



Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?¹

Nienke Foolen
Deniz Ince
Mariska de Baat
Willeke Daamen

www.nji.nl

December 2013

Wat is de meest werkzame aanpak bij (het voorkomen van) gedragsproblemen en gedragsstoornissen? Preventieve opvoedingsondersteuning kan gedragsproblemen – en daarmee gedragsstoornissen - voorkomen. Ook interventies op school - waarbij onder meer een positief klimaat wordt gecreëerd en aandacht is voor zelfcontrole en probleemoplossende vaardigheden van kinderen – kunnen gedragsproblemen voorkomen. Wanneer er sprake is van gedragsproblemen of gedragsstoornissen bij kinderen tot 12 jaar, dan is een gedragstherapeutische oudertraining het meest effectief. Wanneer de problemen ernstig zijn dan kan dit vanaf 8 jaar worden aangevuld met cognitieve gedragstherapie. Voor jongeren vanaf 12 jaar geldt dat de problemen doorgaans ernstiger zijn, en veelal vragen om een combinatie van cognitieve gedragstherapie en bredere gezinsinterventies.

Gedragsproblemen en gedragsstoornissen liggen in elkaars verlengde. Een kind of jongere heeft een gedragsprobleem als hij ongewenst gedrag vertoont dat vooral voor zijn omgeving storend is. Voorbeelden van gedragsproblemen zijn driftbuien en woedeaanvallen bij jonge kinderen, agressief gedrag, pesten en delinquent gedrag. Gedragsstoornissen zijn ernstiger dan gedragsproblemen. Een kind of jongere heeft een gedragsstoornis wanneer hij zich aanhoudend zo negatief, opstandig, vijandig of agressief gedraagt dat zijn dagelijks functioneren erdoor wordt beperkt. Delinquent gedrag is iets wat relatief vaak voorkomt bij jeugdigen met gedragsproblemen of gedragsstoornissen. Er is sprake van delinquent gedrag wanneer jeugdigen de wet overtreden, bijvoorbeeld door zwart te rijden in het openbaar vervoer of iets te stelen uit een winkel. Omdat gedragsproblemen, gedragsstoornissen en delinquentie vaak deels overlappen en er zowel bij het ontstaan als de aanpak dezelfde factoren een rol spelen, worden deze in dit document zoveel mogelijk samen besproken. Wanneer bepaalde teksten specifiek zijn bedoeld voor gedragsproblemen of – stoornissen, dan is dit vermeld.

Er zijn inmiddels veel meta-analyses verricht naar de uitkomsten van interventies bij kinderen en jongeren met gedragsproblemen en gedragsstoornissen. Meta-analyses naar interventies voor kinderen richten zich vaak op interventies bij antisociaal gedrag of ‘*anger*’ (boosheid en woede). Studies naar interventies voor jongeren richten zich veelal op interventies bij antisociaal en delinquent gedrag. Recidivereductie – verminderde kans dat een jongere terugvalt in zijn oude

¹ Dit document bevat passages die zijn geschreven voor de Richtlijn ernstige gedragsproblemen voor de jeugdzorg (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof & Vermeij, 2013). Zie ook www.richtlijnenjeugdzorg.nl



gedrag - is dan vaak een belangrijke uitkomstmaat. In verschillende studies is de onderzochte doelgroep heel breed samengesteld. De studie gaat dan over interventies voor zowel kinderen als jongeren en zowel oppositioneel opstandig als antisociaal en delinquent gedrag.

Voor dit Wat Werkt overzicht is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van resultaten uit reviews en meta-analyses. Indien relevant zijn ook losse studies in dit overzicht meegenomen, bijvoorbeeld naar Nederlandse interventies. Tevens is gebruik gemaakt van de recent ontwikkelde Richtlijn ernstige gedragsproblemen voor de jeugdzorg (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof & Vermeij, 2012). Deze richtlijn omvat ook gedragsstoornissen.

Leeswijzer

Eerst komen algemeen werkzame factoren en behandelprincipes voor gedragsproblemen en gedragsstoornissen aan bod. Daarna wordt ingegaan op de preventie van gedragsproblemen, en daarmee ook de preventie van gedragsstoornissen. Vervolgens wordt verder ingezoomd op de behandeling van gedragsproblemen en gedragsstoornissen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in drie typen interventies: interventies gericht op ouders, interventies gericht op de jeugdige zelf en interventies gericht op het gezin.

1. Algemeen werkzame factoren

Voor interventies bij gedragsproblemen gelden op de eerste plaats algemene werkzame factoren die voor alle interventies van toepassing zijn, ongeacht de problemen die moeten worden aangepakt. Het is bijvoorbeeld bekend dat interventies betere resultaten hebben wanneer goed opgeleide professionals ze uitvoeren dan wanneer medewerkers die niet goed voorbereid zijn op hun taak dat doen. Deze werkzame factor geldt niet alleen bij gedragsproblemen, maar ook bij de aanpak van andere problemen. Naast algemeen werkzame factoren bestaan er ook specifiek werkzame factoren. Dat zijn ingrediënten van een interventie die verantwoordelijk zijn voor het effect bij een specifieke probleemgroep, bijvoorbeeld een bepaald type medicatie in de behandeling van ADHD. Deze medicatie werkt immers alleen bij die problemen.

De algemeen werkzame factoren, principes of criteria zijn geformuleerd op basis van systematische overzichtsstudies en meta-analyses van uiteenlopende preventieve of curatieve interventies. Ze hebben te maken met de opbouw en uitvoering van interventies (zie o.a. Garland, Hawley, Brookman-Frazee & Hulbert, 2008; Hermans e.a., 2005; Lipsey & Wilson, 1998; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morissey & Davino, 2003; Sutton e.a, 2004; Van Yperen, Booy & Van der Veldt, 2003):

- Interventies moeten goed doordacht zijn, een *heldere theoretische onderbouwing* kennen en gebaseerd zijn op kennis uit goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek. In een goede theoretische onderbouwing staat op welke risicofactoren en beschermende factoren de interventie is gericht en welke factoren door de interventie wel en niet beïnvloed worden.
- De *intensiteit* van de interventie dient *afgestemd* te zijn op de omvang en ernst van de problemen en op het *risico* op verergering van de problemen. Bij een hoog risico past een meer intensive interventie.
- Een interventie dient gericht te zijn op de dynamische risicofactoren die bij de jeugdige in kwestie de problemen veroorzaken en moet aansluiten bij de wijze waarop ouders, kinderen en jongeren zelf hun problemen ervaren.
- Een interventie moet ook aansluiten bij de karakteristieken van de cliënten. Dat geldt zowel voor de wijze van leren - vaardigheden leren door doen en oefenen aan de hand van huiswerk - als om aansluiting bij de gemeenschap en cultuur van de deelnemers aan de interventie.

- Daarnaast blijkt dat interventies die uitgevoerd worden door *goed getraind personeel* beter werken dan interventies waarbij dat niet het geval is.
- Ook interventies waarbij toezicht gehouden wordt op de adequatie en de kwaliteit van de uitvoering leiden tot betere resultaten. Dit wordt ook wel aangeduid als aandacht voor de *treatment integrity*.
- Interventies blijken beter te werken bij gemotiveerde cliënten. *Motivatie* wordt vaak opgevat als een statisch gegeven - je bent het of je bent het niet -, maar onderzoek laat zien dat motivatie ontwikkeld kan worden. De motivatie neemt toe naarmate een interventie meer gericht is op het weer greep krijgen op het eigen leven van ouders, kinderen en jongeren en op mogelijkheden in het heden, in plaats van problemen in het verleden, ook wel empowerment genoemd.
- Met *helder opgebouwde interventies*, waarin gewerkt wordt aan overeengekomen concrete doelen, worden meer resultaten behaald dan met minder goed opgebouwde interventies. Een goede interventie heeft de volgende kenmerken: realistische, helder geformuleerde en toekomstgerichte doelen, een duidelijke koppeling van doel en middel en het opdelen van een programma in duidelijke fasen.
- Ook blijken een heldere procedure voor de *behandelingsplanning* en het raadplegen van de jeugdige en diens ouders bij het opstellen van de plannen van belang.
- Tot slot is een goede relatie tussen de cliënt en de hulpverlener belangrijk.

2. Behandelprincipes: gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie

Bij het verminderen van gedragsproblemen en stoornissen zijn twee behandelprincipes het meest effectief, namelijk gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie (CGT).

Uitgangspunt bij gedragstherapie is dat gedrag bepaald wordt door wat eraan voorafgaat, en wat erop volgt. Door hetgeen eraan voorafgaat en hetgeen erop volgt te wijzigen, zal ook het gedrag veranderen. In een gedragstherapeutische aanpak wordt veel positieve feedback gegeven op het positieve gedrag van jeugdigen. Ongewenst gedrag wordt zoveel mogelijk genegeerd. Hierdoor zullen de jeugdigen het positieve gedrag vaker vertonen, en het ongewenste gedrag zal afnemen.

Gedragstherapie wordt vaak in twee vormen ingezet. De ene vorm is oudertraining. De ouders leren vaardigheden om de gedragstherapie thuis toe te passen. Een andere vorm is gedragstherapie in groepsvorm voor jeugdigen met gedragsproblemen of gedragsstoornissen.

Het andere effectieve behandelprincipe is de cognitieve gedragstherapie. De centrale aanname in de cognitieve gedragstherapie is dat wat mensen voelen en hoe ze zich gedragen, bepaald wordt door wat zij denken en vice versa. Bij jeugdigen met gedragsproblemen of -stoornissen is veelal sprake van vaststaande opvattingen ('ik ben waardeloos', 'ze moeten altijd mij hebben') waardoor sociale informatie vaak verkeerd wordt geïnterpreteerd. Reacties van anderen worden bijvoorbeeld bij voorbaat als agressief geïnterpreteerd en er wordt dienovereenkomstig gereageerd. In een cognitief gedragstherapeutische training worden deze irrationele cognities uitgedaagd, jeugdigen wordt geleerd dat ze ook vanuit een ander perspectief naar dezelfde situatie kunnen kijken en dat ze op een andere wijze kunnen reageren. Het gaat doorgaans om vaardigheden gericht op het vergroten van zelfcontrole- of agressieregulatie, en om het aanleren van sociale- en probleemoplossende vaardigheden (een klacht uiten, hulp vragen, onderhandelen). Cognitieve gedragstherapie (CGT) vraagt bepaalde cognitieve vermogens van jeugdigen. Daarom wordt dit vooral ingezet bij jeugdigen vanaf 12 jaar. Echter, vanaf ongeveer 8 jaar kan het zinvol zijn om cognitieve gedragstherapie in te zetten, aanvullend aan een oudertraining wanneer deze onvoldoende effect heeft (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof & Vermeij, 2013).

Typen interventies

Er bestaan verschillende typen interventies om gedragsproblemen aan te pakken.

- Interventies gericht op ouders. Hierbij leren de ouders vaardigheden om het gedrag van hun kinderen positief te beïnvloeden. Voor kinderen in de basisschoolleeftijd is dit doorgaans de meest effectieve aanpak.
- Interventies gericht op jongeren zelf. Hierbij kan het gaan om CGT, of bijvoorbeeld om mentorinterventies. Bij jongeren vanaf 12 jaar behaalt CGT doorgaans de beste resultaten.
- Interventies gericht op zowel ouder als kind. Hierbij gaat het om een combinatie van bovenstaande interventies.
- Interventies gericht op het gezin. Het gezin zelf is hierbij de focus. Het kan gaan om bijvoorbeeld intensieve pedagogische gezinsbegeleiding, of om systeemtherapie.

In onderstaande worden de verschillende typen interventies en de bijbehorende onderzoeksresultaten besproken. Eerst wordt echter kort ingegaan op de preventie van gedragsproblemen.

3. Preventie van gedragsproblemen

Alhoewel ouders niet perse de veroorzakers zijn van gedragsproblemen, kunnen zij wel een belangrijke rol spelen bij de preventie en vermindering ervan. Bijvoorbeeld door ouders vaardigheden aan te leren waardoor positief gedrag van het kind vaker voorkomt, en negatief gedrag juist minder vaak. Dit staat centraal bij preventieve opvoedingsondersteuning, en hiermee wordt de optimale ontwikkeling van kinderen bevorderd. In Nederland zijn diverse cursussen beschikbaar waarin ouders preventieve opvoedingsondersteuning kunnen krijgen. Het gaat om de interventies Opvoeden en zo, Beter omgaan met pubers, Peuters in zicht en Triple P niveau 2 en 3. Alle interventies zijn erkend door de Erkenningscommissie Interventies als Goed onderbouwd. Meer informatie over opvoedingsondersteuning is te lezen in 'Wat Werkt in opvoedingsondersteuning' (Ince, 2011).

Er bestaan ook preventieve interventies die kunnen worden ingezet op school. Internationaal gezien zijn er diverse interventies voor de aanpak van gedragsproblemen op school bekend (zie o.a. Hahn, Fuqua-Whitley, Wethington, Lowy, Crosby & Fillilove, 2007; Sutton et al., 2004). Uit een review van Hahn en collega's (2007) blijkt dat er met de onderzochte schoolgerelateerde interventies positieve resultaten worden behaald op het verminderen van de beginnende gedragsproblemen van de leerlingen. Deze resultaten worden voor verschillende onderwijsniveaus gevonden: van voorschool tot het voortgezet onderwijs.

Voor kinderen op de basisschool of in het speciaal onderwijs wordt het cognitief gedragstherapeutische programma Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) genoemd als interventie ter preventie van gedragsproblemen, door het verbeteren van het zelfbeeld, de zelfcontrole, het omgaan met emoties en het oplossen van problemen (Sutton et al., 2004; Hermans et al., 2005). In Nederland is dit programma beschikbaar onder de naam Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD). In de Verenigde Staten is veelvuldig onderzoek gedaan naar de effecten van de Amerikaanse versie van PATHS in diverse onderwijssettings. Uit goed opgezet evaluatieonderzoek onder ruim achtduizend kinderen zijn onder andere als effecten gevonden: verbetering van zelfcontrole, verbeterde herkenning en begrip van emoties, toegenomen frustratietolerantie, gebruik van effectievere probleemoplossingsstrategieën en verbetering van het vermogen om logisch te redeneren en vooruit te denken. Ook in Nederland is onderzoek naar het programma gedaan, het meest recent naar de effecten van PAD op de ontwikkeling van agressie bij jongens met externaliserend gedrag in het regulier basisonderwijs en in het speciaal onderwijs. In het basisonderwijs is de agressie van de jongens volgens leraren significant afgenomen. In het speciaal onderwijs zijn geen effecten gevonden (Louwe, Van Overveld, Merk, Orobio de Castro & Koops, 2007 en 2010). PAD is erkend door de Erkenningscommissie Interventies als 'Theoretisch goed onderbouwd'.

Een andere interventie is Taakspel. Taakspel is gebaseerd op het Amerikaanse programma Good Behaviour Game waarmee geprobeerd wordt verstoring gedrag van kinderen in de klas te voorkomen en verminderen, taakgericht werken te bevorderen en een positief onderwijsklimaat te bewerkstelligen (Barrish, Saunders & Wold, 1969). Taakspel is een groepsgeoriënteerde manier van werken. Gedurende reguliere lessen leren kinderen via spel beter de regels van de klas te volgen. Na een oriëntatieperiode verdeelt de leraar de klas in teams. Teamspelers stimuleren elkaar omdat ze ontvankelijk zijn voor een beloning. Taakspel is flexibel in de zin dat meer of minder regels kunnen worden gebruikt, het langer of korter kan worden gespeeld en de beloning direct of na enige tijd kan worden gegeven. Door de interventie leert de leraar de aandacht te richten op positief gedrag van de kinderen. Taakspel is ontwikkeld voor kinderen van groep 4 en 5 van het primair onderwijs, in de leeftijd van 8 tot 10 jaar. Uit quasi-experimenteel onderzoek in de praktijk blijkt dat Taakspel effect heeft op het taakgerichte en regel-overtredende gedrag van leerlingen. Het gedrag in de experimentele groep verbetert, terwijl het gedrag van de jongens uit de controlegroepen verslechtert. Het Erasmus Medisch Centrum heeft onderzoek gedaan met (quasi-) experimenteel design in de praktijk met follow-up metingen tot vier jaar na afloop van de interventie. Daaruit blijkt onder andere dat kinderen met matige niveaus van probleemgedrag volledig reageren op Taakspel. Kinderen met ernstige gedragsproblemen reageren gedeeltelijk op de interventie. Uit de follow-up metingen blijkt dat kinderen die aan Taakspel hebben meegedaan significant minder gedragsproblemen en emotionele problemen hebben dan kinderen uit de controlegroep. Ook experimenteren Taakspelkinderen tot vier jaar na de interventie minder met tabaksproducten. Op alcoholgebruik heeft de interventie geen effect (Van Lier, Van der Sar, Muthén & Crijnen, 2004; Van Lier, Huizink & Crijnen, 2008). Taakspel is erkend door de Erkeningscommissie Interventies als 'Effectief volgens sterke aanwijzingen'.

4. Interventies gericht op ouders

Dit type interventies zijn doorgaans gebaseerd op de gedragstherapie. Een gedragstherapeutische oudertraining is een behandelvorm die vooral wordt ingezet bij kinderen in de basisschoolleeftijd. In algemene zin geldt dat bij kinderen in die leeftijd meer gedragsverandering wordt bereikt door het trainen van de opvoedingsvaardigheden van ouders, dan door het trainen van kinderen zelf (Lösel & Beelman, 2003; McCart, Priester, Davies & Azen, 2006; Waller, Gardner & Hyde, 2013).

Ouders leren binnen een gedragstherapeutische oudertraining om op een effectieve manier regels te stellen en te handhaven en vaardigheden hoe ze positief gedrag kunnen bevorderen. De meeste oudertrainingen blijken effectief te zijn in het verminderen van probleemgedrag. De mate van effectiviteit verschilt (zie onder meer Dretzke, Davenport, Frew, Barlow, Stewart-Brown, Bayliss, et al, 2009; Lee, Horvath & Hunsley, 2013; Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006; Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay & Jennings, 2008; Serketich & Dumas, 1996). Kaminski, Valle, Filene & Boyle hebben in 2008 een meta-analyse uitgevoerd op basis van 77 gepubliceerde studies naar oudercursussen en oudertrainingen. De leeftijd van de kinderen is tussen de 0-7 en de 77 opgenomen studies zijn zowel gerandomiseerd ('RCT': randomized controlled trial) als niet-gerandomiseerd. Gerandomiseerd wil zeggen dat de jeugdigen op basis van toeval zijn toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Op basis van gerandomiseerde studies kan je met meer zekerheid conclusies trekken. Uit de meta-analyse blijkt dat een aantal onderdelen van oudertrainingen samenhangen met grotere effecten op het gedrag van kinderen. Het gaat hierbij om het vergroten van de positieve interactie tussen ouder en kind, vergroten van de emotionele communicatievaardigheden, ouders leren om een time-out te gebruiken, ouders het belang van consistent opvoeden leren en ouders tijdens de training met hun kinderen laten oefenen van nieuwe opvoedingsvaardigheden. Er zijn echter ook onderdelen van trainingen die juist samenhangen met kleinere effecten ervan op het gedrag van kinderen, namelijk: het probleemoplossend vermogen van

ouders vergroten en ouders leren hoe zij de cognitieve, academische en sociale vaardigheden van hun kinderen kunnen stimuleren (Kaminski, et al., 2008). De inhoud van trainingen heeft dus invloed op de effectiviteit op het verminderen van probleemgedrag van kinderen.

Piquero en collega's (2008) hebben een meta-analyse uitgevoerd waarin 55 RCT's zijn bestudeerd. Uit de meta-analyse blijkt dat oudertrainingen in opvoedingsvaardigheden kleine tot middelgrote effecten hebben op het verminderen van de gedragsproblemen van kinderen. De resultaten van de meta-analyse van Serketich en Dumas (1996) zijn nog positiever. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de jeugdigen in de studies niet allemaal op basis van toeval zijn toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Uit deze meta-analyse blijkt dat oudertrainingen grote effecten hebben voor ouders en kinderen. Een kind van wie de ouder een oudertraining heeft gevolgd, vertoont minder gedragsproblemen dan ruim 80 procent van de kinderen waarvan de ouders geen oudertraining hebben gevolgd.

Bij ouders die in moeilijke economische omstandigheden verkeren, zijn de uitkomsten minder goed. Door de dagelijkse problemen waarmee deze ouders te maken hebben, stellen zij andere prioriteiten. Het reizen naar de trainingslocatie en het regelen van oppas voor de kinderen levert problemen op, zij maken dan ook de training vaak niet af. Individuele trainingen bij ouders thuis kunnen dan een oplossing zijn (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006).

De uitkomsten van oudertrainingen kunnen verbeteren als de training in opvoedingsvaardigheden gecombineerd wordt met een training of interventie gericht op andere stressoren dan de opvoedingsonmacht. Voorbeelden zijn training van de zelfcontrole van de ouders, hulp bij huwelijksproblemen of het trainen van sociale en probleemoplossende vaardigheden (Taylor & Biglan, 1998; Serketich & Dumas, 1996; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001). Een andere – zojuist aangehaalde studie laat zien dat de resultaten van een oudertraining juist minder goed zijn wanneer er extra aanbod aan de ouders wordt aangeboden, zoals hulp bij verslaving van de ouder of een onderwijsaanbod voor de ouder (Kaminski et al., 2008). Mogelijk worden sommige ouders overvraagd wanneer er meer hulp tegelijkertijd wordt aangeboden. Het zal per situatie moeten blijken of het zinvol is om iets aan te bieden naast de oudertraining.

Bekende, goed onderzochte en effectieve programma's voor het trainen van opvoedingsvaardigheden bij ouders van kinderen tot een jaar of twaalf zijn de Parent Management Training (PMT), Triple P niveau 4 en Incredible Years. Deze drie interventies zijn in ons land ingevoerd en bestaan uit groepsbijeenkomsten voor ouders waarin opvoedingsvaardigheden besproken én geoefend worden. De Parent Management Training is in Nederland bekend onder de naam PMTO. Triple P en Incredible Years staan bekend onder de eigen naam. Incredible Years en PMTO bedienen doorgaans een zwaardere doelgroep dan Triple P niveau 4. PMTO en Triple P niveau 4 zijn erkend door de Erkenningscommissie Interventies als Goed onderbouwd. De effectiviteit van PMTO wordt in Nederland nog onderzocht. Van Triple P is in 2012 een Nederlandse effectstudie gepubliceerd (Onrust, De Graaf & Van der Linden, 2012). In deze studie zijn 170 gezinnen op basis van toeval toegewezen aan Triple P niveau 4, of de gebruikelijke zorg: een vorm van intensieve ambulante thuishulp. De studie laat zien dat beide groepen evenveel vooruitgang boeken. Bij Triple P zijn hier minder sessies voor nodig dan bij intensieve ambulante thuishulp. De effectiviteit van Incredible Years is in Nederland onderzocht door Raaijmakers (2008). In haar onderzoek vergelijkt Raaijmakers het gedrag van 72 agressieve kinderen waarvan de ouders een cursus volgen met een controlegroep van 72 kinderen. Een jaar na de cursus zien de onderzoekers in de cursusgroep zowel een verbetering in de opvoedingsvaardigheden van ouders als een gedragsverbetering bij de kinderen. Ouders en leerkrachten zien die verbetering echter niet. Incredible Years is erkend door de Erkenningscommissie Interventies als 'Effectief volgens sterke aanwijzingen'. Een andere vorm van oudertraining betreft een combinatie van gedragstherapeutische principes met inzichten uit de hechtingstheorie. In de eerste levensjaren van kinderen is het ontwikkelen van een

veilige hechting belangrijk. Het ontbreken daarvan is een grote risicofactor voor het ontstaan van gedragsproblemen. Twee interventies baseren zich op deze theoretische inzichten: VIPP-SD en PCIT.

VIPP-SD richt zich op een wat lichtere doelgroep: kinderen met lastig gedrag en gedragsproblemen. Uit onderzoek in eigen land door Van Zeijl (2006) blijkt dat de gedragsproblemen van jonge kinderen afnemen als hun moeders deelnemen aan een Video Feedback training, ook wel VIPP-SD genoemd (Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline). Daardoor leren zij de basisvaardigheden voor positief opvoeden aan de hand van video-opnames van moeder en kind. In de training zit een aparte module over sensitief reageren op kinderen, ook wel sensitieve disciplineren genoemd. VIPP-SD is erkend door de Erkenningscommissie Interventies als 'Effectief volgens sterke aanwijzingen'.

PCIT (*Parent Child Interaction Therapy*) is geschikter voor kinderen met ernstigere problemen: ernstige gedragsproblemen en –stoornissen. PCIT is een, van oorsprong Amerikaans, behandelprogramma voor ouders van jonge kinderen (2-7 jaar) met diverse problemen – waaronder ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen. Bij de behandeling zijn zowel ouder als kind betrokken, maar het richt zich op de ouder. Ouders en kind worden samen, onder leiding van een therapeut in een spelkamer getraind. De therapie richt zich op verbetering van de ouder-kind interactie en op het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind. PCIT is erkend door de Erkenningscommissie Interventies als 'Goed onderbouwd'.

Zie voor diepgaandere informatie over oudertrainingen Wat werkt bij Oudertrainingen (Foolen & Daamen, 2013) op de website van het NJi www.nji.nl/watwerkt

5. Interventies gericht op de jeugdige zelf

Bij dit type interventie is de jeugdige zelf de directe doelgroep. Dit type interventie kan zowel gebaseerd zijn op de cognitieve gedragstherapie als op de gedragstherapie.

De meest omvangrijke studie naar dit type interventies is die van Lipsey en Wilson (1998). Deze auteurs analyseerden 200 studies en bekeken het verschil tussen residentiële en ambulante interventies voor jeugdige delinquenten tussen 12 en 21 jaar. Als uitkomstmaat is recidivereductie gemeten. Gemiddeld bleken de verschillende typen interventies een recidivereductie van 12 procent te behalen. De resultaten verschillen echter sterk tussen verschillende interventies. Zo bleken overlevingstochten en programma's gericht op afschrikking geen effect te hebben. De best werkende programma's waren gericht op het leren van sociale en probleemoplossende vaardigheden en leverden een reductie van de recidive op tussen de 40 procent en 50 procent.

In de laatste jaren is het onderzoeksbestand van Lipsey en Wilson aangevuld met nieuwe studies en in 2009 publiceerde Lipsey een nieuwe analyse, herhaald op een groter bestand. In deze analyse besteedt hij tevens meer aandacht aan algemene factoren die van invloed zijn op de mate van effectiviteit van interventies. De analyses bevestigen het al langer bekende 'what works' principe dat intensieve interventies beter werken bij jongeren die een hoog risico lopen te recidiveren (bij hen is een groot aantal risicofactoren aan de orde en weinig beschermende factoren) en leidt tot minder recidive, en juist tot méér recidive leiden bij jongeren die een laag risico lopen op recidive. De nieuwe analyses laten ook zien dat sekse en etnische achtergrond niet uitmaken voor de effecten, evenals de context waarin de interventie plaatsvindt. Goede interventies kunnen zowel binnen als buiten een residentiële setting plaatsvinden.

Naast deze algemene factoren wordt uit de analyses van Lipsey weer duidelijk dat interventies gericht op het leren van sociale en probleemoplossende vaardigheden met een gedragstherapeutische of cognitief-gedragstherapeutische aanpak de grootste effecten laten zien, terwijl op afschrikking en disciplineren gerichte interventies (zoals 'boot camps' zonder nazorg of therapeutische component) en op inzicht gerichte psychotherapie geen of negatieve uitkomsten

hebben (Brestan & Eyberg, 1998; Chorpita e.a., 2002; Lipsey, 1992, 1993, 1995, 2009; Lipsey & Wilson, 1998; Petrosino, Turpin-Petrosino & Buehler, 2003; Wilson, Mackenzie & Ngo Mitchell, 2008).

In onderstaande paragrafen worden verschillende op jeugdigen gerichte interventies besproken van licht naar zwaar. Mentorinterventies zijn vooral gericht op kinderen en jongeren met milde problemen, of met een verhoogd risico op problemen. Cognitieve gedragstherapie kan worden ingezet bij het verminderen van gedragsproblemen en stoornissen. Gedragstherapie wordt vooral ingezet binnen leefgroepen van residentiele voorzieningen.

5.1 Mentorinterventies

Mentorinterventies worden doorgaans ingezet wanneer de problemen nog niet heel groot zijn, vooral te voorkoming van ernstigere problemen. Uit reviews van Lipsey (2009), Tolan, Henry, Schoeny en Bass (2008) en DuBois, Holloway, Valentine en Cooper (2002) is gebleken dat mentorinterventies positieve effecten hebben op het voorkomen en verminderen van gedragsproblemen (met name agressief gedrag en delinquentie) van kinderen. Mentorprogramma's worden veelal ingezet om het risico op delinquent gedrag, schooluitval, agressie of ander antisociaal gedrag te voorkomen dan wel te verminderen. Mentoren gaan in deze programma's regelmatig op stap met aan hen toegewezen jeugdigen. Zij worden geselecteerd op de kansen die zij bieden voor imitatie van gedrag door de jeugdige, het tonen van belangstelling voor de jeugdige en het kunnen geven van advies en emotionele ondersteuning. Een voorbeeld van een mentorprogramma dat in de Verenigde Staten succesvol is gebleken en ook in Nederland wordt uitgevoerd, is Big Brothers/Big Sisters (BBBS). BBBS koppelt individuele kwetsbare kinderen en jongeren van 4 tot 24 jaar, aan volwassen vrijwilligers die activiteiten met hen ondernemen. Doel is de jeugdigen beter te laten functioneren in het dagelijks leven en hun zelfredzaamheid te vergroten. De mentor richt zich dus op de sociale ontwikkeling van de jongere. De mentor heeft een ondersteunende rol en stelt zich op als vriend en rolmodel. Amerikaans onderzoek laat zien dat de leerlingen die deelnamen aan het programma minder verzuimden op school, hogere cijfers haalden, minder agressief waren en minder alcohol en drugs gebruikten (DuBois et al., 2002). Er is in Nederland geen effectonderzoek gedaan naar het programma.

5.2 Cognitieve gedragstherapie

De meest effectieve behandeling bij jongeren met gedragsproblemen of -stoornissen is cognitieve gedragstherapie (zie o.a. Bennet & Gibbons, 2000; Brosnan & Carr, 2000; Comer, Chow, Chan, Cooper-Vince & Wilson, 2013; Konijn, 2003; Sukhodolsky e.a., 2004; Lipsey, 2009).

Met de term 'cognitieve gedragstherapie' worden uiteenlopende interventies aangeduid. De afgelopen jaren zijn er diverse meta-analyses verschenen waarin is nagegaan of er verschil is in de uitkomsten van de uiteenlopende cognitief gedragstherapeutische aanpakken. Uit de meta-analyse van Sukhodolsky en anderen (2003) blijkt in algemene zin dat cognitieve gedragstherapie middelgrote effecten behaalt op het gedrag van jeugdigen. Jeugdigen die de training hebben gevolgd, zijn beter af dan 70 tot 80 procent van de kinderen die geen interventie kregen.

Naar cognitieve gedragstherapie is veel onderzoek gedaan, daarom zal in onderstaande vrij uitgebreid worden stilgestaan bij deze behandelvorm.

Zoals gezegd: meta-analyses laten op consistente wijze zien dat cognitief gedragstherapeutische interventies, gemiddeld genomen positieve effecten hebben. Er zijn echter verschillen in de grootte van de effecten. Landenberger en Lipsey (2005) en Lipsey, Landenberger & Wilson (2007) onderzochten de effectiviteit van verschillende cognitief-gedragstherapeutische interventies voor gedragsgestoorde jongeren en volwassenen met delinquent gedrag. In deze studies is voor elke onderzochte interventie nagegaan uit welke elementen deze bestaat om te bepalen welke elementen

tot de beste resultaten leiden. In de studie van Lipsey e.a. (2007) is daarnaast bekeken welke modererende factoren verantwoordelijk zijn voor de verschillen in effectgroottes, dat wil zeggen in welke situaties betere resultaten bereikt worden.

In de studie van Landenberger & Lipsey (2005) zijn diverse elementen van de cognitieve-gedragstherapeutische interventies onderzocht. Omdat hiermee een goed beeld verkregen wordt van de inhoud van cognitief gedragstherapeutische interventies, zijn deze hieronder opgenomen. De volgende elementen zijn onderzocht:

- Training in cognitieve vaardigheden (*cognitive skills*): het gaat hier om het trainen van algemene vaardigheden over nadenken en het nemen van beslissingen (zoals 'stop en denk na voordat je wat doet'), alternatieve oplossingen bedenken, consequenties evalueren en een besluit nemen over het toepassen van gedrag.
- Training in cognitieve herstructurering (*cognitive restructuring*): activiteiten en oefeningen gericht op het herkennen en aanpassen van denkfouten (anderen de schuld geven, het delict minimaliseren) of wel 'criminogeen denken'.
- Het trainen van probleemoplossende vaardigheden (*interpersonal problem solving skills*): het leren om gaan met conflicten, leren rustig te reageren, eigen mening formuleren, omgaan met groepsdruk (leren om 'nee' te zeggen en weg te gaan).
- Training van sociale vaardigheden (*social skills training*): training in prosociaal gedrag, andermans gevoelens in acht nemen, sociale omgang juist interpreteren.
- Het trainen van het herkennen van boosheid en de uitlokkers ervan en vervolgens controle uitoefenen over de boosheid (*anger control*).
- Trainen van moreel redeneren (*moral reasoning*): leren nadenken en redeneren over goed gedrag en fout gedrag met als doel de morele ontwikkeling op hoger niveau te brengen.
- Trainen van aandacht voor het slachtoffer (*victim impact*): activiteiten die erop gericht zijn om de impact van het eigen gedrag op slachtoffer in beeld te krijgen.
- Terugvalpreventie (*relapse prevention*): situaties leren herkennen waarin men een hoog risico loopt op terugval en de terugval leren stoppen.

Uit de analyses blijkt dat deelnemers aan trainingen met de bovenstaande elementen gemiddeld 25% minder recidiveren dan niet-deelnemers uit de controlegroep. Niet alle onderdelen blijken even goed te werken. Met de cognitieve herstructurering, anger control en interventies waarin náást de groepsbenadering ook een individueel behandellement was opgenomen bleken de beste uitkomsten bereikt te worden, tot wel 50% recidivereductie.

Wanneer de cognitieve gedragstherapie werd toegepast bij jongeren met een hoog recidive risico, er sprake was van goede uitvoering van de interventie en de aanpak ingepast werd in een breder pakket van interventies was het resultaat beter dan wanneer dat niet het geval was. Ook hadden interventies met een hoge intensiteit (meer sessies en langere totale duur) betere uitkomsten (Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey e.a., 2007).

In een meta-analyse van Sukhodolsky e.a. (2004) zijn ook specifieke elementen van cognitieve gedragstherapie bekeken: het trainen van vaardigheden, leren herkennen van gevoelens, probleemoplossing en een combinatie van elementen. De vaardigheidstraining en combinatie-aanpak bleken het beste te werken bij het verminderen van agressief gedrag. Het trainen van probleemoplossende vaardigheden bleek juist goed te werken voor het verminderen van gevoelens van boosheid en woede. Interventies waarin gebruik werd gemaakt van voordoen, rollenspel, het geven van feedback en huiswerkopdrachten bleken betere uitkomsten te hebben.

Bij jongeren met gedragsstoornissen is het van belang hen te trainen in agressieregulatie en probleemoplossende vaardigheden en dit bij ernstige stoornissen te combineren met (therapeutische) interventies in het gezin en mogelijk ook belangrijke andere personen in de omgeving van de jeugdige (vrienden, leerkrachten) (o.a. Brestan & Eyberg, 1998; Chorpita et al., 2002; Lipsey & Wilson, 1998).

Uit een studie naar de effecten van justitiële vervolging van jeugdige delinquenten blijkt dat hiermee geen positieve effecten behaald worden. De resultaten wijzen zelfs in negatieve richting, dat wil zeggen dat jeugdigen juist meer delinquent gedrag gaan vertonen. De resultaten wijzen echter wel op mogelijk positieve effecten bij 'first offenders'. Meer onderzoek is echter nodig om dit definitief vast te stellen (Petrosino, Turpin-Petrosino & Guckenburger, 2010).

Uit onderzoek blijkt dat individuele nazorg interventies een effectieve methode is om recidive bij hoog risico jongens te voorkomen (James, Stams, Asscher, De Roo & Van der Laan, 2013).

Serin, Helmus, Derkzen en Luong (2013) hebben onderzoek gedaan naar de effecten van interventies op de individuele processen van de jeugdigen. Zij hebben onderzocht welke veranderingen in deze individuele processen van invloed zijn op de kans op recidive. Uit het onderzoek blijkt dat een toename van zelfbeheersing, het vermogen zich te kunnen verplaatsen in een ander en sociale controle en steun en een afname van de emoties vijandigheid en boosheid en het middelen misbruik de kans op recidive verkleinen. Daarnaast blijkt tevens een positieve verandering in de attitude jegens afkeer van crimineel gedrag de kans op recidive te verkleinen. Een toename van onenigheid in de familie en anti sociale attitudes en associaties vergroot de kans op recidive. Dit onderzoek geeft weer op welke factoren preventieve interventies voor recidive zich op moeten richten, bijvoorbeeld het verhogen van de zelfbeheersing en sociale steun van de jeugdigen.

Uit de studie van Sukhodolsky et al (2004) blijkt dat een onderzoeksgroep met een hoog percentage meisjes meer verbetering liet zien rond problemen die verband hielden met boosheid en woede dan onderzoeksgroepen met weinig tot geen meisjes. Ook zijn er aanwijzingen dat kinderen met middelmatige problemen meer vooruitgang boeken dan kinderen met minimale problemen of juist zeer ernstige problemen. Dit wijst erop dat cognitieve gedragstherapieën het meest effectief zijn voor kinderen met milde of gematigde gedragsproblemen, zonder geschiedenis van gewelddadig gedrag (Sukhodolsky et al., 2004).

Uit een onderzoek van Schoenmaker, Mulder en Decović (2013) blijkt dat er een sterke samenhang is tussen de executive functies (ook wel regelfuncties genoemd) en externaliserend probleemgedrag bij jonge kinderen. Met executieve functies worden vaardigheden bedoeld die nodig zijn om nieuwe en complexe informatie te verwerken. Dit zijn bijvoorbeeld vaardigheden als: prioriteiten stellen, activiteiten plannen en zich daar ook aan houden en ook het vermogen het effect van het eigen handelen te overzien. Om externaliserend probleemgedrag te voorkomen of te verminderen raden de onderzoekers daarom aan om interventies te richten op het verbeteren van de executieve functies.

Voorbeelden van cognitief gedragstherapeutische interventies voor kinderen

Een voorbeeld van cognitieve gedragstherapie voor kinderen onder de 12 jaar is het kindeel van Minder boos en opstandig. Deze interventie bestaat naast de CGT voor kinderen ook uit een oudertraining. Deze interventie is als geheel erkend door de Erkenningscommissie Interventies als Goed onderbouwd.

Voorbeelden van cognitief gedragstherapeutische interventies voor jongeren

De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie heeft inmiddels verschillende cognitief gedragstherapeutische interventies voor jongeren erkend. Voorbeelden zijn de *Agression Regulation Training* (ART), *Washington State Aggression Replacement Training* (WSART), *Sociale*

Vaardigheden op Maat en Equip. Bij deze interventies zijn training in sociale en probleemoplossende vaardigheden, het trainen van cognitieve vaardigheden (eerst nadenken, dan doen; nagaan wat de gevolgen van gedrag zijn; alternatieven afwegen e.d.), het veranderen van irrationele cognities (de schuld bij anderen leggen, het delict minimaliseren ('de verzekering betaalt toch?')) en moreel redeneren geïntegreerd (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998; Gibbs, 1996).

5.3 Gedragstherapie binnen een residentiele setting

Binnen een residentiele setting wordt vaak gedragstherapie uitgevoerd, waarbij de uitvoering voor een deel plaats vindt in leefgroepen (Genoves e.a., 2006; Garrido & Morales, 2007; Armelius & Andreassen, 2007; Lipsey, 2009). Het gedragstherapeutisch model wordt vaak in combinatie gebruikt met een puntensysteem ('token-economy'). Het gebruik van een puntensysteem is onderdeel van een gedragsmatige aanpak die volgens veel van de hierboven genoemde studies werkzaam is. Het werken met punten is een hulpmiddel om positieve feedback te geven en jongeren zien concreet resultaat bij gewenst gedrag, met punten kunnen namelijk vaak beloningen verdiend worden.

In veel instellingen in ons land wordt in de leefgroepen gewerkt volgens het zogenaamde taakvaardigheidsmodel of het sociale competentiemodel (SCM). Dit is een op gedragstherapeutische principes gebaseerde aanpak waarin jongeren voortdurend aanwijzingen krijgen over hun gedrag. De aanpak is geïnspireerd op de Amerikaanse *Teaching Family Homes*. Het uitgangspunt is dat jongeren door positieve reacties op prosociaal gedrag gestimuleerd worden om dat gedrag meer te vertonen. Ze merken op die manier dat prosociaal gedrag hen meer oplevert dan antisociaal gedrag (Slot & Spanjaard, 1999).

In dit model worden jongeren competent genoemd als ze over voldoende vaardigheden beschikken om de ontwikkelingstaken waarmee zij in het dagelijks leven geconfronteerd worden, op adequate wijze kunnen vervullen. Ontwikkelingstaken zijn thema's die normaliter bij een bepaalde levensfase horen en die van een persoon bepaalde gedragingen vragen.

Jeugdigen met gedragsstoornissen bezitten onvoldoende vaardigheden voor het vervullen van de ontwikkelingstaken die bij hun leeftijd horen. Daardoor is er in hun leefgroepen vaak sprake van negatief gedrag zoals schelden, dreigen, onderlinge ruzies en pesten. Dat gedrag is te ernstig om genegeerd te worden en vraagt om een reactie. De groepsleiding wordt daardoor niet vanzelf gestimuleerd om complimenten uit te delen. Vaak vergeten groepsleiders door het lastige gedrag in de groep aandacht te geven aan de zaken die wél goed gaan. Het adequaat geven van feedback op het gedrag van jongeren vraagt van groepsleiders specifieke vaardigheden die ze niet zomaar hebben. Een onderzoek van Beenker en Bijl uit 2003 naar de implementatie van het competentiegericht werken in enkele justitiële jeugdinstellingen liet zien dat de implementatie van het competentiemodel niet makkelijk is. Voor groepsleiding bleek het heel moeilijk om consequent vanuit het model te werken. Daardoor bestaat vooral in gesloten instellingen het risico dat de technieken van belonen en straffen gericht zijn op disciplineren en op het handhaven van de orde in de leefgroep, in plaats van op het stimuleren van ander gedrag. De houding van groepsleiders wordt dan snel als passief gezien omdat zij jongeren niet aanspreken op hun gedrag (Oosterbeek, 2005). Zonder goed opgeleid en goed getraind personeel kan een gedragstherapeutische aanpak, waarin bijvoorbeeld gebruik gemaakt wordt van een puntensysteem om gericht feedback te geven, snel verworden tot een rigide beheerssysteem (Easson, 1996; Murray & Sefchik, 1992).

In eigen land is één onderzoek gedaan waarin gebruik van een puntensysteem in de leefgroep vergeleken is met de reguliere aanpak in leefgroepen (Kok, Menkehorst, Naayer & Zandberg, 1991). Het onderzoek naar dit Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma laat zien dat bij de jeugdigen in een leefgroep met een puntensysteem de gedragsproblemen en het middelengebruik meer afnamen en de sociale vaardigheden meer toenamen dan bij een vergelijkbare groep jongeren in een reguliere behandelgroep.

6. Interventies gericht op kinderen en ouders

Met name wanneer kinderen onder de 12 jaar worden getraind, wordt dit vaak gecombineerd met een training voor de ouders. Uit onderzoek blijkt namelijk dat als de kinderen getraind worden, de uitkomsten van zo'n training beter zijn als dit gecombineerd wordt met het trainen van de opvoedingsvaardigheden van de ouders (Kazdin, 1997; Perkins-Dock, 2001). In diverse studies wordt erop gewezen dat vooral een combinatie van het trainen van de opvoedingsvaardigheden van ouders (waaronder probleemoplossende vaardigheden) en het trainen van zelfcontrolevaardigheden van het kind tot vermindering van gedragsproblemen leidt (Behan & Carr, 2000; Bennet & Gibbons, 2000; Brosnan & Carr, 2000, Chorpita, Yim, Donkervoet e.a., 2002, Lipsey, et al., 2007; Sukhodolsky, et al., 2004).

Een interventie waarin zowel de ouders als het kind worden getraind is Minder boos en opstandig. De training voor het kind bestaat uit cognitieve gedragstherapie, en de training voor de ouders is een gedragstherapeutische oudertraining.

Ook binnen de schoolsetting bestaat er een interventie die zich zowel richt op ouders als kinderen: SPRINT. SPRINT is de afkorting van 'signaleren van en preventieve interventie bij antisociaal gedrag' en wordt op 25 Amsterdamse basisscholen toegepast (Van Leeuwen & Bijl, 2003a en 2003b). Leerkrachten en intern begeleiders vullen een screeningslijst in voor alle kinderen tussen de 7 en 10 jaar oud. Deze screening vindt op drie momenten plaats met een tussenpoos van zes maanden. Op basis van de uitkomsten worden de kinderen verdeeld in een groep die misschien risico loopt en een groep die geen risico loopt. De ouders van de risicogroep worden uitgenodigd op speciale bijeenkomsten waar opvoedingsvaardigheden, gezinscommunicatie, sociale steun en communicatie met de school aan de orde komen. De kinderen nemen individueel of in een kleine groep deel aan een training die grote overeenkomsten vertoont met Zelfcontrole en met de kindercomponent van Minder boos en opstandig. SPRINT is in Nederland ontwikkeld en er loopt onderzoek naar de effecten. Deze interventie is erkend door de Erkenningscommissie Interventies als 'Goed onderbouwd'.

Een andere interventie die zich richt op de schoolsetting en het verminderen van gedragsproblemen en het voorkomen van gedragsstoornissen is de interventie Alles Kidzzz. Het doel van de interventie is het verminderen van reactieve en proactieve agressie en het bevorderen van prosociaal gedrag bij kinderen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar. Subdoelen zijn: het bevorderen van een positief zelfbeeld en het stimuleren van positieve sociale cognities. Het is een interventie die wordt uitgevoerd in de school door een preventiemedewerker van de GGZ. Er vinden acht wekelijkse sessies plaats met het kind. Ook vinden er sessies plaats met de leerkracht en ouders. In 2013 is een RCT studie uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie. In de RCT zijn 264 kinderen betrokken welke willekeurig zijn toegewezen aan een controle of interventiegroep. Uit de RCT blijkt dat de interventie effectief is in het verminderen van reactieve en proactieve agressie. Daarnaast is er een significante vermindering van het externaliserend probleemgedrag. Uit de RCT blijkt dat de agressie die het kind laat zien samenhangt met de opvoeding, met het zelfbeeld en met het sociaal cognitief functioneren van het kind. De resultaten van de RCT laten zien dat het veranderen van het zelfbeeld van het kind de meest effectieve factor is van de interventie (Stoltz, Van Londen, Deković, Orobio de Castro, Prinzie & Lochman, 2013). De interventie is erkend door de Erkenningscommissie Interventies als 'Effectief volgens goede aanwijzingen'.

Een bijzondere vorm van hulp is Multidimensional *Treatment Foster Care* (MTFC). Deze interventie wordt door het Leger des Heils in Nederland uitgevoerd en behelst in het kort de opname van een jeugdige in een pleeggezin waar de pleegouders getraind zijn in opvoedingsvaardigheden volgens het model van PMTO en intensief ondersteund worden in de uitvoering van hun taak, zodat zij een jeugdige met gedragsproblemen aan kunnen. De jeugdige zelf ontvangt individuele cognitieve

gedragstherapie en andere hulp die nodig is en de ouders krijgen training in opvoedingsvaardigheden. Na enkele maanden gaat de jeugdige terug naar huis en is er voorzien in enkele maanden begeleiding van ouders en jeugdige in de nieuwe situatie thuis. Er is nog geen onderzoek dat de effectiviteit van MTFC in Nederland kan aantonen. Er wordt door PI Research onderzoek gedaan naar de invoering en uitvoering van MTFC tijdens de pilot. Daarna start in 2010 een langdurend effectonderzoek en een onderzoek naar de kosteneffectiviteit in Nederland . Door Oregon Social Learning Centre (ontwikkel- en researchinstituut in Eugene, Oregon) is MTFC ontworpen en is vanaf de start gevolgd met onderzoek naar de effectiviteit. Diverse Amerikaanse overzichtsstudies noemen MTFC als effectieve interventie in het voorkomen van recidive. De positieve resultaten gelden niet alleen voor jongens (Chamberlain, 2003), maar ook voor meisjes. Uit een recentere studie van Chamberlain, Leve & De Garmo (2007) blijkt dat MTFC recidive voorkomt bij meisjes die twee jaar eerder aan de interventie hadden deelgenomen (gemeten in aantal opname dagen in gesloten instellingen, contact met politie en justitie en de zelfgerapporteerde delicten). MTFC in Nederland is door de Erkeningscommissie Interventies erkend als ‘Goed onderbouwd’.

Bij jeugdigen vanaf 12 jaar wordt er vaak ook voor gekozen om zowel in te zetten op het kind als op de ouders. Omdat deze interventies vaak een bredere focus hebben (ook op de relatie tussen ouder en kind, en de bredere omgeving) gaat het om gezinsinterventies. Deze worden hieronder besproken.

7. Interventies in het gezin

In Nederland bestaan veel verschillende gezinsinterventies, die bekend staan onder de naam intensieve pedagogische thuishulp (IPT) (Van der Steege, 2007). Dit type interventie is bedoeld voor ouders van jeugdigen (0-18 jaar) met complexe problemen – waaronder gedragsproblemen of stoornissen - waardoor de ouders vastlopen in de opvoeding. Doorgaans krijgen gezinnen gemiddeld tien uur per week een hulpverlener in huis. De duur van de begeleiding verschilt per interventie. Het gaat om interventies als Intensieve Orthopedagogische Thuisbegeleiding (IOG), Jeugdhulp Thuis of Praktische Pedagogische Thuisbegeleiding; deze interventies zijn allemaal door de Erkeningscommissie Interventies erkend als Goed onderbouwd. Lang niet alle interventies zijn onderzocht op effectiviteit. Bekend is dat na IPT de gedragsproblemen van kinderen net als de andere problemen in het gezin niet verdwenen zijn, maar wel minder ernstig zijn geworden (Orobio de Castro et al., 2002; Veerman et al., 2004). Speciaal voor preventie van criminaliteit is inmiddels IOG-erger voorkomen ontwikkeld (Berger, 2006). In 2008 is onderzocht of met IOG-erger voorkomen de gewenste resultaten werden bereikt (Van Dam, Veerman en Wijgergangs, 2008). Uit de resultaten is gebleken dat bij afsluiting van de behandeling de externaliserende gedragsproblemen van de jongeren gemiddeld genomen significant waren verminderd, maar dat er bij de helft van de jongeren nog sprake was van forse problematiek op dit gebied. Ook de ervaren opvoedingsbelasting van de ouders was bij de afsluiting van de behandeling verminderd, ouders voelden zich competent en beter berekend op hun opvoedingstaak. De helft van de ouders ervoer nog steeds veel belasting ten aanzien van (het gedrag van) hun kind. Op de vraag of de gewenste uitkomsten bereikt waren, kon gesteld worden dat dit deels het geval was: IOG-erger voorkomen was voor 17% van de jongeren volledig succesvol en voor 34% deels succesvol.

Voor jeugdigen boven de 12 jaar bestaat er een aantal intensieve gezinsinterventies. Er zijn studies die laten zien dat enkel het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden onvoldoende effect heeft bij deze oudere doelgroep (bijvoorbeeld Bank, Hicks-Marlowe, Reid, Patterson & Weinrott, 1991). Daarom is het belangrijk om breder in te zetten. Het kan hierbij enerzijds gaan om interventies die - naast de opvoedingsvaardigheden van de ouders - de communicatieve vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden van alle gezinsleden aanpakken (gezinstherapie). Anderzijds gaat het om interventies die multimodaal inzetten en dus ook de school en omgeving betrekken (De Lange et al., 2012).

Een interventie waarin niet alleen de opvoedingsvaardigheden van de ouders getraind worden, maar ook de communicatieve en probleemoplossende vaardigheden van alle gezinsleden aan bod komen is de *Functional Family Therapy* (FFT) (Alexander, Pugh, Parsons & Sexton, 2000). Deze gezinstherapie is gericht op het veranderen van de interacties tussen gezinsleden, het verbeteren van het functioneren van de individuele leden van het gezin en van het gezin als geheel. Omdat de leden van gezinnen met jongeren met gedragsproblemen of –stoornissen elkaar vaker beschuldigen, defensief reageren op elkaar en elkaar minder steunen, probeert de behandelaar de onderlinge communicatiepatronen te veranderen. In de therapie leren gezinsleden te verduidelijken welk gedrag zij van elkaar verwachten, elkaar positief te bekrachtigen, problemen constructief te bespreken en gezamenlijk oplossingen voor problemen te vinden. Er zijn in het buitenland diverse onderzoeken gedaan naar FFT die positieve resultaten laten zien. In 2007 is gestart met het uitvoeren van een meta-analyse van het beschikbare onderzoeksmateriaal (Littell, Winsvold, Bjorndal & Hammerstrom, 2007). Een recente en in de praktijk uitgevoerde studie vergelijkt FFT met de gebruikelijke zorg die jeugdigen in hun proeftijd krijgen (Sexton & Turner, 2010). Hiertoe zijn in totaal 917 jongeren tussen de 13 en 17 jaar random toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Als uitkomstmaat is recidive gekozen. Het blijkt dat jongeren in beide groepen even vaak recidiveren, namelijk in 22 procent van de gevallen. Nader onderzoek laat echter zien dat wanneer de therapeut de interventie therapietrouw uitvoert, het recidivepercentage verlaagt naar 14,5 procent. De groep die therapietrouwe FFT ontvangt, recidiveert daarmee dus minder dan de controlegroep of de groep die FFT ontvangt, niet uitgevoerd zoals bedoeld.

De eerste uitkomsten van onderzoek naar FFT in Nederland laten positieve uitkomsten zien. De jongeren uit gezinnen die aan FFT deelnemen zijn vergeleken met jongeren die een reguliere justitiële afdoening kregen. De deelnemers plegen in het eerste jaar na afronding van de gezinsbehandeling minder geweldsdelicten. De controlegroep heeft in dat jaar twee keer zoveel kans op het plegen van een geweldsdelict dan de deelnemersgroep. Ook verbleven de deelnemers na afronding van FFT minder vaak in detentie en was er in de gezinnen van deze jongeren minder sprake van agressie en gezinsconflicten. De beide onderzochte groepen verschilden echter niet significant in hun algemene recidive na één jaar. Van de deelnemers recidiveerde 35 procent, van de niet-deelnemers 50 procent (Breuk, 2008).

FFT is door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies van Justitie erkend.

Er zijn in ons land verschillende programma's beschikbaar waarin zowel de jeugdige als belangrijke personen in zijn omgeving aangrijpingspunt van behandeling zijn. Voorbeelden zijn *Multisysteem Therapie* (MST) en *Multidimensional Family Treatment* (MDFT). Beide interventies zijn door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies van Justitie erkend.

Bij *MST* gaat men ervan uit dat ernstige gedragsproblemen of een gedragsstoornis veroorzaakt worden en in stand gehouden worden door factoren in het gezin, de familie, de school, de omgang met leeftijdgenoten en de buurt. De behandeling dient zich dus ook op al die gebieden (systemen) te richten. Er wordt daarom een pakket van interventies gericht op het gezin van een jeugdige, de jeugdige zelf en als dat nodig is op de school, vriendengroep, buurt of verdere familie. Afhankelijk van de factoren die in een individueel geval het probleemgedrag in stand houden, worden er interventies uitgekozen om toe te passen. Zo kan een jongere bijvoorbeeld deelnemen aan een training in agressiebeheersing of probleemoplossende vaardigheden, terwijl de ouders door de therapeut getraind worden in opvoedingsvaardigheden en leerkrachten op school geadviseerd worden (en indien nodig getraind) in hun aanpak van de jongere. Ook wordt indien nodig, de jongere in contact gebracht met andere, niet delinquente jongeren, zodat er een andere sociale omgeving ontstaat.

Curtis, Ronanen en Borduin (2004) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van MST. In de meta-analyse zijn elf studies meegenomen, gebaseerd op zeven databestanden. De studies vonden plaats tussen 1987 en 2002 in Amerika. De doelgroep bestaat deels uit gewelddadige en chronische delinquenten, maar ook uit jeugdigen met een drugsverslaving of met verwaarlozende ouders. De uitkomstmaten zijn in vijf domeinen geclusterd: individu (problemen ouder/jeugdige), gezin (zoals stress, interacties), leeftijdsgenoten (zoals omgang met antisociale leeftijdsgenoten), naar school gaan en delinquente activiteiten (zoals aantal arrestaties, drugsgebruik). De jongeren uit de controlegroep ontvingen een actieve interventie zoals oudertraining of individuele therapie. De gemiddelde effectgrootte van deze studie komt uit op 0.55. De effectgrootte op het domein gezin is het grootst, namelijk 0.57. De kleinste effectgrootte is gevonden voor het domein leeftijdsgenoten. In 2009 is er een review gepubliceerd door Littell, Campbell, Green en Toews met minder positieve resultaten. Op basis van een uitgebreide literatuursearch zijn er acht RCT's naar de effecten van Multisysteem therapie (MST) opgenomen in de review. De studies vonden plaats tussen 1990 en 2004 in drie verschillende landen (zes in de USA, één in Canada en één in Noorwegen). Een deel van de betrokken doelgroep bestond uit delinquenten. De jongeren uit de controlegroep ontvingen een actieve interventie, bijvoorbeeld care as usual of individuele therapie. Uitkomstmaten die in deze review zijn onderzocht zijn onder meer gedragsproblemen, relaties met leeftijdsgenoten, gezinsfunctioneren en delinquentie. Globaal lijkt het of de meeste resultaten iets ten gunste van MST uitvallen, alhoewel het om kleine verschillen gaat. De grootste, enig onafhankelijke en in Canada uitgevoerde studie kan geen verschillen vinden tussen MST en care as usual. Niet alle uitkomstmaten van deze review zijn even relevant voor dit document. Wanneer wordt gekeken naar de uitkomstmaat externaliserend gedrag dan is de effectgrootte daarvoor -0.18, dus iets ten gunste van MST.

Het eerste onderzoek naar de uitkomsten van MST dat in Nederland verricht is, is een follow-up studie. Het onderzoek laat zien dat MST een positief effect heeft op recidive, uithuisplaatsingen en schoolafwezigheid. De verwachte kans op recidive is verminderd van 82 procent bij aanvang van de behandeling naar 49 procent. De verwachte kans op uithuisplaatsing is van 83 procent bij aanvang van de behandeling teruggelopen naar 46 procent. De verwachte kans op schoolverzuim is verminderd van 76 procent bij aanvang van de behandeling naar 24 procent twee jaar na afsluiten van de behandeling. Een belangrijke beperking van deze studie is echter de afwezigheid van een controle groep, waardoor niet met zekerheid gesteld kan worden dat de behandelresultaten toe te schrijven zijn aan MST (Boonstra, Jonkman, Soeteman en Van Busschbach, 2009). Onlangs is een Nederlandse studie gepubliceerd (Deković, Asscher, Manders, Prins & Van der Laan, 2012). In deze studie is gebruik gemaakt van een controlegroep en randomisatie, en daarmee wordt tegemoet gekomen aan de beperking van de vorige studie. Het onderzoek laat zien dat MST op 4 van de 5 uitkomstmaten (gevoel van competentie van de ouder, positieve disciplinerende kwaliteit van de ouder-kind relatie en externaliserend probleemgedrag, niet op ongepaste disciplinerende kwaliteit van de ouder-kind relatie) tot betere uitkomsten leidt dan de gebruikelijke zorg.

Multidimensionele Familiotherapie (MDFT) is een systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg. MDFT is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar die overmatig drugs en/of alcohol gebruiken en daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen. Zij zijn op meerdere leefgebieden vastgelopen of dreigen daarop vast te lopen. Het programma richt zich op vier domeinen in het leven van een jongere: de jongere en zijn problemen, de ouders van de adolescent, het gezin en de familie als geheel, en voor de jongere belangrijke externe systemen, zoals peergroep, school, werk en mogelijk politie en justitie. In het buitenland hebben meerdere onderzoeken plaatsgevonden naar de effectiviteit van MDFT. Liddel, Dakof, Parker, Diamond, Barrett en Tejada (2001) vonden dat MDFT iets effectiever is in het verminderen van drugsgebruik in vergelijking met enkel groepstherapie voor jeugdigen, of een op educatie gerichte gezinsinterventie met meerdere gezinnen tegelijk. Dit geldt

zowel na afloop als bij de follow up na één jaar. Op de andere uitkomstmaten 'acting-out' gedrag, schoolcijfers en competenties van het gezin zijn er geen noemenswaardige verschillen gevonden. Nederlands onderzoek (Hendriks, Van der Schee & Blanken, 2011) laat zien dat MDFT en cognitieve gedragstherapie even effectief zijn in het verminderen van cannabisgebruik bij jongeren tussen 13 en 18 jaar oud.

8. Conclusies

Er is relatief veel onderzoek beschikbaar naar behandelingen voor gedragsproblemen en gedragsstoornissen. Daardoor is er vrij veel bekend over welke aanpak de beste resultaten behaalt.

In het voorkomen van gedragsproblemen – en daarmee gedragsstoornissen - blijken ouders en andere opvoeders een cruciale rol te spelen. Preventieve opvoedondersteuning en interventies op school zijn hiervoor geschikte interventies. Ook mentorinterventies kunnen een preventieve werking hebben, of lichte beginnende problemen doen afnemen.

Welke aanpak het meest geschikt is voor het verminderen van gedragsproblemen of stoornissen hangt af van de ernst van de problemen: zijn er lichte problemen of is er sprake van een stoornis? Ook de leeftijd van de jeugdige en de daarmee samenhangende omvang en invloed van de omgeving, en de cognitieve vaardigheden van de jeugdige spelen een belangrijke rol. Bij (jonge) kinderen (3-12 jaar) zijn de ouders de belangrijkste opvoedomgeving. Daarmee kunnen zij een belangrijke invloed uitoefenen op het probleemgedrag van het kind. Bij kinderen onder de 12 jaar worden met een oudertraining de beste resultaten behaald, zowel wanneer er sprake is van gedragsproblemen als gedragsstoornissen. Uiteraard moet de intensiteit van de oudertraining aansluiten bij de ernst van de problematiek. Als de problemen ernstig zijn en een oudertraining alleen onvoldoende resultaten behaalt, dan is het nodig om een training op het kind zelf te richten: cognitieve gedragstherapie. Dit gebeurt vanaf 8 jaar.

Wanneer jeugdigen ouder worden en de basisschoolleeftijd achter zich laten, blijken oudertrainingen minder grote effecten te behalen (onder meer McCart, et al., 2006). De invloed van ouders neemt rond deze leeftijd af, wat kan verklaren waarom een oudertraining minder effect heeft. Daarnaast neemt de invloed van leeftijdsgenoten en de bredere omgeving (school, wijk) op deze leeftijd sterk toe (Schaffer, 1996). Met het toenemen van cognitieve capaciteiten vanaf 12 jaar wordt vaker gekozen voor cognitieve gedragstherapie. Wanneer er sprake is van ernstige gedragsproblemen of van gedragsstoornissen, is er naast de cognitieve gedragstherapie een gezinsinterventie nodig.

Algemeen werkzame factoren zijn:

- een goede theoretische onderbouwing van de interventie: welke risicofactoren en beschermende factoren die het ontstaan of voortbestaan van gedragsproblemen beïnvloeden moet de interventie beïnvloeden en hoe dan?;
- afstemming van de interventie op het ontwikkelingsstadium van het kind en de specifieke risicofactoren en beschermende factoren die in dat stadium aan de orde zijn;
- afstemming van de interventies op de ernst van de problemen en het risico op verergering van de problemen;
- afstemming van de interventie op de mogelijkheden van ouder en kind wat betreft wijze van leren, culturele achtergrond, intelligentie en motivatie;
- zodanig organiseren van de interventie dat ook 'moeilijk bereikbare groepen' deel kunnen nemen, bijvoorbeeld door het regelen van vervoer en oppas of het individueel aanbieden van de interventie;

- een activerende aanpak hanteren, gericht op het ‘weer greep krijgen op eigen leven’: empowerment;
- een heldere opbouw en fasering van de interventie;
- een goede relatie tussen de hulpverleners of trainers en ouder en kind;
- goed opgeleid en gemotiveerd personeel dat in staat is de interventie uit te voeren zoals deze eerder effectief gebleken is;
- aandacht voor meer dan één leefgebied: kind, ouders, school.

Specifiek werkzame factoren zijn:

- wees er vroeg bij: de effecten zijn het grootst bij kinderen tot ongeveer 12 jaar.
- bij kinderen tot 12 jaar: het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden, waaronder sensitiviteit;
- wanneer bij kinderen tussen de 8 en 12 jaar de effecten uitblijven: ook cognitieve gedragstherapie op het kind richten;
- bij jongeren: het bieden van cognitief gedragstherapeutische training, gericht op onder meer het verbeteren van zelfcontrole en agressieregulatie. Wanneer dit in groepsverband gebeurt: ook een individuele component toevoegen.
- als de problemen bij jongeren ernstig zijn: naast training van de jongere zelf ook interveniëren in het gezin;
- inzet van interventies op school, waarin náást training van het kind ook sprake is van training van leerkrachten in positief klassenmanagement.
- binnen een residentiele setting: inzet van gedragstherapeutische principes om prosociaal gedrag te bevorderen en ongewenst gedrag te verminderen.

9. Bronnen

Alexander, J.F., C.A. Pugh, B.V. Parsons & T.L. Sexton (2000). *Functional Family Therapy*. In: Elliot, D. (series ed.) *Blueprints for violence prevention*, book three, 2nd edition, Golden, CO: Venture.

Armelijs, B.-Å & T.H. Andreassen (2007). *Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4, Art.No. CD005650, DOI: 10.1002/14651858. CD005650.pub2.

Asscher, J.J. (2005). *Parenting support in community settings. Parental needs and effectiveness of the Home-Start Program*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.

Bank, L., Hicks Marlowe, J., Reid, J.B., Patterson, G.R. & M.R. Weinrott (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 19, no. 1. pp. 15-33.

Barrett, P. & Th. Ollendick (eds.) (2004). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. New York, NY, US: John Wiley & Sons ltd.

Barrish, H.H., Saunders, M., & Wold, M.M. (1969). Good behavior game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 119-124.

Beenker, L. & Bijl, B. (2003). *Van invoering naar uitvoering. Een eerste evaluatie van de implementatie van het competentiemodel in vier justitiële jeugdinrichtingen*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.

Behan, J. & A. Carr (2000). Oppositional defiant disorder. In: Carr, A. (ed). *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families* (pp. 102-130). London & New York: Routledge.

Bennett, D.S. & Gibbons, T.A. (2000). Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behaviour: a meta-analysis. *Child and Family Behavior Therapy* 22, 1-15.

Berger, M. (red) (2006). *IOG-erger voorkomen, de methodiekhandleiding*. Utrecht/Lichtenvoorde: NIZW en Forium.

Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D. & Van Busschbach, J. (2009). Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: twee jaar follow-up studie. In: *Systeemtherapie, jaargang 21 nr. 2 juni 2009*.

Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2006). *Early home visitation in families at risk for child maltreatment*. Leiden: Universiteit Leiden

Brestan, E.V. & S.M. Eyberg (1998). Effective psychosocial treatment of conduct disordered children and adolescents : 29 years, 82 studies and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (2), 180-189.

Breuk, R. (2008). *Breaking the cycle : day treatment for juvenile delinquents*. Amsterdam: Proefschrift Vrije Universiteit, Amsterdam

Brosnan, R. & A. Carr (2000). Adolescent conduct problems. In: A. Carr (ed). *What works with children and adolescents: a critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. (pp.131-154). London and New York: Routledge.

Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model: Features, outcomes, and progress in dissemination. In S. Schoenwald & S. Henggeler (Series Eds.), *Moving evidence-based treatments from the laboratory into clinical practice. Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 303-312.

Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D.S. (2007). Multidimensional Treatment Foster Care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 187-193.

Chorpita, B.F., Yim, L.M., Donkervoet, J.C., Arensdorf, A., Amundson, M.J., McGee, C., Serrano, A., Yates, A., Burns, J.A. & P. Morelli (2002). Towards large-scale implementation of empirically supported treatments for children: a review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (2), 165-190.

Comer, J.S., Chow, C., Chan, P.T., Cooper-Vince, C. & Wilson, L.A.S. (2013). Psychosocial treatment for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination.

Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18. Pp. 411 – 419.

Dam, C. van, Veerman, J.W., & Wijgergangs, H. (2008). *Kan IOG-EV Erger Voorkomen?* Nijmegen: Praktikon.

Deković, M., Asscher, J.J., Manders, W.A., Prins, P.J.M & Van der Laan, P. (2012). Within-Intervention change: mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Online artikel.

Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., Taylor, R.S., Sandercock, J., & Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3.

DuBois, D. L., Holloway, B. E., Valentine, J. C., & Cooper, H. (2002). Effectiveness of mentoring programs for youth: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 30, 157-197.

Easson, W.M. (1996). *The management of the severely disturbed adolescent*, Madison, CT: International Universities Press.

Garland, A.F., Hawley, K.M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M.S. (2008). Identifying Common Elements of Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children's Disruptive Behavior Problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 505-514.

Garrido, V. & Morales, L.A. (2007). *Serious (violent or chronic) juvenile offenders : A systematic review of treatment effectiveness in secure corrections*. *Campbell Systematic Reviews* 2007:7.

Genovés, V.G., Morales, L.A. & J. Sánchez-Meca (2006). What works for serious juvenile offenders ? A systematic review. *Psicothema*, 18 (3), 611-619.

Gibbs, J.C. (1996). Sociomoral group treatment for young offenders. In: C.R. Hollin & K. Howells. (eds). *Clinical approaches to working with young offenders* (p. 129-150). Chichester: John Wiley & Sons.

Gijssels, S. de & Mathot, T. (2006). *Basisdocument landelijke werkgroep preventie van opstandig en antisociaal gedrag bij jeugdigen*. Utrecht: Landelijke werkgroep preventie van externaliserende gedragsproblemen.

Goldstein, A.P., Glick, B. & J.C. Gibbs (1998). *Aggression Replacement Training. A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign (ILL): Research Press.

Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Wethington, H., Lowy, J., Crosby, A., Fillilove, M. (2007). Effectiveness of Universal School-Based Programs to Prevent Violent and Aggressive Behavior: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, S114-S129.

Hendriks, V., Schee, E. van der, & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioural therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, pp. 64-71.

Hermans, J., Óry, F. & G. Schrijvers (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegsignalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: UMC Utrecht (www.integratedcare.nl).

Ince, D. (2011). *Wat werkt in opvoedingsondersteuning?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Zie www.nji.nl/watwerkt.

James, C., Stams, G.J.J.M., Asscher, J.J., De Roo, A.K. & Laan, P.H. van de (2013). Aftercare programs for reducing recidivism among juvenile and young adult offenders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 33, 263-274.

Kaminski Wyatt, J., Valle, L.A., Filene, J.H., & Boyle, C.L. (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.

Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.

Kok, J.M., Menkehorst, G.A.B.M., Naayer, P.M.H. & Zandberg, Tj. (1991). *Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma: ontwikkeling, invoering en effectmeting*. Assen: dekker & van de Vegt.

Konijn, C. (red) (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Landenberger, N.A. & M.W. Lipsey (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.

Lange, M. de, Matthys, W. Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M. & Vermeij, K. (2013) Richtlijn ernstige gedragsproblemen voor de jeugdzorg.

Lee, C.M., Horvath, C. & Hunsley, J. (2013). Does it work in the real world? The effectiveness of treatments for psychological problems in children and adolescents. *Professional psychology: research and practice*, 44, 81-88.

Leeuwen, E. van & Bijl, B. (2003b). *SPRINT resultaten; tweede deelrapport van het evaluatieonderzoek, over de uitkomsten van de interventie*. Duivendrecht: PI-research.

Liddel, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 27, 651 – 688.

Lier, P.A.C. van, Huizink, A.C. & Crijnen, A.A.M. (2008). Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. *Drug and alcohol dependence*, 10, 228-233.

Lier, P.A.C. van, Sar, A.M. van der, Muthén, B.O. & Crijnen, A.A.M. (2004). Preventing disruptive behavior in elementary schoolchildren: Impact of a universal classroom-based intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 467-478.

Lipsey, M.W. & Wilson, D. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: a synthesis of research. In: R. Loeber & D.P. Farrington (eds.). *Serious & violent juvenile offenders, risk factors and successful interventions* (pp.313-345). Newbury Park, CA: Sage.

Lipsey, M.W. (1992a). Juvenile delinquency treatment: a meta-analytic inquiry into the variability of effects. In: Cook, T. (ed.). *Meta-analysis for explanation: a casebook* (pp.83-128). New York: Russell Sage Foundation.

Lipsey, M.W. (1992b). The effect of treatment on juvenile delinquents: results from a meta-analysis. In: F. Lösel, D. Bender. & T. Bliesener (eds.). *Psychology and the Law, international perspectives* (pp.131-143). Berlijn, Duitsland: Walter de Gruijter.

Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In: J. McGuire, J. (ed.). *What works: reducing reoffending, guidelines form research and practice* (pp.63-78). Chichester, Engeland: John Wiley & Sons.

Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders, 4:124-147, 2009*.

Lipsey, M.W., Landenberger, N.A. & S.J. Wilson (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Campbell Systematic Reviews 2007:6.

Littell, J., Winsvold, A., Bjorndal, A., Hammerstrom, K. (2007). *Functional family therapy for families of youth (age 11-18) with behavior problems*. C2 Protocol: Campbell Collaboration.

Littell, J.H., Campbell, M, Green, S. & Toews, B. (2009). *Multisystemic Therapy for social, emotional and behavioral problems in youth aged 10-17 (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. www.thecochranelibrary.com

Lösel, F. & A. Beelman (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: a systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Society of Political and Social Sciences*, 587, 84-109.

Louwe, J.J., Overveld, C.W. van, Merk, W., Orobio de Castro, B. & Koops, W. (2007). De invloed van het Programma Alternatieve Denkstrategieën op reactieve en proactieve agressie bij jongens in het primair onderwijs: Effecten na één jaar. *Pedagogische Studiën*, 84(4), 277-292.

Lundahl, B., Risser, H.J. & M.C. Lovejoy (2006) A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104

McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H. & R. Azen (2006) Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy of antisocial youth: a meta-analyses. *Journal of abnormal child psychology*, 34, 4, 527-542.

Nation, M., C. Crusto, A. Wandersman, K.L. Kumpfer, D. Seybolt, E. Morissey en K. Davino (2003), 'What works in prevention. Principles of effective prevention programs', in: '*American Psychologist*', 58, p.449-456.

Onrust, S.A., De Graaf, I.M. & Van der Linden, D. (2012). De meerwaarde van Triple P: Resultaten van een gerandomiseerde effectstudie van de Triple P gezinsinterventie bij gezinnen met meervoudige problematiek. In press.

- Orobio de Castro, B., Veerman, J.W., Bond, E. & De Beer, L. (2002). *Kansen gekeerd? Criminaliteitspreventie door gezinsondersteuning*. Utrecht: PI-research BV & Capaciteitsgroep ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht.
- Patterson, G.R. (2005). The next generation of PMTO models. *The Behavior Therapist*, X, 27-33.
- Perkins-Dock, R. (2001). Family interventions with incarcerated youth: a review of the literature. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 606-625.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C. & J. Buehler (2003). 'Scared Straight' and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency (update C2 Review). In: *The Campbell Collaboration Reviews of Intervention and Policy Evaluations (C2-RIPE)*, November, 2003. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C. & S. Guckenburg (2010). *Formal System Processing of Juveniles : Effects on delinquency*. Campbell Systematic Reviews 2010:1.
- Piquero, A.R., Farrington, D.P., Welsh, B.C., Tremblay, R., & Jennings, W.G. (2008). *Effects of Early Family/Parent Training Programs on Antisocial Behavior & Delinquency*. Campbell Collaboration.
- Ploeg, J.D. van der (2005). *Behandeling van gedragsproblemen: initiatieven en inzichten*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Raaijmakers, M. (2008). *Aggressive behaviour in preschool children; neuropsychological correlates, costs of service use and preventive efforts*. Enschede: Printpartners Ipskamp.
- Rutter, M., Giller, H. & A. Hagell (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schaffer, H.R. (1996). *Social Development*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Schoenmaker, K., Mulder, H. & Deković, M. (2013). Executive functions in preschool children with externalizing behavior problems: a meta analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 41, 457-471.
- Serin, R.C., Lloyd, C.D., Helmus, L., Derkzen, D.M. & Luong, D. (2013). Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy Grail is assessing offender change. *Aggression en violent behaviour*, 18, 32-53.
- Serketich, W.J., & Dumas, J.E., (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-786.
- Sexton, T., & Turner, C. W. (2010). The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24, pp. 339-348.

Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Intro.

Steege, M. van der (2005). Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Orthopedagogische Gezinsondersteuning (IOG). Utrecht: NIZW. Gedownload op 18/06/2010 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.

Stoltz, S., Londen, M. van, Deković, M., Orobio de Castro, B., Prinzie, P. & Lochman J.E. (2013). Effectiveness of an individual school-based intervention for children with aggressive behaviour: a randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 525–548

Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H. & B.S. Gorman (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247-269.

Sutton, C., Utting, D. & D. Farrington (2004). *Support from the start. Working with young children and their families to reduce the risks of crime and antisocial behaviour*. London: Department for children, youth and families. <http://www.dfes.gov.uk/research/data/uploadfiles/RR524.pdf>

Taylor, T.K. & A. Biglan (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical child and family psychology review*, 1, 1, 1998.

Tolan, P., Henry, D., Schoeny, M., & Bass, A. (2008). *Mentoring Interventions to Affect Juvenile Delinquency and Associated Problems*. Campbell Collaboration.

Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M. & Delicat, J.W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of ...? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, ACSW / Praktikon.

Waller, R., Gardner, F. & Hyde, L.W. (2013). What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. *Clinical psychology review*, 33, 593-608.

Webster-Stratton, C., Reid, M.J. & M. Hammond (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in Head-Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 238-302.

Wilson, D.B., Mackenzie, D.L. & Ngo Mitchell, F. (2008). *Effects of Correctional Boot Camps on Offending*. Campbell Systematic Reviews 2003:1 (laatste update 2008).

Yperen, T.A. van, Booy, Y. & Veldt, M.C. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Zeijl, J. van (2006). *Externalizing problems in 1- to 3-year-old children. Screening, intervention, and the role of child temperament*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., Wiel, M.H. van de & Lochman, J. (2007). Preventive effects of treatment of DBD in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 33-39.