

Interventie

Minder boos en opstandig

Samenvatting

Doelgroep

Het programma Minder Boos en Opstandig is bedoeld voor kinderen (8 tot en met 12 jaar) met ernstige gedragsproblemen en hun ouders; de gedragsproblemen kunnen van dien aard zijn dat voldaan wordt aan de criteria van een oppositioneel-opstandige stoornis of een gedragsstoornis. Het programma is ook geschikt als naast de gedragsproblemen andere problemen spelen of een andere stoornis zoals een aandachtstekort/ hyperactiviteitsstoornis aanwezig is bij het kind.

Doel

Doel is de afname van het oppositioneel-opstandige, antisociale, en/of agressieve gedrag en de toename van de beheersing van boosheid en van het prosociale gedrag, door (a) verbetering van opvoedingsvaardigheden van de ouders en (b) verbetering van oplossingsvaardigheden van de kinderen in sociale situaties.

Aanpak

Minder Boos en Opstandig is gebaseerd op het Amerikaanse Coping Power Program. De training voor ouders bestaat - net als de training voor kinderen - uit 18 bijeenkomsten, beiden verspreid over dezelfde 26 weken. De oudertraining bestaat uit een groep van vijf tot twaalf ouders. De bijeenkomsten zijn onder meer gewijd aan observatievaardigheden, prijzen en belonen, positieve opdrachten geven, niet reageren en apart zetten, goed voor jezelf zorgen en het creëren van een positief gezinsklimaat. De kindtraining bestaat uit een groep van vijf/zes kinderen. Aan de orde komen onder meer: herkenning van gevoelens, leren omgaan met boosheid, aanleren van de zogeheten 'Stop en denk-methode', gebruik leren maken van verschillende stappen om sociale problemen op te lossen, gebruik van deze methode in alledaagse situaties. Naast het bijwonen van de bijeenkomsten zijn er zowel voor de ouders als de kinderen huiswerkopdrachten om in het dagelijks leven te oefenen met het geleerde.

Materiaal

Minder Boos en Opstandig bestaat uit een koffer voor de trainers met daarin een tweedelige handleiding, een dvd met voorbeelden van vaardigheden en kaartjes voor praktische oefeningen in de groep. Deel 1 bevat het behandelprotocol en achtergrondinformatie. In deel 2 bevinden zich alle uit te reiken samenvattingen en huiswerkopdrachten.

Onderbouwing

Onderzoek heeft twee belangrijke factoren aan het licht gebracht ten aanzien van het ontstaan en onderhouden van gedragsproblemen waar Minder Boos en Opstandig op aangrijpt: (1) Sociale interactieprocessen tussen ouder en kind, en (2) kenmerkende sociaal cognitieve vaardigheden van het kind. De werkzaam geachte ingrediënten zijn: (1) Een geprotocolleerde werkwijze die ervoor zorgt dat de interventie zo gestructureerd en getrouw mogelijk verloopt. (2) Een aanpak gericht op ouders en op hun kinderen. (3) Een specifieke invulling met activiteiten die passen bij de problematiek van de kinderen. (4) 'Transfer of training' van het geleerde naar de alledaagse situaties door middel van oefenopdrachten (voor ouders en kinderen) inclusief het gebruik van 'hier-en-nu' situaties in de kindgroep, naast het informeren van ouders over het gedrag en de leerpunten van hun kinderen (naar aanleiding van het gedrag van het kind in de groep).

Onderzoek

Uit onderzoek (Van de Wiel e.a., 2003; Van de Wiel e.a., 2007; Zonneville-Bender e.a., 2007). blijkt dat Minder Boos en Opstandig een korte termijn effect heeft op fysiek agressief gedrag en een lange termijn effect op nicotinegebruik, cannabisgebruik en delinquent gedrag. Deze positieve resultaten worden ondersteund door een recent Amerikaans onderzoek naar het preventieve effect van Coping Power Program, Abbreviated Version, op externaliserende gedragsproblemen; 3 jaar na

de afronding van de interventie kon, in vergelijking met een niet behandelde controlegroep, een effect worden aangetoond op proactief agressief gedrag, reactief agressief gedrag, impulsiviteit en kenmerken van ongevoeligheid en emotieloosheid (Lochman e.a., 2013).

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 31-10-2014

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen

Toelichting:

Minder boos en opstandig bevat alle elementen die werkzaam zijn bij deze problematiek en doelgroep. Onderzoek naar Minder boos en opstandig geeft goede aanwijzingen voor een korte termijn effect op fysiek agressief gedrag en een lange termijn effect op nicotinegebruik, cannabisgebruik en delinquent gedrag bij kinderen van 8-12 jaar.

De referentie naar dit document is:

Nicolle van de Wiel, Astrid Hoppe en Walter Matthys

Minder Boos en Opstandig

Databank Effectieve Interventies

Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut

(2014). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Minder boos en opstandig'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

De interventie is ontwikkeld voor kinderen van 8 tot 12 jaar met ernstige gedragsproblemen (Richtlijn Ernstige gedragsproblemen, 2013) en hun ouders; de gedragsproblemen van de kinderen kunnen van dien aard zijn dat voldaan wordt aan de criteria van een oppositioneel-opstandige stoornis of een gedragsstoornis (DSM-5, 2013). Ernstige gedragsproblemen omvatten dwars, opstandig, prikkelbaar, driftig en antisociaal gedrag (Richtlijn Ernstige gedragsproblemen, 2013).

Deze gedragsproblemen hebben een negatieve invloed op het functioneren van het gezin. In gezinnen met een kind met ernstige gedragsproblemen ontwikkelen zich dwingende, aversieve interactiepatronen waarbij het kind met negatief of aversief gedrag reageert op negatief of aversief gedrag van de andere gezinsleden (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Voor de ouders betekenen de gedragsproblemen dan ook een zware opvoedingsbelasting. Eén of meerdere van de volgende opvoedingskenmerken komen vaak voor: onduidelijkheid in het geven van opdrachten, inconsequent omgaan met ongewenst gedrag van het kind, hard straffen, onvoldoende direct toezicht van jonge kinderen en onvoldoende op de hoogte zijn van het doen en laten van oudere kinderen (Reid, Patterson & Snyder, 2002). De gedragsproblemen hebben ook een negatieve invloed op de kwaliteit van de relatie met broers of zussen (Snyder & Stoolmiller, 2002) en leiden tot uitstoting uit de groep leeftijdgenoten (Miller-Johnson, Coie, Maumary-Gremaud, Bierman & the Conduct Problems Research Group, 2002). De gedragsproblemen verstoren ook het functioneren op school; het afmaken van een bij het kind passende opleiding wordt hierdoor bedreigd.

Uitstoting uit de groep leeftijdgenoten leidt er ook toe dat de sociaal-cognitieve vaardigheden van kinderen zich minder adequaat en zelfs afwijkend ontwikkelen. Kinderen hebben dagelijks met sociale problemen te maken. Voor het oplossen van die problemen dienen kinderen te beschikken over een reeks sociaal-cognitieve vaardigheden zoals het oppikken van informatie uit de omgeving, het juist interpreteren van die informatie, het helder krijgen wat in deze situatie een belangrijk doel is, het bedenken van verschillende oplossingen voor het probleem, het beslissen welke van de verschillende oplossingen de meest handige is en, ten slotte, het uitvoeren van die oplossing (Crick & Dodge, 1994). Kinderen met ernstige gedragsproblemen verschillen van zich gunstig ontwikkelende kinderen in die probleem oplossende vaardigheden. Zo richten zij hun aandacht op minder informatie (Matthys, Cuperus & van Engeland, 1999). Ook kennen kinderen met agressief gedrag aan anderen vaak een vijandige intentie toe terwijl daar geen grond voor is (Orobio de Castro, Veerman, Koops, Bosch, & Monshouwer, 2002). Als ze benadeeld worden zijn kinderen met ernstige gedragsproblemen niet geneigd om te denken dat dit misschien per ongeluk is gebeurd (Kempes, Matthys, de Vries & van Engeland, 2005). Het overheersen van anderen en wraak nemen zijn kenmerkende doelen van deze kinderen (Lochman, Wayland & White, 1993). Voor sociale problemen bedenken zij minder oplossingen (Matthys e.a., 1999), achten zichzelf, in vergelijking met hun leeftijdgenoten, beter in staat om een agressieve oplossing uit te voeren, en als ze de keuze krijgen tussen verschillende typen oplossingen kiezen ze ook vaker een agressieve (Matthys e.a., 1999).

1.2 Spreiding

De algemene prevalentie van de oppositioneel-opstandige stoornis wordt geschat op 3,2 procent, en die voor de

gedragsstoornis op 2 procent (Lahey, Miller, Gordon & Riley, 1999). De prevalentie van beide stoornissen is hoger bij jongens dan bij meisjes (Nock, Kazdin, Hiripi, Kessler, 2006, 2007). De oppositioeneel-opstandige stoornis ontstaat op jongere leeftijd dan de gedragsstoornis. De oppositioeneel-opstandige stoornis komt evenveel voor bij kinderen als bij adolescenten. De gedragsstoornis komt bij adolescenten echter vaker voor (Loeber & Burke, 2011). Onderzoek naar de prevalentie van ernstige gedragsproblemen ontbreekt maar op grond van de criteria (minimaal 84e percentiel op CBCL, aantoonbare belemmeringen in functioneren en duur van enkele maanden) mag men aannemen dat de prevalentie hoger ligt; immers, het percentiel voor het klinische gebied (psychiatrische stoornissen) van de CBCL is minimaal 97.

1.3 Gevolgen

De nadelige gevolgen van langdurige ernstige gedragsproblemen zijn groot. Er is een verhoogd risico op delinquentie, misbruik en afhankelijkheid van middelen, niet afmaken van opleidingen, werkeloosheid, vaak wisselen van baan, afhankelijkheid van sociale voorzieningen en herhaalde echtscheidingen (Matthys, 2011). De kosten op de lange termijn voor het onderwijs, de gezondheidszorg, justitie en sociale voorzieningen zijn 10 keer hoger dan die voor kinderen die zich gunstig ontwikkelen (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De interventie is ontwikkeld voor kinderen van 8 tot 12 jaar met ernstige gedragsproblemen (Richtlijn Ernstige gedragsproblemen, 2013). De gedragsproblemen van de kinderen kunnen dusdanig ernstig zijn dat voldaan wordt aan de criteria van een oppositioeneel-opstandige stoornis of een gedragsstoornis (DSM-5, 2013). Het programma is ook geschikt als naast de gedragsproblemen andere problemen of een andere stoornis voorkomen zoals een aandachtstekort/hyperactiviteitsstoornis.

Intermediaire doelgroep

De interventie is niet alleen gericht op het kind maar ook op de ouders.

Selectie van doelgroepen

Selectie vindt plaats op basis van de diagnostiek, hetzij binnen de Jeugdzorg hetzij binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. Voor de Jeugdzorg wordt de diagnostiek zoals beschreven in de Richtlijn Ernstige gedragsproblemen (2013) gehanteerd, voor de GGZ de diagnostiek zoals beschreven in de Richtlijn oppositioeneel-opstandige stoornis en gedragsstoornis (Matthys & van de Glind, 2013). De combinatie van oudertraining en cognitieve gedragstherapie voor het kind zoals aangeboden in Minder Boos en Opstandig komt in aanmerking wanneer de gedragsproblemen zeer ernstig zijn (Richtlijn Ernstige gedragsproblemen, 2013; Matthys & van de Glind, 2013). Na de diagnostiek en voorafgaand aan de start van de behandeling zijn stappen nodig om de behandeling mogelijk te maken en de ouders en het kind te motiveren voor de behandeling (Matthys & van de Glind, 2013). Als contra-indicatie geldt dat de interventie niet geschikt is voor kinderen bij wie de gedragsproblemen het gevolg zijn van traumatisering of vooral samenhangen met stemmingsproblemen (depressie zich uitend in prikkelbaarheid, ontstemdheid en storend gedrag).

Een verstandelijke beperking (IQ < 70) geldt als contra-indicatie voor de interventie. Kinderen met een laag IQ (IQ: 70 -85) worden niet op voorhand uitgesloten. Er dienen dan aanpassingen aangebracht te worden rekening houdend met leertempo, abstractieniveau en beperkingen in sociaal-cognitieve vermogens.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het uiteindelijke doel is de afname van dwars, opstandig, prikkelbaar, driftig en antisociaal gedrag van het kind (ernstige gedragsproblemen) of de afname van de symptomen van de oppositioeneel-opstandige stoornis en de gedragsstoornis van het kind, en de toename van de beheersing van boosheid en van het prosociale gedrag van het kind.

Subdoelen

Het hoofddoel van de interventie wordt behaald door twee subdoelen: (a) verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouders: ouders zijn in staat om gewenst, prosociaal gedrag bij hun kind te bevorderen en disciplineren toe te passen om ongewenst, onaangepast gedrag te doen afnemen; (b) verbetering van de oplossingsvaardigheden van de kinderen in sociale

situaties: kinderen zijn in staat om meer adequaat sociaal gedrag te vertonen in probleemsituaties.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Minder Boos en Opstandig omvat een groepstraining voor de kinderen en een groepstraining voor hun ouders. De bijeenkomsten met de kinderen worden op dvd opgenomen. Fragmenten van deze opnamen worden gebruikt in de oudersessies. Voorts wordt het materiaal voor supervisie doeleinden benut.

Er is sprake van 18 oudersessies, waarbij in groepen van 5-12 ouders wordt gewerkt. Elke bijeenkomst duurt anderhalf uur en vindt om de twee à drie weken plaats, eventueel met extra individuele ondersteuning (in de vorm van telefonisch contact). De bijeenkomsten zijn als volgt gestructureerd: terugblik op de vorige bijeenkomst (5 min.), oefenopdracht bespreken die naar aanleiding van de vorige bijeenkomst gemaakt is (10 min.), nieuw thema (nieuwe opvoedingsvaardigheden worden behandeld, meestal met gebruikmaking van praktische oefeningen, DVD materiaal en rollenspelen) (40 min.), samenvatting en nieuwe oefenopdracht (10 min.), bespreking kindtraining (20 min.), afsluiting (5 min.).

Minder Boos en Opstandig bestaat uit 18 sessies voor het kind. De sessies zijn verspreid over 26 weken en duren elk een uur en een kwartier. De bijeenkomsten met de kinderen zijn als volgt gestructureerd: terugblik op de vorige bijeenkomst (5 min.), oefenopdracht bespreken die naar aanleiding van de vorige bijeenkomst gemaakt is (15 min.), nieuw thema (nieuwe vaardigheden behandeld, meestal met gebruikmaking van praktische oefeningen, videomateriaal en rollenspelen)(40 min.), samenvatting en nieuwe oefenopdracht (10 min.), afsluiting (5 min.).

Locatie en uitvoerders

Minder Boos en Opstandig wordt als ambulante programma aangeboden in de GGZ en Jeugdzorg. Minder Boos en Opstandig kan zonder aanpassing ook toegepast worden op school en bij kinderen die in dagbehandeling of dag-en-nachtbehandeling zijn opgenomen.

Elke groep wordt begeleid door twee therapeuten die voor de ouder- en kindgroep dezelfde zijn.

Het programma kan worden uitgevoerd door pedagogen, (gezondheidszorg)psychologen, (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen, groepsleiders en verpleegkundigen.

Inhoud van de interventie

Ouderbijeenkomsten:

In het begin is, naast informatie over ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen, vooral aandacht voor het aanbrengen van een duidelijkere structuur in de thuissituatie. Daarna staat gewenst gedrag van kinderen centraal: hoe kunnen ouders ervoor zorgen dat hun kind gewenst, positief gedrag laat zien (onder andere middels prijzen en belonen). Vanaf bijeenkomst 9 gaat het over de aanpak van ongewenst gedrag in de vorm van negeren, time-outs en privileges afnemen. Tenslotte zijn er een paar aanvullende bijeenkomsten met thema's die relevant zijn in de opvoeding van kinderen met ernstige gedragsproblemen, namelijk: hanteren van stress, positief gezinsklimaat opbouwen en probleem oplossen. Naast de gesprekken in de groep wordt er naar beeldmateriaal gekeken om het besprokene te illustreren en er wordt geoefend in rollenspelen om in de veilige situatie van de behandelgroep te oefenen.

Kindbijeenkomsten:

Onderwerpen die aan de orde komen zijn: de herkenning van gevoelens, in het bijzonder boosheid en het aanleren van de 'Stop en denk-methode' bij sociale probleemoplossing: wat is het probleem, welke oplossingen kun je bedenken, wat zijn de consequenties van de oplossingen, kies de beste oplossing, voer deze uit en evalueer of deze oplossing bevredigend was. Ten slotte worden de methoden toegepast in vaak voorkomende alledaagse probleemsituaties: conflictoplossing, hoe maak je vrienden, hoe weersta je druk van een ander. Naast de gesprekken in de groep wordt er naar beeldmateriaal gekeken om het besprokene te illustreren en er wordt geoefend in rollenspelen om in de veilige situatie van de behandelgroep te oefenen.

Aanvullend kan een leerkrachtenbijeenkomst worden georganiseerd. Hierin wordt door de trainers psycho-educatie gegeven over gedragsstoornissen, uitleg gegeven over wat de kinderen leren in de bijeenkomsten en hoe de leerkracht dit in de klas kan ondersteunen. Indien gewenst is aanvullend telefonisch contact mogelijk tussen leerkracht en trainers. In ieder geval is een brief voor de leerkracht in boekdeel II opgenomen waarmee deze op de hoogte wordt gesteld van het feit dat de leerling aan het behandelprogramma meedoet.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep werd betrokken toen de interventie voor het eerst werd toegepast in een dagklinische en klinische behandelcontext. Aan de hand van de feedback verkregen tijdens het werken met ouders en kinderen werden aanpassingen aan het programma aangebracht.

Buitenlandse interventie

Minder Boos en Opstandig is gebaseerd op het Coping Power Program (CPP). Het CPP bestaat uit een cognitief gedragstherapeutische groepstraining voor kinderen (Lochman e.a., 2008) gecombineerd met een groepstraining in opvoedingsvaardigheden voor de ouders (Wells e.a., 2008). Dit programma is oorspronkelijk ontwikkeld voor scholen met het oog op de preventie van antisociaal gedrag, delinquentie en middelenmisbruik. Coping Power Program bestaat uit 34 sessies voor de kinderen en 16 sessies voor de ouders, te geven in de loop van 18 maanden. Het CPP is voor de onderhavige doelgroep eerst omgebouwd tot het zogeheten Utrecht Coping Power Programma (UCPP; kindcomponent 23 wekelijkse sessies, oudercomponent 15 tweewekelijkse sessies). De aanpassing van CPP naar UCPP vond plaats in een (dag)klinische kinderpsychiatrische setting. Naar dat programma is in Nederland een effectiviteitsstudie verricht. Op basis van deze studie is het UCPP daarna aangepast tot de huidige interventie Minder Boos en Opstandig. Door het terugbrengen van het aantal sessies tot 18 (zowel voor de kinderen als hun ouders) kan de behandeling in zes maanden worden aangeboden (Van de Wiel e.a., 2005). In Amerika is recent het CPP ingekort met het oog op een meer haalbare toepassing in de praktijk (Lochman e.a., 2013).

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Verwante programma's in Nederland zijn:

- . Incredible Years
- . Parent Management Training Oregon (PMTO)
- . Triple P
- . Zelfcontrole

Allen opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut.

Overeenkomsten en verschillen

'Incredible Years'

Incredible Years richt zich, net als Minder Boos en Opstandig op afname van het probleemgedrag van het kind en toename van sociaal wenselijk gedrag door het toerusten van de ouders met opvoedingsvaardigheden. Verschillen zijn onder andere dat Incredible Years zich op ouders van jongere kinderen (3 t/m 8 jaar) richt en alleen werkt met de ouders, niet met het kind. Daarnaast staat het aantal sessies van Incredible Years niet helemaal vast en dienen trainers een specifieke training te hebben gevolgd.

'Parent Management Training Oregon'

Parent Management Training Oregon (PMTO) richt zich, net als Minder Boos en Opstandig op afname van het probleemgedrag van het kind en toename van sociaal wenselijk gedrag door het toerusten van de ouders met opvoedingsvaardigheden. Verschillen zijn onder andere dat de leeftijdsrange bij PMTO groter is; er wordt gewerkt met ouders van kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar (bij Minder Boos en Opstandig is de leeftijdsrange 8 tot en met 12 jaar). PMTO richt zich alleen op de ouders en er wordt individueel met de ouders gewerkt (in plaats van in groepsverband). Daarnaast is een onderscheid dat bij PMTO het aantal sessies niet vast staat (tussen 15 en 30 sessies) en de trainers dienen een specifieke training te hebben gevolgd.

'Triple P'

Triple P bestaat uit verschillende niveaus van behandeling. Niveaus 1, 2 en 3 hebben een geringere intensiteit en zijn voor preventie bedoeld en dus niet relevant in deze context. Niveau 4 en 5 zijn bedoeld voor dezelfde doelgroep als Minder Boos en Opstandig. Triple P niveau 4 en 5 richt zich, net als Minder Boos en Opstandig op afname van het probleemgedrag van het kind en toename van sociaal wenselijk gedrag door het toerusten van de ouders met opvoedingsvaardigheden. Verschillen zijn onder andere dat de leeftijdsrange bij Triple P groter is; er wordt gewerkt met de ouders van de kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 16 jaar. Triple P richt zich alleen op de ouders en er wordt zowel individueel als in groepsverband met de ouders gewerkt. Daarnaast is een onderscheid dat bij Triple P het aantal sessies maximaal 10 is en de trainers dienen een specifieke training te hebben gevolgd.

'Zelfcontrole'

Zelfcontrole richt zich, net als Minder Boos en Opstandig, op afname van het probleemgedrag van het kind en toename van sociaal wenselijk gedrag. Verschillen zijn onder andere dat Zelfcontrole alleen met de kinderen werkt, dat de leeftijdsrange afwijkt (9 tot en met 13 jaar), het aantal sessies is anders (Zelfcontrole heeft 11 sessies met het kind in groepsverband). Tevens heeft Zelfcontrole eventueel aanvullend een aantal individuele sessies met het kind. Tot slot heeft Zelfcontrole met de ouders en leerkracht op 3 momenten contact tijdens de behandeling.

Toegevoegde waarde

In Minder Boos en Opstandig worden twee behandelmethodes geïntegreerd en gecombineerd. Onderzoek heeft tevens aangetoond dat de combinatie van beide methoden een groter effect heeft dan elk afzonderlijk (Kazdin e.a., 1992). De combinatie van oudertraining en cognitieve gedragstherapie voor het kind zoals aangeboden in Minder Boos en Opstandig komt in aanmerking wanneer de gedragsproblemen zeer ernstig zijn (Richtlijn Ernstige gedragsproblemen, 2013; Matthys & van de Glind, 2013) of wanneer het voor de ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen (Matthys & van de Glind, 2013). De combinatie en integratie van een oudertraining in opvoedingsvaardigheden met een kindtraining in sociaal probleem oplossende vaardigheden is voor Nederland uniek. Er zijn meerdere oudertrainingen in Nederland beschikbaar (PMTO, Triple P, Incredible Years) en er is ook een kindtraining voor sociale probleemoplossing (Zelfcontrole) maar er is geen ander programma dat beiden combineert en met elkaar integreert.

Daarnaast werkt de interventie via een sterk gestructureerde aanpak, waarin de verschillende componenten van de aanpak, het te doorlopen programma, de duur en de activiteiten via een protocol zijn vastgelegd. In die zin onderscheidt het zich van de gewone interventies ('care as usual' of 'treatment as usual') bij deze doelgroep, waarbij de duur van de interventie en de toegepaste activiteiten sterk per cliënt variëren. Tevens is het protocol veel gedetailleerder uitgewerkt dan bij de eerder genoemde interventies (zoals Incredible Years).

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

Onderzoek heeft laten zien dat een groot aantal factoren betrokken is bij het ontstaan en in stand houden van ernstige gedragsproblemen, de oppositioneel-opstandige stoornis en de gedragsstoornis (voor een overzicht zie Matthys, 2011). Tot de kindgebonden factoren behoren temperamentsfactoren, zwak ontwikkelde cognitieve en taalvaardigheden en afwijkende sociaal probleemoplossende vaardigheden. Tot de omgevingsgebonden factoren behoren opvoedingskenmerken zoals hard straffen en inconsequent omgaan met ongewenst gedrag. Samenhangend hiermee komen in de gezinnen dwingende interactiepatronen voor waarvan werd aangetoond dat zij de gedragsproblemen van het kind in stand houden (Reid, Patterson & Snyder, 2002). Andere omgevingsfactoren zijn persoonlijkheidskenmerken of psychische problemen van de ouders (prikkelbaarheid, impulsiviteit en verslaving), relatieproblemen tussen de ouders, gezinsstress, ongunstige buurtkenmerken en de aansluiting bij een risicovolle vriendengroep door het kind zelf werd aangetoond.

Vanwege hun storende en aversie oproepende gedrag worden kinderen met ernstige gedragsproblemen bovendien door andere kinderen afgewezen. De uitstoting uit de leefgroep op zich draagt vanaf de leeftijd van 6 jaar bij tot de verdere ontwikkeling van gedragsproblemen (Miller-Johnson, Coie, Maumary-Gremaud, Bierman & the Conduct Problems Research Group, 2002). Ook is aangetoond dat de kenmerkende sociaal probleem oplossende vaardigheden zoals vijandige intentietoekenning en het bedenken van minder oplossingen voor sociale problemen een rol spelen in het in stand houden van het probleemgedrag zowel bij jonge kinderen, bij kinderen in de schoolleeftijd als bij adolescenten (Weiss, Dodge, Bates & Petit, 1992; Zelli, Dodge, Lochman, Laird, & The Conduct Problems Prevention Research Group, 1999; Fontaine, Burks, & Dodge, 2002).

3.2 Aan te pakken factoren

De oudertraining van Minder Boos en Opstandig richt zich ten eerste op de omgevingsgebonden factoren, in het bijzonder de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Het hoofddoel (de afname van dwars, opstandig, prikkelbaar, driftig en antisociaal gedrag van het kind of de afname van de symptomen van de oppositioneel-opstandige stoornis en de gedragsstoornis van het kind, evenals de toename van de beheersing van boosheid en van het prosociale gedrag van het kind) wordt bereikt door verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouders (het eerste subdoel): ouders zijn in staat om gewenst, prosociaal gedrag bij hun kind te bevorderen en disciplineren toe te passen om ongewenst, onaangepast gedrag te doen afnemen. Hierbij wordt aangesloten op een belangrijk mechanisme dat vastgesteld werd in de gezinnen en waarvan werd aangetoond dat dit gedragsproblemen van het kind in stand houdt, namelijk de dwingende interactiepatronen: als ouders, broers of zussen zwichten voor het dwingende gedrag van het kind dan wordt dit gedrag ongewild aangemoedigd (Reid, Patterson & Snyder, 2002; Snyder & Stoolmiller, 2002).

De kindtraining van Minder Boos en Opstandig richt zich ten tweede op de sociaal probleemoplossende vaardigheden van het

kind. Het hoofddoel wordt bereikt door kinderen te leren om meer adequaat sociaal gedrag te vertonen (het tweede subdoel): kinderen zijn in staat om gebruik te maken van adequate sociaal probleem oplossende vaardigheden als gevolg waarvan hun contacten met ouders, leraren en leeftijdgenoten verbeteren. Hierbij wordt aangesloten op een belangrijke factor, namelijk afwijkende sociaal probleem oplossende vaardigheden, waarvan de rol in het in stand houden van het probleemgedrag werd aangetoond, zowel bij jonge kinderen, bij kinderen in de schoolleeftijd als bij adolescenten (Weiss, Dodge, Bates & Petit, 1992; Zelli, Dodge, Lochman, Laird, & The Conduct Problems Prevention Research Group, 1999; Fontaine, Burks, & Dodge, 2002).

3.3 Verantwoording

De oudertraining van Minder Boos en Opstandig bevat de typische elementen van oudertrainingen, waaronder het leren geven van adequate opdrachten, het prijzen en belonen van gewenst gedrag, het negeren van ongewenst gedrag evenals het toepassen van time-out bij ongewenst gedrag, en het leren geven van negatieve consequenties bij ernstiger vormen van ongewenst gedrag. Uit een meta-analyse van McCart, Priester, Davis & Azen (2006) blijkt dat de effectgrootte van oudertrainingen in het gebied van het matige effect ligt (Cohen's $d = 0.47$).

De kindtraining van Minder Boos en Opstandig bevat de typische elementen van cognitieve gedragstherapie, waaronder het leren herkennen van gevoelens (in het bijzonder boosheid), het leren adequaat interpreteren van intenties, het leren toepassen van het probleem oplossende model, het bijbrengen van sociale vaardigheden en het leren toepassen van probleemoplossing en sociale vaardigheden in veel voorkomende sociale probleemsituaties. Uit de meta-analyse van McCart, Priester, Davis & Azen (2006) blijkt dat de effectgrootte van cognitieve gedragstherapie in het gebied van het kleine effect ligt (Cohen's $d = 0.23$). Van de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie is aangetoond dat deze effectiever is dan van elke interventiemethode afzonderlijk (Kazdin e.a., 1992).

3.4 Werkzame elementen

Samenvattend gaat Minder Boos en Opstandig uit van een aantal kenmerkende en werkzame ingrediënten in de interventie.

- . Een aanpak die is vastgelegd in een uitgebreid protocol en uitvoerders die goed getraind zijn in de toepassing van dat protocol. Dit moet ervoor zorgen dat de interventie zo gestructureerd en getrouw mogelijk wordt uitgevoerd (zie 'Materialen' en 'Opleiding en competenties').

- . Een samengestelde interventie die op twee terreinen tegelijk ingrijpt: de interactie tussen ouder en kind door middel van Parent Management Training en de denkwijze van de kinderen door toepassing van een cognitieve gedragstherapie (cognitive behavioral therapy of CBT, in het bijzonder de 'cognitive problem-solving skills training' of PSST) (zie 'Opzet van de interventie').

- . Een invulling van de activiteiten die past bij de specifieke problematiek van de kinderen, zoals een gevarieerd aanbod krijgen, een goede afstemming tussen de verschillende componenten in het programma en een werkwijze die is gericht op transfer van het geleerde naar de gewone opvoedingssituaties (zie 'Opzet van de interventie').

4. Uitvoering

4.1 Materialen

Minder Boos en Opstandig bestaat uit een koffer voor de trainers met daarin een tweedelige handleiding, een dvd met voorbeelden van vaardigheden en kaartjes voor praktische oefeningen in de groep. Deel 1 bevat het behandelprotocol en achtergrondinformatie (Van de Wiel e.a., 2003a). In deel 2 bevinden zich alle uit te reiken samenvattingen en huiswerkopdrachten (Van de Wiel e.a., 2003b). De dvd laat fragmenten zien waarin opvoedingsvaardigheden en probleemoplossende vaardigheden worden getoond. De inmiddels tweede druk is verschenen en te bestellen bij Buro Extern, e-mail: bestelling@extern.nl, tel. 072-5670000.

4.2 Type organisatie

De interventie wordt toegepast in het Universitair Medisch Centrum Utrecht, Riaggs en enkele dagbehandeling- en residentiële instellingen. De constructeurs melden voorts belangstelling uit het Speciaal Basisonderwijs en scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen.

Overzichten van overige locaties waar de interventie wordt toegepast zijn niet voorhanden.

4.3 Opleidingen en competenties

De uitvoerders moeten kennis hebben van de normale en problematische ontwikkeling van kinderen, bekend zijn met de principes van de gedragstherapie en in groepen kunnen werken. Ze hoeven niet te beschikken over veel ervaring als therapeut. Minder ervaren therapeuten kunnen speciaal in de toepassing van de methode worden getraind (dit kan op verzoek in de vorm van een incompanytraining bij N. v.d. Wiel en A. Hoppe worden aangevraagd). Supervisie door een ervaren clinicus is bij de aanvankelijke toepassing zeer wenselijk (Matthys, persoonlijke communicatie). Aan de uitvoering van het programma

is voornamelijk geen certificering of licentie verbonden.

4.4 Kwaliteitsbewaking

De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder. Daar is verder geen externe controle op.

4.5 Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van het programma is er een geschikte ruimte nodig en materiaal (onder meer whiteboard, boosheidsthermometer, beloningen) om de trainingen uit te voeren (deze staan volledig beschreven in boekdeel I). Verder is het aan te raden dat de groepstrainers na elke bijeenkomst overleg hebben met elkaar over het verloop van de trainingen. Het individuele functioneren van de kinderen en de ouders staat hierbij centraal, maar ook het functioneren van de groep als geheel. Afhankelijk van de kennis en ervaring van de groepstrainers kan supervisie hierbij aangewezen zijn. De achterliggende reden is om het groepsproces en de inhoud te monitoren.

Daarnaast is het belangrijk te reflecteren op de onderlinge samenwerking tussen de trainers. Ook hierbij kan supervisie aangewezen zijn.

4.6 Implementatie

Er is geen systeem voor implementatie. Wel bestaat er de mogelijkheid voor een tweedaagse (incompany)training voor de trainers/behandelaren met betrekking tot het adequaat toepassen van het behandelprogramma.

4.7 Kosten

Het behandelprogramma vraagt gemiddeld vier uur per week tijdsinvestering per trainer gedurende zes maanden. Dat betekent dat de kosten circa 2000 euro bruto per behandelaar (in de persoon van een gz-psycholoog) bedragen voor de uitvoering van het gehele programma. Er vanuit gaande dat de tweede trainer ook een stagiaire psychologie/pedagogiek kan zijn, zijn die 2000 euro dus het totaalbedrag. Het programmamateriaal kost 85 euro (inclusief dvd). Voor de deelnemers zijn geen kosten aan de behandeling verbonden.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Voor zover bekend is geen onderzoek gedaan naar de praktijkervaringen met de interventie, behalve het eerder beschreven effectonderzoek.

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

Onderzoek in Nederland

Er zijn drie onderzoeken gedaan naar Minder Boos en Opstandig in Nederland.

Onderzoek 1

A. Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis & van Engeland (2003).

B. Er werd onderzoek gedaan naar de kosten en naar de verhouding tussen de kosten en de effectiviteit waarbij Minder Boos en Opstandig (Utrecht Coping Power; UCPP) werd vergeleken met de gebruikelijke behandeling (Care as usual; CAU). Hiervoor werden 77 kinderen van 8-12 jaar met een oppositioneel-opstandige stoornis of een gedragsstoornis opgedeeld in de UCPP conditie (n=38) of de CAU conditie (n=39). Voor het berekenen van de kosten werd het perspectief van de instelling gehanteerd.

C. Over de periode van de aanvang van de behandeling tot 6 maand follow-up waren de kosten per gezin voor de CAU twee keer hoger dan die voor UCPP. Over dezelfde periode waren de gemiddelde kosten per standaarddeviatie verbetering 42% lager in de UCPP conditie dan in de CAU conditie.

Er zijn drie onderzoeken gedaan naar Minder Boos en Opstandig in Nederland.

Onderzoek 1

A. Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis & van Engeland (2003).

B. Er werd onderzoek gedaan naar de kosten en naar de verhouding tussen de kosten en de effectiviteit waarbij Minder Boos en Opstandig (Utrecht Coping Power; UCPP) werd vergeleken met de gebruikelijke behandeling (Care as usual; CAU). Hiervoor werden 77 kinderen van 8-12 jaar met een oppositioneel-opstandige stoornis of een gedragsstoornis opgedeeld in de UCPP conditie (n=38) of de CAU conditie (n=39). Voor het berekenen van de kosten werd het perspectief van de instelling gehanteerd.

C. Over de periode van de aanvang van de behandeling tot 6 maand follow-up waren de kosten per gezin voor de CAU twee keer hoger dan die voor UCPP. Over dezelfde periode waren de gemiddelde kosten per standaarddeviatie verbetering 42% lager in de UCPP conditie dan in de CAU conditie.

Onderzoek 2

A. Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, Maassen, Lochman & van Engeland (2007).

B. Er is een gerandomiseerd onderzoek gedaan waarbij het effect van Minder Boos en Opstandig (Utrecht Coping Power; UCPP) werd vergeleken met de gebruikelijke behandeling (Care as usual; CAU). Hiervoor werden 77 kinderen van 8-12 jaar met een oppositioneel-opstandige stoornis of een gedragsstoornis opgedeeld in de UCPP conditie (n=38) of de CAU conditie (n=39). Deze laatste bestond uit gezinstherapie (n=10), gedragstherapie (n=16) en andere methoden (n=13, onder andere ouderbegeleiding, speltherapie). Het effect werd beoordeeld aan de hand van vragenlijsten ingevuld door de ouders na de behandeling.

C. Op de Parent Daily Report voor openlijk agressief gedrag was de afname significant groter bij UCPP dan bij CAU. Dit was niet het geval voor oppositioneel gedrag op de Parent Daily Report en op CBCL of TRF Externalizing behavior. Bij verdere vergelijking van UCPP met de CAU condities bleek dat volgens de Parent Daily Report de daling van het agressieve gedrag bij de kinderen in de UCPP-conditie significant groter was dan bij gezinstherapie (ES = 1.07). Het verschil in daling van agressief gedrag op de parent Daily Report was wel groter voor UCPP dan voor gedragstherapie (ES = 0.24), maar het verschil was niet significant. De daling van oppositioneel gedrag volgens de Parent Daily Report was bij UCPP groter dan bij gezinstherapie (ES = 0.61) en bij gedragstherapie (ES = 0.19), maar de verschillen waren niet significant.

Onderzoek 3

A. Zonneville-Bender, Matthys, Van de Wiel & Lochman (2007).

B. Er werd een onderzoek gedaan naar het preventieve effect van Minder Boos en Opstandig op middelengebruik en delinquentie in de adolescentie. Van de 77 oorspronkelijk onderzochte kinderen werden 61 bereid gevonden om aan dit onderzoek deel te nemen, met zowel adolescenten van de UCPP conditie (n=30) als van de CAU conditie (n=31). Bovendien werd voor dit follow-up onderzoek een gezonde controlegroep samengesteld (n=61) die naar geslacht, leeftijd, etniciteit en opleiding gematched werd met de adolescenten van de UCPP en CAU conditie. Gebruik werd gemaakt van de CSAP Student Survey voor de beoordeling van middelengebruik en van de National Youth Survey voor de beoordeling van delinquentie.

C. Vijf jaar na de start van de interventie rookten minder adolescenten van de UCPP conditie de afgelopen maand sigaretten in vergelijking met de adolescenten van de CAU conditie (17 respectievelijk 42%; verschil significant). Evenzo hadden minder adolescenten in de UCPP conditie ooit cannabis gebruikt in vergelijking met de adolescenten van de CAU conditie (13 respectievelijk 35%; verschil significant). Bovendien verschilden de UCPP adolescenten in nicotine en cannabisgebruik niet van de gezonde controlegroep, hetgeen wel het geval was bij de adolescenten van de CAU conditie. In delinquentie verschilden de UCPP en de CAU groepen niet van elkaar en evenmin van de gezonde controlegroep; op dit gebied verschilden beide interventiecondities niet in hun preventieve effect op delinquentie.

Onderzoek in het buitenland

Er is één Amerikaans onderzoek gedaan naar de verkorte versie van het Coping Power Program. De verkorte versie komt in lengte sterk overeen met Minder Boos en Opstandig.

A. Lochman, Baden, Boxmeyer, Powell, Qu, Salekin & Windle (2013).

B. Met het oog op het vergroten van de toepasbaarheid van het Coping Power Program werd het programma ingekort tot 10 sessies voor ouders en 24 voor kinderen; deze intensiteit van interventie is vergelijkbaar met de twee keer 18 sessies van Minder Boos en Opstandig. Bij dit onderzoek werden 241 kinderen met een matig tot hoog niveau van agressief gedrag gerandomiseerd tussen Coping Power Program Abbreviated zonder booster interventie (n=61), Coping Power Program Abbreviated met booster interventie (n=60) en Care as usual (CAU) (n=120). Over een periode van vier jaar vonden vijf metingen plaats. Gebruik werd gemaakt van BASC, Teacher Report of Reactive and Proactive Aggression en APSD. Statistisch werd gebruik gemaakt van groei modellen.

C. In vergelijking met CAU liet het Coping Power Program Abbreviated een langere termijn effect zien in de afname van externaliserend probleemgedrag, proactieve en reactieve agressie, impulsiviteit en kenmerken van emotioneelheid en ongevoeligheid. De boosterinterventie leverde geen meerwaarde op.

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Het effect van Incredible Years ingezet in de context van behandeling werd in verschillende studies aangetoond (Menting, Orobio de Castro & Matthys, 2013). Het effect van Incredible Years in de context van geïndiceerde preventie werd in Nederland aangetoond (Posthumus, Raaijmakers, Maassen, van Engeland & Matthys, 2012). Het effect van PMTO werd in de Verenigde Staten aangetoond (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982). Het effect van Triple-P werd in verschillende studies in het buitenland aangetoond (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Het effect van Zelfcontrole werd in Nederland aangetoond (Van Manen, Prins & Emmelkamp, 2004).

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

UMC Utrecht, Afdeling Psychiatrie

Postbus 85500
3508 GA
Utrecht

8. Aangehaalde literatuur

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Bartels, A. A. J. (2001). Behandeling van jeugdige delinquenten volgens het competentiemodel. *Kind en Adolescent*, 22, nr. 4, 211-226.

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.

Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.

Brezinka, V. (2002). Effectonderzoek naar preventieprogramma's voor kinderen met gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 23, 4-23.

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.

Fontaine, R. G., Burks, V. S., & Dodge, K. A. (2002). Response decision processes and externalizing behavior problems in adolescents. *Development and Psychopathology*, 14, 107-122.

Henggeler, S. W. (1998). *Multisystemic Therapy, blueprints for violence prevention*. Boulder, Co: University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence.

Kazdin, A. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence (second edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D. (1992). Cognitive Problem-Solving Skill Training and Parent Management Training in the Treatment of Antisocial Behavior in Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.

Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66, no. 1, 19-36.

Kempes, M., Matthys, W., de Vries, H., & van Engeland, H. (2005). Reactive and proactive aggression in children: A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry.

Lahey, B. B., Miller, T. L., Gordon, R. A. & Riley, A. W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In: H. C. Quay, A. E. Hogan (Eds.) *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 23-48.

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, riskfactors and successful interventions (313-345)*. Newbury Park, CA: Sage.

Lochman, J. E., Wayland, K. K., & White, K. J. (1993). Social goals: Relationship to adolescent adjustment and to social problem solving. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 135-151.

Lochman, J. & Wells, K. (1996). A social-cognitive intervention with aggressive children. In R. Prinz (Ed.). *Advances in behavioral assessment of children and families (31-63)*. Greenwich, CT: JAI Press.

Lochman, J.E., Wells, K.C., & Lenhart, L.A. (2008). *Coping Power child group program: Facilitator guide*. New York, NY: Oxford.

Lochman, J. E., Wells, K. C., Qu, L. & Chen, L. (2012). Three year follow-up of Coping Power intervention effects: Evidence of neighbourhood moderation? *Prevention Science*. (in press). DOI 10.1007/s1121-012-0295-0.

Lochman, J. E., Baden, R. E., Boxmeyer, C. L., Powell, N. P., Qu, L., Salekin, K. L. & Windle, M. (2013). Does a booster intervention augment the preventive effects of an abbreviated version of the Coping Power Program for aggressive children? *Journal of Abnormal Child Psychology* (in press). DOI 10.1007/s10802-013-9727-y.

Loeber, R., & Burke, J. D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 34-46.

Manen, T.G. van, Prins, P.J.M., & Emmelkamp, P.M.G (2004). Reducing aggressive behaviour in boys with a social cognitive treatment: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 433, 1478-1487.

Matthys, W. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen; diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.

Matthys, W., Cuperus, J. & Van Engeland, H. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.

Matthys, W. & van de Glind, G. (2013). *Richtlijn oppositioneel-opstandige stoornis en gedragsstoornis bij kinderen*. Utrecht, de

Tijdstroom, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

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, 527-543.

Menting, A.T., 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, 901-913.

Miller-Johnson, S., Coie, J.D., Maumary-Gremaud, A., Bierman, K., and the Conduct Problems Research Group (2002). Peer rejection and aggression and the early starter models of conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 217-230.

Nederlands Jeugdinstituut te Utrecht, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (2013). Richtlijn Ernstige gedragsproblemen. Utrecht.

Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E., Kessler, R.C. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 36, 699-710.

Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E., Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the national Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703-713.

Orobio de Castro, B., Veerman, J.W., Koops, W., Bosch, J.D., Monshouwer, H.J. (2002). Hostile attribution of intent and aggressive behavior: a meta-analysis. *Child Development*, 73, 916-934.

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.

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, 487-500.

Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model of intervention*. Washington: American Psychological Association.

Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, B. (2001a). Financial costs of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191-194.

Serketich, W. J. & Dumas, J. W. (1996). The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.

Snyder, J., & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behaviour: the family. In J.B Reid, G.R. Patterson, and J. Snyder, *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model of intervention* (65-100). Washington: American Psychological Association.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.

Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: A Comparison of Child and Parent Training Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 93-109.

Weiss, B., Dodge, K.A., Bates, J.E., & Petit, G.S. (1992). Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and maladaptive social information processing style. *Child Development*, 63, 1321-1335. *Handbook of antisocial behavior*. (pp. 159-170). Hoboken, NJ: Wiley.

Wells, K. C., Lochman, J. E., & Lenhart, L. A. (2008). *Coping Power parent group program: Facilitator guide*. New York, NY: Oxford.

Wiel, N. van de. (2002). The effect of manualized behavior therapy with disruptive behavior disordered children in everyday clinical practice: a randomized clinical trial. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Wiel, N. van de., Hoppe, A. & Matthys, W. (2003a). Minder Boos en Opstandig. Een gedragstherapeutisch programma voor kinderen met disruptieve gedragsstoornissen en hun ouders. Deel I. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Wiel, N. van de, Hoppe, A. & Matthys, W. (2003b). Minder Boos en Opstandig. Een gedragstherapeutisch programma voor kinderen met disruptieve gedragsstoornissen en hun ouders. Deel II. Samenvattingen, opdrachten en formulieren. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Wiel, N. van de, Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. & Engeland, H. van (2003). Application of the Utrecht Coping Power Program and Care as Usual to children with disruptive behavior disorders in outpatient clinics: a comparative study of costs and course of treatment. *Behavior Therapy*, 34, 421-436.

Wiel, N. van de, Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., Maassen, G. H., Lochman, J. E. & Engeland, H. van. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared with care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification*, 31, 298-312.

Zelli, A., Dodge, K.A., Lochman, J.E., Laird, R.D., & The Conduct Problems Prevention Research Group (1999). The distinction between beliefs legitimizing aggression and deviant processing of social cues: Testing measurement validity and the hypothesis that biased processing mediates the effects of beliefs on aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 150-166.

Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., Wiel, N. M. H van de & J. E. Lochman (2007). Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (1), 33-39.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

