar zijn (Hawes & Dadds, 2006; Menting et al., 2013). Daarnaast lijken moeders ook niet de beste informant te zijn als het gaat om minder zichtbare uitkomsten bij hun kinderen zoals internaliserend probleemgedrag, delinquentie en middelengebruik. Hier is wellicht juist een onderschatting vanuit moeders te verwachten. De resultaten uit de huidige studie zijn echter ook in dit opzicht hoopgevend te noemen: Voor een gedeelte van de meetmomenten werden er zowel qua delinquent gedrag als middelengebruik van adolescenten, positieve associaties tussen de moederrapportage en zelfrapportage gevonden. Dit suggereert dat moeders toch in redelijke mate zicht hadden op deze aspecten van het gedrag van hun kind. Hoewel de huidige en eerdere resultaten van Betere Start (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) dit niet zozeer ondersteunen, zou vertekening in moederrapportage theoretisch bovendien wel eens in het nadeel van de interventiegroep kunnen werken: Als moeders tijdens de interventie over het belang van monitoring leren, zouden zij meer zicht kunnen hebben op hun kinderen en daarom meer gedrag rapporteren dan niet-interventiemoeders waarvan de kinderen vergelijkbaar gedrag vertonen. Hierdoor zouden de gevonden gunstige effecten van de interventie juist moeilijker zijn geweest om aan te tonen.

Een andere belangrijke beperking is de relatief hoge uitval in de steekproef. Uitval is één van de bekendste moeilijkheden die samengaan met longitudinaal onderzoek (A. F. Young et al., 2006), en kan dus worden verwacht in een lange termijn follow-up. Dit geldt in het bijzonder voor de populatie binnen deze studie, die bekend staat als een moeilijk te bereiken én moeilijk te behouden doelgroep (Armstrong et al., 2018; Tremblay & Sutherland, 2017). Het percentage ex-gedetineerden dat 1 tot 12 maanden na detentie nog bereikt kon worden varieerde ook in andere studies namelijk tussen de 40% en 74%, wat relatief laag is en verklaard lijkt te kunnen worden door het feit dat karakteristieken die gerelateerd zijn aan het verlies van deelnemers (zoals instabiliteit van contactgegevens, beperkte sociale netwerken en overweldigende levensgebeurtenissen en gezinsverplichtingen) juist ook in deze doelgroep clusteren (Goshin & Byrne, 2012). Het is dus niet zo vreemd dat er ook in deze studie relatief veel uitval was. Echter dient wel opgemerkt te worden dat een deel van de uitval niet zozeer te relateren was aan het kwijtraken of stoppen van deelnemers, maar aan de onderzoeksopzet (e.g., *opt-out* groep van de groepen na de RCT werd niet uitgenodigd voor de lange termijn follow-up; exclusie op basis van de leeftijd van het kind of onvoldoende contact tussen moeder en kind). Uitval kwam relatief weinig doordat moeders de deelname actief stopten, maar lijkt vooral veroorzaakt te worden doordat er geen contact meer kon worden gelegd.

De kleinste steekproef werd, mede door de leeftijdsgrens van 11 jaar voor metingen, gebruikt in het hoofdstuk over delinquentie en middelengebruik bij adolescenten. Wat opvalt, is dat het percentage controlemoeders dat in dit hoofdstuk meegenomen kon worden (42,31%) nagenoeg gelijk is aan het percentage interventiemoeders (45,52%). Als gekeken wordt naar de totale groep moeders die geen interventie heeft ontvangen, dan ligt dit percentage natuurlijk wel lager – zowel als gevolg van exclusie van een deel van de *opt-out* groep als vanwege de aard van deze groep (die deels zal bestaan uit moeders die direct al “kwijt” waren). Omdat uitval niet alleen een gebrek aan

power betekent vanwege het geringere aantal participanten, maar door de selectiviteit ook de interne en externe validiteit van bevindingen kan bedreigen (A. F. Young et al., 2006), hebben we met name in het laatste hoofdstuk (met de kleinste steekproef) ook een poging gedaan dit inzichtelijk te maken. Hoewel er in analyses wel enkele verschillen aan het licht kwamen (i.e., grotere kans om in de steekproef te komen als moeder interventie heeft ontvangen en het kind bij start ouder was; iets oudere kinderen in de interventieconditie vergeleken met de kinderen van moeders die geen interventie hadden ontvangen) betrof dit slechts een klein deel van de toetsen (waarbij er geen verschillen op andere maten/vergelijkingen gevonden werden) en waren de verschillen die gevonden werden grotendeels in lijn met de opzet van de studie (nadruk op de interventiegroep; de kans dat kinderen lang genoeg gevolgd konden worden om vanaf 11-jarige leeftijd metingen te verrichten is natuurlijk groter voor de oudste kinderen dan voor de jongste kinderen – ook gezien het einde van de observatieperiode). Daarom lijken de groepen al met al redelijk vergelijkbaar te zijn. Ondanks de relatief grote uitval zijn er dus geen sterke aanwijzingen dat deze uitval dermate selectief zou zijn geweest dat de resultaten hierdoor sterk beïnvloed zouden zijn.

Ook de grootte van de controlegroep is een belangrijke beperking binnen het huidige onderzoek. De relatief kleine, random toegewezen controlegroep is een “erfenis” uit de oorspronkelijke RCT. Ondanks de sterke onderzoeksopzet, ging deze RCT namelijk gepaard met een belangrijke methodologische beperking: Door de geringere instroom in twee van de zes wervingsperioden konden wij niet altijd randomiseren in de gewenste verhouding van 2:1 voor interventiegroep versus controlegroep. In deze twee periodes hebben wij pragmatisch moeten zijn door in ieder geval voldoende moeders te laten instromen in de interventiegroep. Deze pragmatische aanpak verkleinde de power om verschillen tussen de interventie- en controlegroep vast te stellen en kan in principe de vergelijkbaarheid van de groepen hebben beperkt. Omdat in het huidige onderzoek wel een grotere interventiegroep – bestaande uit deelnemers van groepen die na de RCT gestart zijn – kon worden meegenomen, werd de verhouding tussen interventiegroep en controlegroep in de huidige lange termijn follow-up nog schever dan in de oorspronkelijke RCT. Daarom is in analyses vaak ook de *opt-out* groep meegenomen als niet-interventiegroep. Dit is mogelijk weer ten koste gegaan van de vergelijkbaarheid van groepen: Hoewel wij aannemen dat het hier om een heterogene groep potentiële deelneemsters gaat, die diverse redenen gehad kunnen hebben om niet aan de interventie te (kunnen) deelnemen, verschillen zij wel van de interventiegroep in ten minste het feit dat het hen niet gelukt is om naar ten minste één sessie van de interventie te komen. Hoewel deze *opt-out* groep in theorie na de RCT ook bleef groeien, omdat er ook daarna steeds een deel van de deelneemsters niet naar de training kwam, kwam deze nieuwe aanwas om praktische reden niet ten goede van de lange termijn follow-up. Omdat reeds vanaf de subsidieverstrekking voor de lange termijn follow-up (brief 13 december 2012), vanwege de haalbaarheid, de instroom vanuit de “nieuwe groepen” tot 40 interventiegezinnen per jaar van beperkt werd (zie Hoofdstuk 3 – Onderzoeksgroepen), werden er geen metingen in de *opt-out* groep na de RCT verricht. Dit heeft tot verdere scheefgroei in de verhouding van het aantal interventiegezinnen versus het aantal niet-interventiegezinnen geleid. Hoewel deze scheve verhouding nadelig was voor de statistische power van analyses in elk hoofdstuk van deze rapportage, willen wij met name wijzen op de beperkingen ten aanzien van Hoofdstuk 4 en Hoofdstuk 7. In Hoofdstuk 4 gaven wij inzicht in het probleemgedrag van de kinderen in de gehele steekproef – inclusief de interventiegroep. Hoewel wij het zeker van meerwaarde vinden om op deze manier te laten zien hoe het met de kinderen gaat, was het ook van meerwaarde geweest om enkel voor de kinderen van moeders die *niet* aan de interventie hebben deelgenomen te kunnen laten zien hoe het met hen gaat, omdat de invloed van de interventie op probleemgedrag voor de interventiegroep niet uitgesloten kan worden. De kleinste steekproef binnen de lange termijn follow-

up vinden we terug in Hoofdstuk 7 (delinquentie en middelengebruik bij adolescenten). Hier zagen we dat de hogere delinquentiescores in de niet-interventiegroep soms op weinig metingen waren gebaseerd. Een grotere vergelijkingsgroep zou hierbij helpend zijn geweest om de resultaten met wat meer zekerheid te kunnen interpreteren. Metingen bij een grotere groep kinderen van (ex-)gedetineerde moeders waarvan de moeders geen Betere Start hebben ontvangen waren dus zeker wenselijk geweest.

Implicaties

De resultaten van deze studie met betrekking tot recidive bij moeders en delinquentie bij adolescenten zijn hoopgevend. Het structureel (blijven) aanbieden van Betere Start aan moeders in de periode rondom ontslag uit detentie blijkt van grote waarde voor het verminderen en voorkomen van criminele gedragsproblemen van moeders en hun kinderen. Gezien de hoge kosten van criminele carrières worden hier mee – naast persoonlijk leed – grote maatschappelijke kosten bespaard.

De implicaties van dit resultaat lijken bovendien verder te strekken dan de eerder benoemde toetsing van de programmatheorie van Betere Start. We weten immers vanuit onderzoek dat criminaliteit zich concentreert binnen bepaalde families en dat die families verantwoordelijk zijn voor een onevenredig groot deel van de landelijke criminaliteit (Beaver, 2013; Farrington et al., 1996), terwijl dat criminele gedrag ook weer wordt overgedragen van generatie op generatie (Besemer et al., 2017). Het ultieme doel van Betere Start is dan ook om deze vicieuze cirkel te doorbreken. De huidige resultaten geven aan dat we weer een stapje verder in die richting lijken te zijn gekomen. Als recidive een weerspiegeling is van de daadwerkelijke delinquentie bij moeders, zouden de gevonden effecten ook indirect van invloed kunnen zijn op de (latere) delinquente bij hun kinderen. Terugdringing van recidive lijkt immers ook aan te kunnen grijpen op verklarende mechanismes als sociaal leren en *labeling* (Murray & Farrington, 2008a). Ook de eerste bevindingen ten aanzien van delinquentie bij de adolescenten zelf lijken natuurlijk een stap in de goede richting – voor de interventie, de gezinnen en de bredere maatschappij gezien de kosten die criminaliteit met zich meebrengt.

Op basis van de gevonden effecten op recidive en delinquentie lijkt een grotere maatschappelijke impact en kostenbesparing te bereiken dan alleen het geval is met deze moeders. Alleen al als er naar de gevangenispopulatie gekeken wordt, valt namelijk op dat de moeders maar een zeer klein deel van die populatie vormen: 95% van die populatie bestaat uit mannen, waarvoor de verblijfsduur ook langer is dan bij de vrouwen (Linckens et al., 2016). Het is daarom aannemelijk dat het aantal gezinnen dat getroffen wordt door de detentie van vader groter is dan het aantal gezinnen dat getroffen wordt door de detentie van moeder. Dit maakt dat de gezinnen van gedetineerde vaders een belangrijke plaats innemen als het gaat om de overdracht van antisociaal gedrag. Het lijkt daarom bijzonder waardevol te onderzoeken of opvoedingsondersteuning voor de veel grotere groep gedetineerde vaders en hun partners haalbaar en effectief is.

De resultaten van deze studie spreken bovendien voor de bredere inzet van effectieve interventies als selectieve preventie voor kwetsbare gezinnen, die anders mogelijk de weg naar de hulpverlening niet of te laat zullen vinden, en eveneens een verhoogd risico op delinquent gedrag lijken te hebben. Het zou een gemiste kans zijn deze gunstige effecten te beperken tot moeders die gedetineerd zijn, terwijl een veelvoud aan gezinnen met vergelijkbare gezinsdynamiek maar zonder gedetineerd gezinslid er evenveel (maatschappelijk) baat bij zou kunnen hebben. De haalbaarheid en

kosteneffectiviteit van deze aanpak hebben wij al eerder op kleinere schaal in Nederland aangetoond (Leijten et al., 2017; Posthumus et al., 2009). Betere Start heeft niet alleen laten zien dat het mogelijk is om dergelijke kwetsbare gezinnen te bereiken (Menting et al., 2017) en gunstige resultaten direct na interventie te behalen (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, et al., 2014) en deels te behouden (Alsem et al., 2021), maar nu ook dat het op de lange termijn – naast op het aantal probleemgedragingen zoals gerapporteerd door moeders – zelfs effect lijkt te hebben op ultieme uitkomsten als delinquentie en recidive. Daarmee hopen we niet alleen deze gezinnen geholpen te hebben om een betere toekomst te kunnen bereiken, maar ook in de toekomst veel gezinnen daarmee te kunnen blijven helpen – en mogelijk zelfs de generatie die hierop volgt (Rothenberg et al., 2022).

Literatuur

Abrahamse, M. E., Junger, M., Leijten, P. H. O., Lindeboom, R., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2015). Psychometric properties of the Dutch Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a community sample and a multi-ethnic clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *37*, 679–691. https://doi.org/10.1007/s10862-015-9482-1

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles.* University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles.* University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Adams, E. A., Morash, M., Smith, S. W., & Cobbina, J. E. (2017). Women's experience of motherhood, violations of supervision requirements and arrests. *British Journal of Criminology*, *57*(6), 1420–1441. https://doi.org/10.1093/bjc/azw092

Allen, S., Flaherty, C., & Ely, G. (2010). Throwaway moms: Maternal incarceration and the criminalization of female poverty. *Affilia*, *25*(2), 160–172. https://doi.org/10.1177/0886109910364345

Alsem, S. C., Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2021). Follow-up effects in a parent-training trial for mothers being released from incarceration and their children. *Psychology, Public Policy, and Law*, *27*(3), 421–431. https://doi.org/https://doi.org/10.1037/law0000305

Andrews, D. A., Guzzo, L., Raynor, P., Rowe, R. C., Rettinger, L. J., Brews, A., & Wormith, J. S. (2012). Are the major risk/need factors predictive of both female and male reoffending? A test with the eight domains of the level of service/case management inventory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *56*(1), 113–133. https://doi.org/10.1177/0306624X10395716

Arditti, J. A., & Few, A. (2008). Maternal distress and women's reentry into family and community life. *Family Process*, *47*(3), 303–321. https://doi.org/10.111/j.1545-5300.2008.00255.x

Armstrong, E., Eggins, E., Reid, N., Harnett, P., & Dawe, S. (2018). Parenting interventions for incarcerated parents to improve parenting knowledge and skills, parent well-being, and quality of the parent – child relationship: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, *14*, 279–317. https://doi.org/10.1007/s11292-017-9290-6

Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., Prins, P. J. M., van Arum, S., & Dutch MST Cost-Effectiveness Group. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, *10*(2), 227–243. https://doi.org/10.1007/s11292-013-9198-8

Beaver, K. M. (2013). The familial concentration and transmission of crime. *Criminal Justice and Behavior*, *40*(2), 139–155. https://doi.org/10.1177/0093854812449405

Bennett, K. J., Lipman, E. L., Racine, Y., & Offord, D. R. (1998). Annotation: Do measures of externalising behaviour in normal populations predict later outcome?: Implications for targeted

interventions to prevent conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *39*(8), 1059–1070. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/ 1469-7610.00411.

Bernat, D. H., August, G. J., Hektner, J. M., & Bloomquist, M. L. (2007). The Early Risers preventive intervention: Testing for six-year outcomes and mediational processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 605–617. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9116-5

Besemer, S., Ahmad, S. I., Hinshaw, S. P., & Farrington, D. P. (2017). A systematic review and meta-analysis of the intergenerational transmission of criminal behavior. *Aggression and Violent Behavior*, *37*, 161–178. https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.10.004

Boggs, S. R., Eyberg, S. M., & Reynolds, L. A. (1990). Concurrent validity of the Eyberg Child Behavior Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(1), 75–78. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1901_9

Bomysoad, R. N., & Francis, L. A. (2021). Associations between parental incarceration and youth mental health conditions: The mitigating effects of adolescent resilience and positive coping strategies. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01351-0

Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., Fergusson, D., Horwood, J. L., Loeber, R., Laird, R., Lynam, D. R., Moffitt, T. E., Pettit, G. S., & Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, *39*(2), 222–245. https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.222

Brotman, L. M., Gouley, K. K., Huang, K., Rosenfelt, A., Neal, C. O., Klein, R. G., & Shrout, P. (2008). Preventive intervention for preschoolers at high risk for antisocial behavior: Long-term effects on child physical aggression and parenting practices. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(2), 386–396. https://doi.org/10.1080/15374410801955813

Brugman, D., & Bink, M. D. (2011). Effects of the EQUIP peer intervention program on self-serving cognitive distortions and recidivism among delinquent male adolescents. *Psychology, Crime & Law*, *17*(4), 345–358. https://doi.org/10.1080/10683160903257934

Burraston, B. O., & Eddy, J. M. (2017). The moderating effect of living with a child before incarceration on postrelease outcomes related to a prison-based Parent Management Training program. *Smith College Studies in Social Work*, *87*(1), 94–111. https://doi.org/10.1080/00377317.2017.1248634

Byrne, M. W. (2005). Conducting research as a visiting scientist in a women's prison. *Journal of Professional Nursing*, *21*(4), 223–230. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.05.001

Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach* (3rd ed.). Taylor & Francis.

Comer, J. S., Chow, C., Chan, P. T., Cooper-Vince, C., & Wilson, L. A. S. (2013). Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: A meta-analytic examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(1), 26–36. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.10.001

Conduct Problems Prevention Research Group. (2010). Fast Track intervention effects on youth arrests and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, *6*(2), 131–157. https://doi.org/10.1007/s11292-010-9091-7

Conduct Problems Prevention Research Group. (2011). The effects of the Fast Track preventive intervention on the development of conduct disorder across childhood. *Child Development*, *82*(1), 331–345. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01558.x

Dallaire, D. H. (2007). Children with incarcerated mothers: Developmental outcomes, special challenges and recommendations. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *28*(1), 15–24. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.10.003

Davis, L., & Shlafer, R. J. (2017). Mental health of adolescents with currently and formerly incarcerated parents. *Journal of Adolescence*, *54*, 120–134. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.10.006

de Lange, M. I., Matthys, W., de Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A. T. A., & Bastiaanssen, I. (2019). *Richtlijn ernstige gedragsproblemen*. http://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2015/04/Richtlijn_Ernstige_gedragsproblemen.pdf

de Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, *141*(4), 858–900. https://doi.org/10.1037/a0038498

de Rooy, K., Bennett, S., & Sydes, M. (2019). Women released from custody: Investigating risk factors and reoffending. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *63*(13), 2239–2263. https://doi.org/10.1177/0306624X19845778

de Vries, S. L. A., Hoeve, M., Asscher, J. J., & Stams, G. J. J. M. (2018). The long-term effects of the youth crime prevention program “New Perspectives” on delinquency and recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *62*(12), 3639–3661. https://doi.org/10.1177/0306624X17751161

Deković, M., Slagt, M. I., Asscher, J. J., Boendermaker, L., Eichelsheim, V. I., & Prinzie, P. (2011). Effects of early prevention programs on adult criminal offending: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*(4), 532–544. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.003

Dietz, T. L. (2000). Disciplining children: Characteristics associated with the use of corporal punishment. *Child Abuse and Neglect*, *24*(12), 1529–1542. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00213-1

Dodge, K. A., Coie, J. D., & Lynam, D. R. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3 Social, Emotional, and Personality Development* (6th ed., pp. 719–788). Wiley.

Dodson, K. D., Cabage, L. A. N., & McMillan, S. M. (2019). Mothering behind bars: Evaluating the effectiveness of prison nursery programs on recidivism reduction. *Prison Journal*, *99*(5), 572–592. https://doi.org/10.1177/0032885519875037

Eddy, B. A., Powell, M. J., Szubka, M. H., McCool, M. L., & Kuntz, S. (2001). Challenges in research with incarcerated parents and importance in violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, *20*(1, Supplement 1), 56–62. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00273-7

Eddy, J. M., Martinez, C. R., & Burraston, B. (2013). A randomized controlled trial of a parent management training program for incarcerated parents: Proximal impacts. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *78*(3), 75–93. https://doi.org/10.1111/mono.12022

Eddy, J. M., Martinez, C. R., Burraston, B., Herrera, D., & Newton, R. M. (2022). A randomized controlled trial of a parent management training program for incarcerated parents: Post-release outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*, 4605. https://doi.org/10.3390/ijerph19084605

Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*(6), 943–955. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9145-0

Eme, R. (2020). Life course persistent antisocial behavior silver anniversary. *Aggression and Violent Behavior*, *50*, 101344. https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101344

Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised*. Psychological Assessment Resources.

Farrington, D. P. (1986). Age and crime. *Crime and Justice: An Annual Review of Research*, *7*, 189–250. https://doi.org/10.1086/449114

Farrington, D. P., Barnes, G. C., & Lambert, S. (1996). The concentration of offending in families. *Legal and Criminological Psychology*, *1*, 47–63. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8333.1996.tb00306.x/full

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *46*(8), 837–849. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: Results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, *88*(SUPPL.1), 14–26. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.011

Flynn, C. P. (1998). To spank or not to spank: The effect of situation and age of child on support for corporal punishment. *Journal of Family Violence*, *13*(1), 21–37. https://doi.org/10.1023/A:1022808716048

Forehand, R., Lafko, N., Parent, J., & Burt, K. B. (2014). Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clinical Psychology Review*, *34*(8), 608–619. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.001

Foster, E. M., Jones, D., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2006). Can a costly intervention be cost-effective? *Archives of General Psychiatry*, *63*, 1284–1291. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.11.1284

Foster, H., & Hagan, J. (2013). Maternal and paternal imprisonment in the stress process. *Social Science Research*, *42*(3), 650–669. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2013.01.008

Frick, P. J., Christian, R. E., & Wootton, J. M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, *23*(1), 106–128. https://doi.org/10.1177/0145445599231005

Gardner, F., Leijten, P., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., Bonin, E.-M., Berry, V., McGilloway, S., Gaspar, M., João Seabra-Santos, M., Orobio de Castro, B., Menting, A. T. A., Williams, M., Axberg, U., Morch, W.-T., Scott, S., & Landau, S. (2019). Equity effects of parenting

interventions for child conduct problems: A pan-European individual participant data meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *6*(6), 518–527. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30162-2

Gifford, E. J., Eldred Kozecke, L., Golonka, M., Hill, S. N., Costello, E. J., Shanahan, L., & Copeland, W. E. (2019). Association of parental incarceration with psychiatric and functional outcomes of young adults. *JAMA Network Open*, *2*(8), e1910005. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.10005

Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S. M., & Grant, B. F. (2012). Antisocial behavioral syndromes and 3-year quality-of-life outcomes in United States adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*, 137–150. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01848.x

Goshin, L. S., & Byrne, M. W. (2012). Predictors of post-release research retention and subsequent reenrollment for women recruited while incarcerated. *Research in Nursing and Health*, *35*(1), 94–104. https://doi.org/10.1002/nur.21451

Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, *113*(1), 101–131. https://doi.org/10.1037/0033-295X.113.1.101

Greeven, A., & van Sambeek, N. (2018). Hoe evidence-based werken cognitief gedragstherapeuten in de praktijk? *Gedragstherapie. Tijdschrift Voor Gedragstherapie & Cognitieve Therapie*, *51*(2), 112–121.

Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julion, W., & Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(2), 261–278. https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.261

Gryczkowski, M. R., Jordan, S. S., & Mercer, S. H. (2009). Differential relations between mothers' and fathers' parenting practices and child externalizing behavior. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(5), 539–546. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9326-2

Hannon, L. (2003). Poverty, delinquency, and educational attainment: Cumulative disadvantage or disadvantage saturation? *Sociological Inquiry*, *73*(4), 574–594. https://doi.org/10.1111/1475-682X.00072

Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2006). Assessing parenting practices through parent-report and direct observation during parent-training. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(5), 554–567. https://doi.org/10.1007/s10826-006-9029-x

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Wells, K. C., Kraemer, H. C., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Conners, C. K., Elliott, G., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J. S., Newcorn, J. H., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., & Wigal, T. (2000). Family processes and treatment outcome in the MTA: Negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(6), 555–568. https://doi.org/10.1023/A:1005183115230

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press.

Hirschi, T. (2004). Self-control and crime. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 537–552). Guilford.

Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(6), 749–775. https://doi.org/10.1007/s10802-009-9310-8

Holbein, J. B., Bradshaw, C. P., Munis, B. K., Rabinowitz, J., & Ialongo, N. S. (2022). Promoting voter turnout: An unanticipated impact of early-childhood preventive interventions. *Prevention Science*, *23*(2), 192–203. https://doi.org/10.1007/s11121-021-01275-y

Hopfer, C., Salomonsen-Sautel, S., Mikulich-Gilbertson, S., Min, S. J., McQueen, M., Crowley, T., Young, S., Corley, R., Sakai, J., Thurstone, C., Hoffenberg, A., Hartman, C., & Hewitt, J. (2013). Conduct disorder and initiation of substance use: A prospective longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(5), 511-518.e4. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.014

Johnson, R. C. (2009). Ever-increasing levels of parental incarceration the consequences and for children. In S. Raphael & M. Stoll (Eds.), *Do prisons make us safer?: The benefits and costs of the prison boom* (Vol. 9781610444, pp. 177–206).

Jones, D., Godwin, J., Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2010). Impact of the Fast Track prevention program on health services use by conduct-problem youth. *Pediatrics*, *125*(1), e130–e136. https://doi.org/10.1542/peds.2009-0322

Junger, M., Greene, J., Schipper, R., Hesper, F., & Estourgie, V. (2013). Parental criminality, family violence and intergenerational transmission of crime within a birth cohort. *European Journal on Criminal Policy and Research*, *19*(2), 117–133. https://doi.org/10.1007/s10610-012-9193-z

Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *46*(4), 477–499. https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310044

Kim, E., Cain, K. C., & Webster-Stratton, C. (2008). The preliminary effect of a parenting program for Korean American mothers: A randomized controlled experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, *45*, 1261–1273. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.10.002

Kinner, S. A., Alati, R., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2007). Do paternal arrest and imprisonment lead to child behaviour problems and substance use? A longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *48*(11), 1148–1156. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01785.x

Kjellstrand, J. M., & Eddy, J. M. (2011). Parental incarceration during childhood, family context, and youth problem behavior across adolescence. *Journal of Offender Rehabilitation*, *50*(1), 18–36. https://doi.org/10.1080/10509674.2011.536720

Kjellstrand, J. M., Yu, G., & Eddy, J. M. (2019). Parental incarceration as a predictor of developmental trajectories of externalizing behaviors across adolescence. *Children and Youth Services Review*, *103*(February), 10–17. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.05.016

Kjellstrand, J. M., Yu, G., Eddy, J. M., & Clark, M. (2020). Children with incarcerated parents and developmental trajectories of internalizing problems across adolescence. *American Journal of Criminal Justice*, *45*(1), 48–69. https://doi.org/10.1007/s12103-019-09494-4

Kjellstrand, J. M., Yu, G., Eddy, J. M., Clark, M., & Jackson, A. (2020). The role of parental incarceration in predicting trajectories of child internalizing problems. *Children and Youth Services Review*, *115*(February), 105055. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105055

Kjellstrand, J. M., Yu, G., Eddy, J. M., & Martinez, C. R. (2018). Children of incarcerated parents: Developmental trajectories of externalizing behavior across adolescence. *Criminal Justice and Behavior*, *45*(11), 1742–1761. https://doi.org/10.1177/0093854818785400

Koper, N., Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2019). *Dynamic moderators of parent-training intervention effects in mothers being released from incarceration and their children*.

Lacourse, E., Côté, S., Nagin, D. S., Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2002). A longitudinal-experimental approach to testing theories of antisocial behavior development. *Development and Psychopathology*, *14*(04), 909–924. https://doi.org/10.1017/S0954579402004121

Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, *1*(4), 451–476. https://doi.org/10.1007/s11292-005-3541-7

Leclair Mallette, I. A., Letarte, M. J., Hélie, S., Sicotte, R., & Temcheff, C. E. (2021). Is the Incredible Years parenting programme predictive of case closure in child protection services for neglect? A quasi-experimental study. *Child and Family Social Work*, *26*(4), 687–695. https://doi.org/10.1111/cfs.12849

Leijten, P. H. O., Gardner, F., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., Bonin, E.-M., & Scott, S. (2018). Harnessing the power of individual participant data in a meta-analysis of the benefits and harms of the Incredible Years parenting program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*(2), 99–109. https://doi.org/10.1111/jcpp.12781

Leijten, P. H. O., Raaijmakers, M. A. J., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Does socioeconomic status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *42*(3), 384–392. https://doi.org/10.1080/15374416.2013.769169

Leijten, P. H. O., Raaijmakers, M. A. J., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years parenting program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *46*(1), 59–73. https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038823

Linckens, P., Valstar, H., & van Gemmert, N. (2016). *DJI in getal*. http://dji.nl/Images/dji-in-getal-2011-2015-definitief_tcm93-642429.pdf

Lipsey, M. W., & Derzon, J. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders* (pp. 86–105). Sage publications.

Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Kammen, W. B., & Farrington, D. P. (1989). *Self-Report of Antisocial Behavior*. Pittsburgh University.

Loper, A. B., & Tuerk, E. H. (2006). Parenting programs for incarcerated parents: Current research and future directions. *Criminal Justice Policy Review*, *17*(4), 407–427. https://doi.org/10.1177/0887403406292692

Mackintosh, V. H., Myers, B. J., & Kennon, S. S. (2006). Children of incarcerated mothers and their caregivers: Factors affecting the quality of their relationship. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(5), 579–594. https://doi.org/10.1007/s10826-006-9030-4

Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2019). *Abnormal Child Psychology* (7th ed.). Cengage Learning.

Matthys, W. (2019). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Incredible Years*. www.nji.nl/jeugdinterventies

McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*(4), 527–543. https://doi.org/10.1007/s10802-006-9031-1

McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, *66*, 12–23. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012

Mennis, J., & Mason, M. J. (2012). Social and geographic contexts of adolescent substance use: The moderating effects of age and gender. *Social Networks*, *34*(1), 150–157. https://doi.org/10.1016/j.socnet.2010.10.003

Menting, A. T. A., de Lange, M., Matthys, W., & Orobio de Castro, B. (2019). *Onderbouwing beslisboom externaliserende gedragsproblemen: Rapportage in het kader van ZonMw Effectief werken in de jeugdsector*. Universiteit Utrecht.

Menting, A. T. A., & Orobio de Castro, B. (2021). *Databank effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving "Betere Start."* https://www.nji.nl/interventies/betere-start

Menting, A. T. A., & Orobio de Castro, B. (2022). *Een beter vervolg: Monitoring van Betere Start, opvoedondersteuning voor (ex-)gedetineerde moeders*.

Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2012). *Betere Start: Effectiviteit van opvoedingsondersteuning voor gedetineerde moeders, ter voorkoming van criminaliteit door hun kinderen*. Eindrapport Universiteit Utrecht voor het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 901–913. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006

Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2014). Engagement in parent training for mothers being released from incarceration. *22nd Annual Meeting of the Society for Prevention Research, Washington DC, United States*.

Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2015). Effectiviteit van Betere Start, opvoedondersteuning voor (ex-)gedetineerde moeders. *Kind & Adolescent*, *36*(3), 127–145. https://doi.org/10.1007/s12453-015-0089-9

Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2017). Arrested motherhood: Parenting, cognitive distortions, and depressive symptoms in mothers being released from incarceration. *Parenting: Science and Practice*, *17*(3), 177–186. https://doi.org/10.1080/15295192.2017.1333317

Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., Wijngaards-de Meij, L. D. N. v, & Matthys, W. (2014). A trial of parent training for mothers being released from incarceration and their children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *43*(3), 381–396. https://doi.org/10.1080/15374416.2013.817310

Miller, S., Malone, P. S., & Dodge, K. a. (2010). Developmental trajectories of boys' and girls' delinquency: Sex differences and links to later adolescent outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(7), 1021–1032. https://doi.org/10.1007/s10802-010-9430-1

Moffitt, T. E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, *131*(4), 533–554. https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.533

Murray, J., & Farrington, D. P. (2005). Parental imprisonment: Effects on boys' antisocial behaviour and delinquency through the life-course. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(12), 1269–1278. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01433.x

Murray, J., & Farrington, D. P. (2008a). The effects of parental imprisonment on children. *Crime and Justice*, *37*(1), 133–206. https://doi.org/10.1086/520070

Murray, J., & Farrington, D. P. (2008b). Parental imprisonment: Long-lasting effects on boys' internalizing problems through the life course. *Development and Psychopathology*, *20*(1), 273–290. https://doi.org/10.1017/S0954579408000138

Murray, J., Farrington, D. P., & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *138*(2), 175–210. https://doi.org/10.1037/a0026407

Murray, J., Janson, C.-G., & Farrington, D. P. (2007). Crime in adult offspring of prisoners: A cross-national comparison of two longitudinal samples. *Criminal Justice and Behavior*, *34*(1), 133–149. https://doi.org/10.1177/0093854806289549

Murray, J., Loeber, R., & Pardini, D. (2012). Parental involvement in the criminal justice system and the development of youth theft, marijuana use, depression, and poor academic performance. *Criminology*, *50*(1), 255–302. https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2011.00257.x

Nesmith, A., & Ruhland, E. (2008). Children of incarcerated parents: Challenges and resiliency, in their own words. *Children and Youth Services Review*, *30*(10), 1119–1130. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.02.006

Orobio de Castro, B., Menting, A. T. A., & Rutten, E. (2013a). *Betere Start - Recidive voorkomen door opvoedtraining voor gedetineerde moeders gedurende de overgang van detentie naar huis: Beoordelings- en evaluatiehandleiding*. Universiteit Utrecht.

Orobio de Castro, B., Menting, A. T. A., & Rutten, E. (2013b). *Betere Start - Recidive voorkomen door opvoedtraining voor gedetineerde moeders gedurende de overgang van detentie naar huis: Managementhandleiding*. Universiteit Utrecht.

Orobio de Castro, B., Menting, A. T. A., & Rutten, E. (2013c). *Betere Start - Recidive voorkomen door opvoedtraining voor gedetineerde moeders gedurende de overgang van detentie naar huis: Opleidingshandleiding*. Universiteit Utrecht.

Orobio de Castro, B., Menting, A. T. A., & Rutten, E. (2013d). *Betere Start - Recidive voorkomen door opvoedtraining voor gedetineerde moeders gedurende de overgang van detentie naar huis: Programmahandleiding*. Universiteit Utrecht.

Orobio de Castro, B., Menting, A. T. A., & Rutten, E. (2013e). *Betere Start - Recidive voorkomen door opvoedtraining voor gedetineerde moeders gedurende de overgang van detentie naar huis: Theoriehandleiding*. Universiteit Utrecht.

Patterson, G. R. (2005). The next genereration of PMTO models. *The Behavior Therapist*, *28*(2), 25–32.

Patterson, G. R. (2016). Coercion theory: The study of change. In T. J. Dishion & J. J. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of coercive relationship dynamics* (pp. 7–22). Oxford University Press.

Pearson, F. S., Lipton, D. S., Cleland, C. M., & Yee, D. S. (2002). The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime and Delinquency*, *48*(3), 476–496. https://doi.org/10.1177/001112870204800306

Phillips, S. D., Burns, B. J., Wagner, H. R., & Barth, R. P. (2004). Parental arrest and children involved with child welfare agencies. *American Journal of Orthopsychiatry*, *74*(2), 174–186. https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.2.174

Phillips, S. D., Erkanli, A., Keeler, G. P., Costello, E. J., & Angold, A. (2006). Disentangling the risks: Parent criminal justice involvement and children's exposure to family risks. *Criminology & Public Policy*, *5*(4), 677–702. https://doi.org/10.1111/j.1745-9133.2006.00404.x

Poehlmann, J. (2005). Incarcerated mothers' contact with children, perceived family relationships, and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, *19*(3), 350–357. https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.3.350

Poehlmann-Tynan, J., & Turney, K. (2021). A developmental perspective on children with incarcerated parents. *Child Development Perspectives*, *15*(1), 3–11. https://doi.org/10.1111/cdep.12392

Posthumus, J. A., Mangen, M.-J., Raaijmakers, M. A. J., de Wit, A., van Engeland, H., & Matthys, W. (2009). *Cost-effectiveness of the Incredible Years parent program as a preventive intervention* [Chapter doctoral dissertation]. Utrecht University.

Posthumus, J. A., Raaijmakers, M. A. J., Maassen, G. H., van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*(4), 487–500. https://doi.org/10.1007/s10802-011-9580-9

Pratt, T. C., Gau, J. M., & Franklin, T. W. (2011). Key idea: Hirschi's social bond/social control theory. In *Key Ideas in Criminology and Criminal Justice* (pp. 55–69). https://doi.org/10.4135/9781483388045

Rhule, D. M., McMahon, R. J., & Spieker, S. J. (2004). Relation of adolescent mothers' history of antisocial behavior to child conduct problems and social competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*(3), 524–535. https://doi.org/https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_10

Rich, B. A., & Eyberg, S. M. (2001). Accuracy of assessment: The discriminative and predictive power of the Eyberg Child Behavior Inventory. *Ambulatory Child Health*, *7*(3–4), 249–257. https://doi.org/10.1046/j.1467-0658.2001.00141.x

Rodermond, E., Kruttschnitt, C., Slotboom, A. M., & Bijleveld, C. C. J. H. (2016). Female desistance: A review of the literature. *European Journal of Criminology*, *13*(1), 3–28. https://doi.org/10.1177/1477370815597251

Roettger, M. E., & Boardman, J. D. (2012). Parental incarceration and gender-based risks for increased body mass index: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health in the United States. *American Journal of Epidemiology*, *175*(7), 636–644. https://doi.org/10.1093/aje/kwr409

Romeo, R., Knapp, M., & Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behaviour in children– and who pays it. *The British Journal of Psychiatry*, *188*, 574–553. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007625

Rothenberg, W. A., Lansford, J. E., Godwin, J. W., Dodge, K. A., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Mcmahon, R. J., & Goulter, N. (2022). Intergenerational effects of the Fast Track intervention on the home environment: A randomized control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1–11. https://doi.org/10.1111/jcpp.13648

Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, *64*(1), 80–97. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8436039

Sandler, I. N., Schoenfelder, E. N., Wolchik, S. a, & MacKinnon, D. P. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: Lasting effects but uncertain processes. *Annual Review of Psychology*, *62*, 299–329. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131619

Schaeffer, C. M., & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 445–453. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.445

Scott, S. (2001). Deciding whether interventions for antisocial behaviour work: Principles of outcome assessment, and practice in a multicentre trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *10*(Suppl 1), I59–I70. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11794557

Scott, S., Briskman, J., & O'Connor, T. G. (2014). Early prevention of antisocial personality: Long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *American Journal of Psychiatry*, *171*(6), 649–657. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13050697

Sekreve, A., Campmans, M., van Bon-Martens, M., & Orobio de Castro, B. (2020). Doelgericht werken in wijkteams laat nog te wensen over: Professionals hebben meer opleiding en begeleiding nodig. *Kind & Adolescent Praktijk*, *19*(4), 6–12. https://doi.org/10.1007/s12454-020-0627-3

Shaw, D. S., Lacourse, E., & Nagin, D. S. (2005). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *46*(9), 931–942. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00390.x

Shelton, K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*(3), 317–329. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2503_8

Sorensen, L. C., Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2016). How does the Fast Track intervention prevent adverse outcomes in young adulthood? *Child Development*, *87*(2), 429–445. https://doi.org/10.1111/cdev.12467

Thornberry, T. P., & Krohn, M. D. (2000). The self-report method for measuring delinquency and crime. *Criminal Justice*, *4*(1), 33–83. https://doi.org/10.2307/1141583

Tomlinson, M., Fearon, P., Christodoulou, J., & Rotheram-Borus, M. J. (2020). Editorial perspective: Stop describing and start fixing – the promise of longitudinal intervention cohorts. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, *61*(12), 1388–1390. https://doi.org/10.1111/jcpp.13213

Tong, L. S. J., & Farrington, D. P. (2006). How effective is the "reasoning and rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime and Law*, *12*(1), 3–24. https://doi.org/10.1080/10683160512331316253

Tremblay, M. D., & Sutherland, J. E. (2017). The effectiveness of parenting programs for incarcerated mothers: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0900-8

Troy, V., McPherson, K. E., Emslie, C., & Gilchrist, E. (2018). The feasibility, appropriateness, meaningfulness, and effectiveness of parenting and family support programs delivered in the criminal justice system: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(6), 1732–1747. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1034-3

Turney, K. (2017). The unequal consequences of mass incarceration for children. *Demography*, *54*(1), 361–389. https://doi.org/10.1007/s13524-016-0543-1

Turney, K., & Haskins, A. R. (2014). Falling behind? Children's early grade retention after paternal incarceration. *Sociology of Education*, *87*(4), 241–258. https://doi.org/10.1177/0038040714547086

Turney, K., & Haskins, A. R. (2019). Parental incarceration and children's well-being: Findings from the Fragile Families and Child Well-being Study. In J. M. Eddy & J. Poehlmann-Tynan (Eds.), *Handbook on children with incarcerated parents: Research, policy, and practice* (2nd editio, pp. 53–64). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16707-3_5

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). Introductory handbook on the prevention of recidivism and the social reintegration of offenders. In *Criminal Justice Series*.

van Aar, J., Leijten, P. H. O., Orobio de Castro, B., & Overbeek, G. (2017). Sustained, fade-out or sleeper effects? A systematic review and meta-analysis of parenting interventions for disruptive child behavior. *Clinical Psychology Review*, *51*, 153–163. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.006

van der Stouwe, T., Verweij, S., Asscher, J. J., Weijters, G., & Stams, G. J. J. M. (2018). *Recidive na Tools4U: Vergelijkend recidiveonderzoek naar het effect van Tools4U*.

van Stam, M. A., van der Schuur, W. A., Tserkezis, S., van Vugt, E. S., Asscher, J. J., Gibbs, J. C., & Stams, G. J. J. M. (2014). The effectiveness of EQUIP on sociomoral development and recidivism reduction: A meta-analytic study. *Children and Youth Services Review*, *38*, 44–51. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.01.002

Verweij, S., Wartna, B. S. J., Tollenaar, N., & Beerthuizen, M. G. C. J. (2017). The effectiveness of a cognitive skills training program for adult offenders. *Criminal Justice and Behavior*, *44*(12), 1559–1579. https://doi.org/10.1177/0093854817737338

Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, *77*, 129–137. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005

Wartna, B. S. J. (2009). *In de oude fout: Over het meten van recidive en het vaststellen van succes van strafrechtelijke interventies*. WODC.

Wartna, B. S. J., Blom, M., & Tollenaar, N. (2011). *De WODC-Recidivemonitor: Memorandum 2011-3* (4e, herzie ed.). Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(5), 715–730.

Webster-Stratton, C. (2001). *The Incredible Years: Parents and children videotape series: A parenting course (BASIC)*. Incredible Years.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2017). The Incredible Years parents, teachers, and children training series. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3rd ed., pp. 122–141). The Guilford Press.

Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, M. J. (2011). Long-term outcomes of Incredible Years parenting program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, *16*(1), 38–46. https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x

Weeland, J., van Aar, J., & Overbeek, G. (2018). Dutch norms for the Eyberg Child Behavior Inventory: Comparisons with other western countries. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *40*(2), 224–234. https://doi.org/10.1007/s10862-017-9639-1

Weiss, A. P., Guidi, J., & Fava, M. (2009). Closing the efficacy-effectiveness gap: Translating both the what and the how from randomized controlled trials to clinical practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(4), 446–449. https://doi.org/10.4088/JCP.08com04901

Wildeman, C. (2010). Paternal incarceration and children's physically aggressive behaviors: Evidence from the Fragile Families and Child Wellbeing study. *Social Forces*, *89*(1), 285–309. https://doi.org/10.1353/sof.2010.0055

Wildeman, C., & Turney, K. (2014). Positive, negative, or null? The effects of maternal incarceration on children's behavioral problems. *Demography*, *51*(3), 1041–1068. https://doi.org/10.1 007/s13524-014-0291-z

Young, A. F., Powers, J. R., & Bell, S. L. (2006). Attrition in longitudinal studies: Who do you lose? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *30*(4), 353–361. https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2006.tb00849.x

Young, B., Collier, N. L., Siennick, S. E., & Mears, D. P. (2020). Incarceration and the life course: Age-graded effects of the first parental incarceration experience. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, *6*(3), 256–279. https://doi.org/10.1007/s40865-020-00143-7