

Effectieve Elementen van Interventies tegen Externaliserende Gedragsproblemen bij Jeugd

Rapportage in het kader van ZonMW Effectief werken in de
jeugdsector

Ankie Menting, Gonnie Albrecht & Bram Orobio de Castro



Eindrapport

11 mei 2015

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van een zoektocht naar de wezenlijke effectieve bestanddelen van effectieve interventies tegen externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en jongeren. Deze zoektocht was mogelijk dankzij intensieve samenwerking tussen klinici, opleiders en onderzoekers op dit gebied en een subsidie van ZonMW.

Een belangrijk deel van deze zoektocht bestond uit het grondig doornemen en coderen van honderden wetenschappelijke artikelen en handleidingen. Graag willen wij junior onderzoekers Maud Hemink, Tessa Kaufman en Nagila Koster bijzonder bedanken voor hun nauwgezette en kritische denk- en codeerwerk.

Tijdens deze zoektocht is ons eens te meer gebleken hoe waardevol het is van uit meerdere perspectieven een probleem te benaderen. Op deze plaats willen wij dan ook graag de leden van het consortium danken voor hun inbreng, met name Gonnie Albrecht (Pi Research), Marjan de Lange (NJI), Bas Bijl ('s Heerenloo), Leoniek Kroneman (Intermetzo), Rachel van der Rijken (de Viersprong), Maja Dekovic en Walter Matthys (Universiteit Utrecht).



Inhoud

Voorwoord	2
1. Inleiding.....	8
1.1 Prevalentie en interventies.....	9
1.1.1 Prevalentie van externaliserende gedragsproblemen, -stoornissen en delinquentie	9
1.1.2 Effectiviteit van interventies.....	10
1.1.3 Gebruik van interventies.....	10
1.2 Werkzame elementen	11
1.2.1 Begrippenkader binnen de consortia	12
1.2.2 Werkzame of veelvoorkomende elementen bij externaliserend gedrag.....	12
1.3 De huidige (voor)studie	19
1.3.1 Het consortium	19
1.3.2 Onderzoeksvragen	21
1.3.3 Leeswijzer	21
2. Methode	22
2.1 Survey	22
2.1.1 Doelgroep survey.....	23
2.1.2 Meetinstrument.....	23
2.1.3 Uitkomsten survey.....	23
2.1.4 Conclusies	28
2.2 Kennisoverzicht.....	28
2.2.1 Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEI).....	28
2.2.2 Andere overzichten.....	29
2.2.3 Referenties uit meta-analyses	29
2.2.4 De programma's in het kennisoverzicht.....	31
2.2.5 Het kennisoverzicht	32
2.3 Coderen van programma's	32
2.3.1 Samenstelling lijst te coderen programma's: effectief genoemde programma's.....	33
2.3.2 Het codeerschema.....	36
2.3.3 Procedure coderen van programma's.....	39
3. Werkzame elementen.....	40
3.1 Contextuele kenmerken	40
3.1.1 Algemene contextuele kenmerken.....	40
3.1.2 Kenmerken van de doelgroep.....	40

3.1.3	Bewijskracht/onderzoek	41
3.2	Structuurkenmerken	42
3.2.1	Interventiekenmerken	42
3.2.2	Therapeutkenmerken	43
3.2.3	Vormgeving interventie	44
3.2.4	Program delivery	44
3.2.5	Treatment fidelity	44
3.3	Technieken	45
3.3.1	Technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf	45
3.3.2	Technieken gericht op het versterken van vaardigheden	45
3.3.3	Technieken gericht op cognities	45
3.3.4	Technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen	46
3.3.5	Overige technieken	46
3.3.6	Engagement practice elements	47
3.4	Andere elementen	47
3.5	Verschillen bij verschillende leeftijden?	48
3.6	<u>Werkzame</u> elementen	53
3.6.1	Structuurkenmerken	53
3.6.2	Technieken	54
4.	Kosten(effectiviteit)	58
5.	Discussie	65
	Structuurkenmerken	65
	Technieken	66
	Algemeen werkzame elementen	68
	Specifiek werkzame elementen	69
	Empirisch bewijs	70
	Aanknopingspunten voor “indikken” van het interventie aanbod	71
	Cliënt-, professional- en alliantiefactoren	72
	Cliëntfactoren	72
	Therapeutfactoren	75
	Cliënt-therapeut alliantiefactoren	76
	Sterke en zwakke kanten van deze voorstudie	77
6.	Suggesties voor vervolgonderzoek	79
	Referenties	81

Bijlage 1: Verantwoording kennisoverzicht en codering	105
Bijlage 2: Kennisoverzicht	111
Programma's in de databank effectieve jeugdinterventies (DEI)	111
Agressieregulatie (AR) op maat.....	111
Agressieregulatie (AR) op maat Ambulant	112
Alles Kidzz.....	112
Aggression Replacement Training (ART)	113
Basic Trustmethode.....	113
BASTA! Vroegsignalering en aanpak 12minners met strafbaar gedrag (voorheen: JPT 12-min)	114
Bewust actie leren (BAL)	114
Brains 4 Use	114
Buitenprogramma Work-Wise	114
Cogmed RM	114
Dagbehandeling kinderen met autismespectrumstoornis 3-7 jaar.....	115
De Vreedzame School.....	115
Directieve Thuisbehandeling (DT)	115
Doen Wat Werkt (DWW).....	115
Een solide basis voor de toekomst.....	115
EQUIP.....	116
Functional Family Therapy (FFT)	117
Gedrag: ik doe ertoe!	118
Gezin Centraal (GC)	118
Gordon-cursus "Effectief omgaan met kinderen"	118
Home-Start	118
In control!	118
Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)	118
Intensieve Orthopedische Gezinsbehandeling (IOG) – Erger voorkomen	119
Kopstoring	119
Kortdurende Video-Hometraining in gezinnen met jonge kinderen.....	119
Leefstijl (Skills for Adolescence voor vo)	119
Leren van delict	119
Minder boos en opstandig	120
Move2Learn.....	121
Multidimensional Family Therapy (MDFT)	121

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)	122
Multisystemic Therapy (MST).....	124
Nieuwe Perspectieven.....	128
Nieuwe perspectieven bij Terugkeer LVB	128
Onderwijszorgarrangement Optimist	128
Opstandige kinderen: Een compleet oudertrainingsprogramma	129
Ouders van tegendraadse jeugd – Opvoedworkshop	130
Ouders van tegendraadse jeugd - Oudercursus.....	130
Ouders van tegendraadse jeugd – Oudertraining.....	130
Ouders van tegendraadse jeugd – Themabijeenkomst.....	131
Ouderschap met liefde en grenzen	131
Out of the Circle	132
Parent Management Training Oregon (PMTO)	132
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)	133
Portage	138
Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding.....	138
Praten met Kinderen	138
Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD; Promoting Alternative Thinking Strategies, PATHS)	139
Respect limits	139
Rots en Water.....	139
Samen Stevig Staan	139
School Time Out Project (STOP)	140
School-Wide Positive Behavior Support.....	140
Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag (SPRINT)	140
Sociale vaardigheden op maat	140
So-Cool.....	141
Taakspel (Good Behavior Game).....	141
The Incredible Years oudertraining	141
Tools4U.....	150
Training Agressie Controle (TACt)/ART	150
Triple P – Positief Pedagogisch Programma	151
Triple P: Positief Pedagogisch Programma Niveau 4.....	157
Vaardigheden voor Ouders (VVO).....	157

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP-SD).....	158
Wijkgerichte intensieve gezinsbegeleiding	158
Programma's die niet in de DEI zijn opgenomen	159
Big Brothers, Big Sisters of America	159
FAST Track	160
Helping the Noncompliant child.....	161
Metropolitan Area Child Study (MACS).....	162
Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses	162
Montreal Prevention Program	164
Problem-Solving Skills Training (Kazdin).....	165
Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)	165
STOP4-7	166
The Incredible Years child training	167
The Incredible Years teacher training	168
The Quantum Opportunities Program	169
Time Out Signal Seat.....	170
Zelfcontrole	170
Bijlage 3: Definities uit de coding manual.....	171

1. Inleiding

Dit rapport is de tussenrapportage voor het ZonMw-project *Thema 4. Kennisbevordering over de effectiviteit van interventies tegen externaliserende gedragsproblemen*, een onderdeel van het programma *Effectief werken in de jeugdsector*. Het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector zet in op het 'indikken' van het grote aanbod van interventies in de Databank Effectieve Interventies (DEI) bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Op deze wijze kan een effectiviteitslag gemaakt worden en/of kunnen kosten bespaard worden. Het doel is om niet zozeer een effectiviteitslag te maken op een aantal individuele interventies, maar op een aantal grotere inhoudelijke thema's (www.zonmw.nl).

Recent zijn zes consortia gestart met een voorstudie naar de actuele stand van zaken van effectiviteitsonderzoek op één van deze zes thema's:

1. Sociale vaardigheden/onzekerheid/weerbaarheid;
2. Angst, depressie, stemmingsproblemen en andere internaliserende gedragsproblemen;
3. Druk gedrag en ADHD;
4. Externaliserende gedragsproblemen/-stoornissen;
5. Opvoedonzekerheid – preventief en lichte problematiek;
6. Zware opvoedproblemen/multiprobleemgezinnen (www.zonmw.nl).

De huidige rapportage is een uitwerking van het thema externaliserende gedragsproblemen.

Externaliserende gedragsproblemen kunnen zowel dimensioneel als categorisch bekeken worden. Vanuit een dimensionele benadering wordt externaliserend gedrag gezien als liggend op een continuüm van ernst, met aan de ene kant kinderen die dergelijk gedrag niet vertonen, of in milde vorm en infrequent of situationeel, en aan de andere kant kinderen die frequent ernstig externaliserend gedrag in verschillende situaties laten zien. Vanuit een categorische benadering (zie de DSM-V; American Psychiatric Association, 2013) kunnen kinderen met ernstige gedragsproblemen dan de diagnostische classificatie ODD of CD krijgen (zie ook paragraaf 1.1.1). In de onderzoeksliteratuur worden externaliserende problemen echter vaak vanuit een dimensionele – in plaats van categorische benadering – onderzocht, waarbij ze agressie en “storend gedrag” genoemd worden, en bij oudere kinderen/jongeren antisociaal gedrag of delinquentie (Deković & Stoltz, in press).

Hoewel het dus conceptueel mogelijk is om verschillende typen externaliserend gedrag te onderscheiden, maken we dit onderscheid in dit rapport niet: wij combineren literatuur met betrekking tot (interventie gericht op) externaliserende gedragsproblemen. Onder externaliserende gedragsproblemen verstaan wij daarbij agressief gedrag (bijvoorbeeld vechten of vernielen), oppositioneel gedrag (bijvoorbeeld ongehoorzaamheid of weglopen van huis) en delinquent gedrag (bijvoorbeeld liegen of stelen). Dit gebied hebben wij zowel ten opzichte van de andere thema's als ten opzichte van middelenmisbruik als specifiek probleem proberen af te bakenen: Onderzoek en programma's die zich bijvoorbeeld specifiek richten op ADHD of alcohol- en drugmisbruik werden niet door ons meegenomen.

1.1 Prevalentie en interventies

1.1.1 Prevalentie van externaliserende gedragsproblemen, -stoornissen en delinquentie

Agressief, oppositioneel en delinquent gedrag zijn de voornaamste redenen voor aanmelding van kinderen en jongeren bij de geestelijke gezondheidszorg en één van de grootste zorgen van de Nederlandse bevolking (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2013). Ongeveer een derde tot de helft van de verwijzingen betreft externaliserende gedragsproblemen (Carr, 2006). Zij vormen een ernstig probleem voor zowel de omgeving die er slachtoffer van is, als voor de kinderen en jongeren die ze vertonen. Ernstige gedragsproblemen zijn, in tegenstelling tot matige of milde gedragsproblemen, opmerkelijk stabiel en gaan gepaard met onder andere emotionele en sociale problemen en latere agressiviteit, delinquentie, voortijdige schooluitval, werkloosheid, drugs- en alcoholverslaving, gezins- en relatieproblemen, en hoge kosten voor betrokkenen en de maatschappij (Dodge, Coie, & Lynam, 2006). Doordat gedragsproblemen moeilijk te behandelen zijn, er voor zo'n 60% van de kinderen met gedragsproblemen een slechte prognose is, en gedragsproblemen van generatie op generatie worden overgedragen, vormen gedragsproblemen en -stoornissen de meest kostbare vorm van problematiek bij kinderen en adolescenten (Carr, 2006).

Bij jonge kinderen komt externaliserend gedrag frequent voor. Zowel bij jongens als bij meisjes wordt agressief gedrag al op zeer jonge leeftijd waargenomen: ongeveer de helft van de kinderen van twaalf maanden oud laat fysieke agressie zien (Alink et al., 2006). Agressie komt het vaakst voor bij peuters (Alink et al., 2006). Wanneer kinderen ouder worden, neemt dit agressieve gedrag bij de meeste kinderen af: ze kunnen hun eigen emoties beter reguleren, internaliseren gedragsregels en zijn beter in staat om te communiceren en andere oplossingen te zoeken (Alink et al., 2006; Fabes & Eisenberg, 1992; Kochanska, Coy, & Murray, 2001). Alleen in de (vroege) adolescentie wordt nog een nieuwe piek in agressief gedrag gevonden (Karriker-Jaffe, Foshee, Ennett, & Suchindran, 2008). Enig externaliserend gedrag kan dus als "normaal" gezien worden en voor de meeste kinderen zal het externaliserende gedrag dus niet problematisch zijn. Er bestaat echter ook een kleine groep die chronisch agressief gedrag vertoont vanaf de vroege jeugd (zie bijvoorbeeld Côté, Vaillancourt, Barker, Nagin, & Tremblay, 2007) en waarvoor de ontwikkeling dus zorgelijker is. Van de Nederlandse ouders met een kind dat jonger dan 12 jaar is, maakt 4% zich ernstige zorgen over de gedragsproblemen van hun kind (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp, & Reijneveld, 2005).

De oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (Oppositional Defiant Disorder; ODD) en de normoverschrijdend-gedragsstoornis (Conduct Disorder; CD) behoren tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in de kinderleeftijd (Matthys, 2011). De prevalentiecijfers van ODD en CD verschillen echter sterk tussen onderzoeken. Op grond van 39 bevolkingsonderzoeken berekenden Lahey en collega's (1999) de prevalentie van beide gedragsstoornissen. Voor ODD lag de spreiding tussen 0,3% en 22,5% met als mediaan 3,2%. Voor CD lag de spreiding tussen 0,0% en 11,9% met als mediaan 2,0%. Ook verschillen onderzoeken naar geslachtsverschillen voor ODD, hoewel de meeste onderzoeken op een wat hogere prevalentie bij jongens dan bij meisjes wijzen (Nock, Kazdin, Hiripi, & Kessler, 2007). Bij jongens komt CD vaker voor dan bij meisjes (Nock, Kazdin, Hiripi, & Kessler, 2006). Ten slotte is de leeftijd van aanvang vroeger voor ODD dan voor CD, verschilt de prevalentie van ODD in de adolescentie niet in vergelijking met de prevalentie in de kinderleeftijd, maar stijgt de prevalentie van CD in de adolescentie (Loeber & Burke, 2011).

Ook voor delinquentie ligt de grootste piek (qua prevalentie en frequentie) in de adolescentie, meestal als adolescenten tussen de 14 en de 17 jaar oud zijn (zie bijvoorbeeld Farrington, 1986). De prevalentie van zelfgerapporteerde delinquentie neemt daarbij toe van 17% onder 10- en 11-jarigen naar 43% onder de 16- en 17-jarigen. In 2010 zegt ruim een derde van de 12- tot en met 17-jarigen (38%) dat ze zich in de voorafgaande 12 maanden schuldig hebben gemaakt aan een of meerdere delicten. De prevalentie van zelfgerapporteerde geweldsdelicten is daarbij met 23% het hoogst, gevolgd door vermogensdelicten (21%) en vernielingen en openbare orde delicten (18%). Het meest gerapporteerd worden iemand slaan zonder verwonding (17%), diefstal op school of werk (11%) en het bekladden van muren, trams of bussen (13%) (Van der Laan & Blom, 2011).

1.1.2 Effectiviteit van interventies

Complexe wisselwerkingen tussen omgevingsinvloeden en kindfactoren voorspellen gedragsproblemen (Beauchaine & Gatzke-Kopp, 2012). Beïnvloeding van deze mechanismen om gedragsproblemen te voorkomen of verminderen blijkt redelijk mogelijk (McCart, Priester, Davies, & Azen, 2006). De effectiviteit van bestaande interventies tegen gedragsproblemen is echter beperkt en verschilt sterk tussen cliënten. Deze grote verschillen in effectiviteit worden vermoedelijk in belangrijke mate verklaard door de grote diversiteit in aard en oorzaken van gedragsproblemen, en de grote diversiteit in de inhoud van gebruikte interventies. Wat betreft de aard van problematiek zijn er wezenlijke verschillen tussen kinderen met reactieve agressie versus proactieve agressie, openlijk versus heimelijk antisociaal gedrag, jonge versus oudere kinderen en (licht) verstandelijk beperkte versus verstandelijk niet beperkte kinderen (zie bijvoorbeeld Matthys & Lochman, 2010). Wat betreft de diversiteit aan interventies is er zowel nationaal als internationaal een enorme toename aan interventies, methodieken en handelwijzen, die soms duidelijk van elkaar verschillen, maar waaronder er ook zijn die meer in naam lijken te verschillen dan in substantiële inhoud.

De afgelopen jaren is de kennis over effectiviteit van interventies tegen gedragsproblemen sterk toegenomen. Er is inmiddels sterk bewijs dat gemiddeld genomen effecten bereikt kunnen worden voor de meeste kinderen met externaliserende gedragsproblemen, maar er is dringend behoefte de vraag te beantwoorden “Wat Werkt Wanneer voor Wie en Waarom?”. In deze rapportage proberen wij deze vraag deels te beantwoorden.

1.1.3 Gebruik van interventies

Er is geen onderzoek beschikbaar naar de mate van het gebruik van afzonderlijke interventies in Nederland. De Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEI) geeft momenteel ook geen informatie over de vraag welke interventies waar worden toegepast. In het jaarplan van het Nederlands Jeugdinstituut (2015) is opgenomen om dit in kaart te gaan brengen en zichtbaar te maken op de website. Deze informatie zal in de loop van 2015 beschikbaar komen.

In zijn algemeenheid kan bijvoorbeeld wel gezegd worden dat er verschillen tussen het gebruik van verschillende programma's zullen zitten, maar dat er ook verschillen in het gebruik door verschillende subgroepen zullen zijn. Voor externaliserende problematiek kan bijvoorbeeld aangenomen worden dat er etnische verschillen zijn in de mate waarin ouders externaliserende gedragsproblemen bij hun kinderen onderkennen en er hiervoor hulp wordt gezocht (zie bijvoorbeeld Bevaart, 2013; Zwirs, Burger, Buitelaar, & Schulpen, 2006; Zwirs, Burger, Schulpen, & Buitelaar, 2006).

1.2 Werkzame elementen

Zoals aangegeven, zet Effectief werken in de jeugdsector in op het 'indikken' van het grote aanbod van interventies, met als doel een effectiviteitsslag te maken en/of kosten te besparen. Belangrijk in dit verband is niet alleen welke interventies het meest effectief zijn, maar ook wat deze interventies effectief maakt. Verschillende auteurs pleiten er daarom voor op zoek te gaan naar wat uiteenlopende interventies voor een bepaalde doelgroep bindt; de interesse gaat daarbij vooral uit naar de werkzame elementen in die interventies (Van Yperen, Veerman, & Van den Berg, 2015).

Nu worden er binnen het interventieonderzoek allerlei verschillende indelingen en termen gehanteerd voor deze werkzame elementen. Eén van de bekendste en oudste indelingen is die in specifiek werkzame factoren versus algemeen werkzame factoren (ook wel specifieke versus nonspecifieke factoren of specifieke versus gemeenschappelijke factoren). Specifiek werkzame factoren betreffen de elementen van de hulp die alleen gelden voor bepaalde typen behandelingen in de context van bepaalde doelen en bepaalde doelgroepen. Algemene werkzame factoren van een interventie betreffen de elementen van de hulp die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep. Voorbeelden van nonspecifieke elementen hadden aanvankelijk vooral te maken met de kenmerken van cliënten of therapeuten, zoals de werkaliantie, overtuiging van de behandelaar of gevoelens van hoop en verwachting bij de cliënt. Later kwamen daar ook meer uitvoeringszaken bij, zoals doelen stellen, werken volgens plan, behandelingsinteger werken en opleiding. In een recente indeling van Evenboer en collega's (Evenboer, Huyghen, Tuinstra, Knorth, & Reijneveld, 2012) wordt weer een net ander perspectief genomen: Zij geven een indeling in macro-, meso- en microniveau, waarbij niet alleen de specifiek werkzame factoren, maar ook de algemeen werkzame factoren onder het microniveau lijken te kunnen vallen (Van Yperen et al., 2015). Het microniveau bestaat namelijk uit technieken en activiteiten die tijdens de behandeling gebruikt worden, terwijl het mesoniveau individuele interventies of modules betreft (Evenboer et al., 2012).

Ook de elementen zelf worden steeds anders benoemd: bijvoorbeeld *practice elements* (Chorpita & Daleiden, 2009), *kernels* (Embry & Biglan, 2008) *core components* (Blase & Fixsen, 2013), of *behavior change techniques* (Michie et al., 2013). Hierbij wordt veelal gezocht naar *veel voorkomende* elementen binnen effectieve interventies en/of interventies op een bepaald gebied. Zo kijken niet alleen Barth en Liggett-Creel (2014), maar ook bijvoorbeeld Garland, Hawley, Brookman-Frazer, en Hurlburt (2008), Lee en collega's (2014) en Lindsey en collega's (2014) naar elementen die het vaakst voorkomen. Dat het element vaak voorkomt, wil echter nog niet zeggen dat dit een effectief element is: in hoeverre is het element gerelateerd aan de effectiviteit? Hoewel een deel van de onderzoekers deze elementen wel degelijk aan de effectgroottes relateert, lijkt dit nog steeds geen direct bewijs voor de effectiviteit van de elementen op zich te zijn: wellicht gaat het niet om een essentieel element of is het element ook aanwezig in niet-effectieve interventies. Bovendien wordt er hierbij bijvoorbeeld ook voorbijgegaan aan de volgorde waarin elementen worden toegepast. Aangezien de programmvolgorde voor veel programma's vanuit een bepaald idee is vastgesteld, is het bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat de effectiviteit van zo'n programma ook deels afhangt van de volgorde waarin de elementen worden toegepast. In theorie zou een minder-effectieve interventie dan dezelfde elementen kunnen bevatten als een effectieve interventie, maar dan toegepast in een andere volgorde.

1.2.1 Begrippenkader binnen de consortia

Gelet op de verschillende indelingen en termen lijkt het gevaar van een spraakverwarring groot. Daarom is er een gemeenschappelijk begrippenkader voor de consortia voorgesteld (Van Yperen et al., 2015), dat hieronder toegelicht wordt.

Binnen de trajecten gaan de verschillende consortia op zoek naar werkzame elementen van interventies voor verschillende probleemgebieden, waarbij deze interventies eventueel in groepen (interventieclusters ofwel *treatment families*) kunnen worden ondergebracht. In de zoektocht naar wat elk van de interventies in deze clusters inhoudelijk kenmerkt en wat essentieel lijkt voor de werkzaamheid, wordt een driedeling gemaakt in de kenmerken: contextuele kenmerken, structuurkenmerken en technieken. Contextuele kenmerken zijn meer beschrijvende kenmerken, zoals de doelgroep en het doel waarvoor de interventie wordt ingezet, de kosten van de interventie, en onderzoek dat naar de interventie is gedaan. De contextuele kenmerken zijn nodig om de interventies te typeren, maar hebben zeer waarschijnlijk verder weinig te maken met de werkzaamheid. Bij de structuurkenmerken (*program elements*) en technieken (*practice elements*) wordt wel verwacht dat er verschillen in werkzaamheid kunnen worden gevonden. Bij structuurkenmerken moet men dan bijvoorbeeld denken aan de duur of het aantal sessies van de interventie, de wijze van monitoring en de wijze van supervisie. Met technieken wordt datgene wat de uitvoerders concreet in de interactie met hun doelgroep doen bedoeld, de veranderingsstrategieën die ze toepassen, mogelijk te omschrijven als een verzameling samenhangende gedragingen van een hulpverlener die in de tijd te begrenzen zijn en gericht zijn op het bereiken een bepaald doel.

Een belangrijke volgende stap is het identificeren van de kenmerken die er met het oog op de effectiviteit van de interventies er echt toe lijken te doen. Alle in kaart gebrachte structuurkenmerken en technieken worden daarbij als een ‘pool’ van mogelijk werkzame elementen (*core elements/core components*) beschouwd. Hierbij zouden zowel algemeen werkzame factoren als specifiek werkzame factoren kunnen worden onderscheiden. Algemeen werkzame factoren (*common factors*) maken een interventie effectiever, ongeacht het doel, de doelgroep en het soort interventie. Specifiek werkzame elementen maken een interventie effectiever bij een bepaald doel, een bepaalde doelgroep en een soort interventie, terwijl dat bij een ander doel, een andere doelgroep en soort interventie niet het geval is. Binnen de ZonMw-trajecten wordt er, door de opdeling in probleemgebieden, vooral gezocht naar werkzame elementen die specifiek van aard zijn. Binnen de verzameling van specifiek werkzame elementen kan tevens gekeken worden naar elementen die veel en weinig voorkomen, respectievelijk *common elements* en *occasional elements*.

Weer een volgende stap zou zijn om te bekijken in welke mate er empirische ondersteuning is voor een werkzaam geacht element. De elementen met empirische aanwijzingen voor effectiviteit noemen we ‘evidence-based’ werkzame elementen of kortweg ‘kernels’.

1.2.2 Werkzame of veelvoorkomende elementen bij externaliserend gedrag

Hoewel er slechts weinig literatuur beschikbaar is waarin de werkzaamheid van specifieke elementen of een combinatie van elementen wordt getoetst, is er op het gebied van externaliserend gedrag en delinquentie literatuur te over die aanwijzingen geeft ten aanzien van mogelijke werkzame elementen. Hieronder trachten wij – zonder de indruk te willen wekken dat wij volledig zijn – een indruk te geven over wat er reeds bekend is. Wij willen er echter tevens op wijzen dat ook veel

afzonderlijke studies uit het kennisoverzicht (met name studies waarin mediatoren meegenomen worden) dergelijke aanwijzingen kunnen geven.

Zoals in de richtlijn ernstige gedragsproblemen (De Lange et al., 2013) wordt beschreven, concentreert het onderzoek naar interventies voor kinderen met ernstige gedragsproblemen zich vooral rond gedragstherapeutische oudertrainingen. Hieruit blijkt dat het gedrag van kinderen effectief kan worden veranderd door ouders bepaalde technieken aan te leren. Wanneer bij kinderen van 8 jaar tot 12 jaar onvoldoende resultaten worden behaald met een oudertraining, dan is aanvullende cognitieve gedragstherapie aangewezen. Bij jongeren boven de 12 jaar concentreert het onderzoek zich – vanwege de bredere omgeving waarin de jongere zich begeeft – op bredere systeeminterventies en – mede vanwege toename van de cognitieve vermogens – cognitieve gedragstherapie bij het kind zelf. Gezien het feit dat deze typen interventies als de meest effectieve interventies worden gezien, is het niet verwonderlijk dat veel van de hieronder beschreven veelvoorkomende of werkzame elementen binnen de (cognitieve) gedragstherapeutische technieken kunnen worden geplaatst, maar dat ook enkele structuurkenmerken duidelijk binnen dit kader passen.

Structuurkenmerken

Qua structuurkenmerken, vinden we in de literatuur vooral aanwijzingen ten aanzien van de vormgeving van de interventie en de manier waarop het programma op de cliënt(en) wordt overgebracht. Garland en collega's (2008) geven echter ook aanwijzingen ten aanzien van interventiekenmerken: Evidence-based behandelingen voor kinderen met gedragsproblemen bestaan uit ten minste 12 sessies, die ongeveer een uur duren en ten minste één keer per week plaatsvinden, en waarbij zowel ouder als kind participeren. Bij jongeren met zwaardere problematiek zou het optimale aantal sessies echter wel eens hoger kunnen liggen (Van der Put et al., 2012; Van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković, & Van der Laan, 2014).

Het zo toegankelijk mogelijk maken van de geleverde diensten, 24 uren bereikbaarheid, *case management* en gezinstherapie lijken veelvoorkomende onderdelen bij interventies op dit gebied te zijn (Lee et al., 2014; Lindsey et al., 2014). Daarbij lijken met name de eerste twee gerelateerd te zijn aan relatief grote effectgroottes ten aanzien van (vermindering van de kans op) detentie. Kaminski, Valle, Filene, en Boyle (2008) laten daarnaast zien dat het niet altijd beter is om “zoveel mogelijk” in een programma op te nemen: in oudertrainingprogramma's waarin “aanvullende diensten”¹ waren opgenomen werden kleinere effectgroottes voor externaliserend gedrag gevonden dan in programma's waarin dit niet het geval was.

Binnen de programma's lijkt het veelvoorkomend te zijn om huiswerk mee te geven (Garland et al., 2008; Lindsey et al., 2014), waarbij bij de evidence-based programma's veelal ook andere materialen worden verstrekt (Garland et al., 2008). Het tijdens de sessie oefenen van geleerde vaardigheden lijkt ook een belangrijk onderdeel te zijn van evidence-based programma's (Garland et al., 2008), waarbij het oefenen met het *eigen kind* gerelateerd was aan grotere effectgroottes voor externaliserend gedrag, terwijl dit bij rollenspelen niet het geval was (Kaminski et al., 2008). Niet alleen hoe het programma is vormgegeven, maar ook de mate waarin dit wordt nageleefd lijkt van belang voor de effectiviteit van interventies: Als er strategieën worden gebruikt om de programma-integriteit te vergroten, worden er relatief grotere effectgroottes ten aanzien van (een verminderde

¹ *Ancillary services*: aanvullende inhoud/doelstellingen, bijvoorbeeld psychopathologie bij ouders.

kans op) detentie gevonden (Lee et al., 2014). Alleen het feit dat er een handleiding of protocol is, lijkt hierbij minder van belang: in studies waarbij vermeld werd dat er gebruik werd gemaakt van een handleiding werden *kleinere* effectgroottes voor externaliserend gedrag gevonden dan in studies waarbij dit niet het geval was (Kaminski et al., 2008). Een handleiding alleen lijkt dus onvoldoende: er moet ook voor gezorgd worden dat uitvoerenden zich aan die handleiding houden.

Technieken

In overeenstemming met het veelvuldig gebruik van gedragstherapeutische oudertrainingen, kunnen er vanuit de literatuur aanwijzingen worden gevonden voor het veelvuldig of effectief gebruik van allerlei technieken die gebaseerd zijn op de principes van beloning en straf. Zo geven Chorpita en Daleiden (2009) aan dat met name *praise, time out, tangible rewards*, en *differential reinforcement* gebruikt worden voor oppositioneel en opstandig gedrag, maar ook technieken als *praise* en *response cost* veelvuldig gebruikt worden bij delinquentie. Een meta-analytisch review van Kaminski en collega's (2008) voegt hieraan toe dat het aan ouders aanleren van het gebruik van *time out* gerelateerd is aan grotere effectgroottes ten aanzien van externaliserend gedrag bij de kinderen.

Ook zien we in de literatuur relatief veel aanwijzingen voor technieken voor het versterken van specifieke vaardigheden of veranderen van bepaalde cognities terug. Met name met het oog op het verminderen van delinquent gedrag, worden technieken als *problem solving, social skills training* en *cognitive* veelvuldig ingezet (Chorpita & Daleiden, 2009). Dergelijke technieken lijken ook van belang voor de effectiviteit van oudertraining: programma's waarin het probleemoplossend vermogen ten aanzien van kindgedrag versterkt wordt bereiken grotere effecten op externaliserend gedrag bij de kinderen dan programma's waarin dit probleem-oplossen bij ouders niet geoefend wordt. Ook ouders aanleren om consistent te reageren wordt geassocieerd met grotere effectgroottes (Kaminski et al., 2008). Andersom worden er in programma's waarin *emotional communication* (bijvoorbeeld actief luisteren en kinderen helpen om emoties te benoemen en uiten) en het aan ouders aanleren om sociale vaardigheden en prosociaal gedrag bij hun kinderen te stimuleren centraal staan juist lagere effectgroottes gevonden dan in programma's waarin dit niet het geval is.

In lijn met de oudertrainingsliteratuur wordt ook het aan ouders aanleren van effectieve manieren om instructies te geven (dat wil zeggen: op zo'n manier dat het kind gehoorzaamt) als veelvoorkomende techniek aangewezen (Chorpita & Daleiden, 2009; Lee et al., 2014). *Modeling* van gedrag lijkt niet alleen veelvoorkomend bij evidence-based behandelingen voor gedragsproblemen (Garland et al., 2008), maar wordt ook in verband gebracht met grotere effectgroottes (S. L. A. De Vries, Hoeve, Assink, Stams, & Asscher, 2015; Kaminski et al., 2008). Kaminski en collega's (2008) voegen hieraan toe dat ook een nadruk op het belang van positieve interacties met het kind en sensitieve reacties op het kind belangrijk lijken: voor programma's waarin dit gebeurde werden grotere effectgroottes gevonden dan voor programma's waarin dit niet het geval was.

We vinden in de literatuur ook vermoedelijk algemeen werkzame technieken, met name als het gaat om technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen. *Monitoring* lijkt met name gericht op delinquentie een veelvoorkomende (Chorpita & Daleiden, 2009) en effectieve techniek: monitoring van doelen/doelgedrag bleek niet alleen relatief vaak voor te komen in een "winnende groep" (dat wil zeggen: een interventiegroep die het significant beter doet dan een andere interventie-/controlegroep of die significante verbeteringen laat zien), maar ook gerelateerd te zijn

aan relatief grote effectgroottes ten aanzien van detentie. Ook *behavioral contracting* wordt in verband gebracht met grotere effectgroottes, als het gaat om preventie van aanhoudende jeugddelinquentie bij risicojeugd (S. L. A. De Vries et al., 2015).

In het verlengde hiervan zien we in de literatuur ook technieken terug die gericht zijn op het vergroten van de betrokkenheid van gezinnen bij een interventie (Lindsey et al., 2014). Hieronder worden bijvoorbeeld de strategieën die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van de cliënt-therapeutalliantie verstaan; strategieën die veelvuldig gebruikt worden in effectieve interventies (Garland et al., 2008; Lindsey et al., 2014). *Support networking* is nog een voorbeeld van zo'n techniek, waarvan het gebruik gerelateerd blijkt te zijn aan grotere effectgroottes met het oog op (een verminderde kans op) detentie (Lee et al., 2014).

Wat werkt niet?

De literatuur lijkt zich redelijk te concentreren op datgene wat *wel* zou werken: er is veel minder bekend over wat *niet* werkt. Wel blijkt uit een meta-analyse van Lipsey en Wilson (1998) dat er als het gaat om criminele jongeren interventies te noemen zijn die nauwelijks of geen effect hebben, of zelfs negatieve effecten zouden kunnen hebben. Helaas is het bewijs voor een aantal van dit soort interventies niet altijd even consistent, maar op basis van deze meta-analyse kan wel geconcludeerd worden dat er voor niet-residentieel geplaatste jongeren consistent geen of negatieve effecten gevonden werden bij interventies van de volgende types: overlevingstochten, vervroegde/voorwaardelijke vrijlating, afschrikkingsprogramma's en beroepsgerichte programma's. Voor residentieel geplaatste jongeren geldt ditzelfde voor milieutherapie.

Daarnaast kan gesteld worden dat zowel bij residentiele behandeling als (andere) groepstrainingen het risico op *deviancy training* bestaat (De Lange et al., 2013). Hiermee wordt bedoeld dat door in groepsverband te praten over regel overtredend en delinquent gedrag dit gedrag juist positief wordt bekrachtigd, geweld, delinquent gedrag en middelengebruik juist zouden kunnen toenemen. Het van elkaar leren van de verkeerde dingen kan er op deze manier ook toe leiden dat groepsbehandelingen een averechts of negatief effect hebben (Dishion, McCord, & Poulin, 1999).

Negatieve effecten (dus een *toename* in plaats van een afname van externaliserende problemen) zijn niet echter niet alleen bij groepsgerichte interventies gevonden. Deković (2010) noemt een aantal voorbeelden van op het individu gerichte programma's met negatieve effecten: een afschrikkingsprogramma zou kunnen zorgen voor een toename in delinquent gedrag, justitiële bemoeienis tijdens de adolescentie was positief gerelateerd aan criminaliteit in de jonge volwassenheid (waarbij dit effect sterker was naarmate de interventie intensiever was) en ook opvoedingsondersteuningsprogramma's zoals bijvoorbeeld thuisbezoeken door verpleegkundigen – bedoeld om herhaling van kindermishandeling te voorkomen – kunnen resulteren in negatieve effecten, zoals meer ziekenhuismelding van kindermishandeling in de interventiegroep dan in de controlegroep.

Wat weten we over losse elementen of combinaties daartussen?

In het voorgaande hebben we vooral literatuur aangehaald waarbij “over programma's heen” naar effectieve elementen is gekeken. Die elementen bevinden zich echter in een “pakket”, waardoor het ook interessant lijkt om te kijken of binnen programma's ook onderzoek is gedaan naar verschillende samenstellingen van dat pakket of getracht is om onderdelen te manipuleren. Datgene wat we over losse elementen of combinaties tussen elementen weten, lijkt voornamelijk betrekking te hebben op

structuurkenmerken. Vooral ten aanzien van de dosering van de interventie – het aantal sessies dat aangeboden werd of het aantal sessies dat cliënten ontvingen – is in de literatuur wel het een en ander terug te vinden. Daarnaast worden er voornamelijk aannames ten aanzien van de volgorde of vorm van interventie teruggevonden, die deels getoetst zijn met betrekking tot de vorm. Er lijkt minder (eenduidig) onderzoek beschikbaar te zijn naar het gebruik van specifieke technieken: ook hier gaat het deels om aannames of om indirect bewijs uit bijvoorbeeld mediatie-analyses. Veel van het onderstaande onderzoek heeft betrekking op oudertrainingen, omdat relatief veel onderzocht zijn.

Dosering

Wat de dosering van de interventie betreft, lijkt er over het algemeen aangenomen te worden dat een hogere dosering tot grotere effectiviteit leidt. Dit wordt inderdaad ook in een aantal studies gevonden. Zo wordt gevonden dat langere mentorrelaties meer impact hebben (Grossman & Rhodes, 2002), dat behandelingsduur en/of het aantal sessies het effect op delinquentie modereert (Van der Stouwe et al., 2014), en dat premature beëindiging van de behandeling recidive voorspelt (Sexton & Alexander, 2005). Een dergelijke dose-response relatie lijkt ook wel logisch: er zouden bijvoorbeeld ook meer vaardigheden kunnen worden aangeleerd of langer geïnvesteerd kunnen worden in het opbouwen van een relatie met de betreffende cliënt.

Anderzijds zijn er ook studies die een dergelijke relatie niet vinden, of zelfs een omgekeerd effect vinden (Van der Put et al., 2012). Dosering bleek geen invloed te hebben bij STOP4-7 (De Mey, 2010) en EQUIP (Helmond, Overbeek, & Brugman, 2012). Dit zou wellicht te maken kunnen hebben met programma-integriteit: ten aanzien van EQUIP wordt gesuggereerd dat het ontbreken van een effect van dosering voort zou komen uit de lage mate van integriteit in deze studie (Helmond et al., 2012; Van Stam et al., 2014). In aansluiting hierop geven Dekovic en collega's (2011) als mogelijke verklaring voor hun bevinding dat er juist kleinere effectgrootte voor langere programma's gevonden werden, dat de kwaliteit van de implementatie wellicht met de tijd afneemt. Ook zou er juist sprake kunnen zijn van een soort omslagpunt (bij een bepaalde duur of bepaald aantal sessies worden interventies juist minder effectief) of zou dit te maken kunnen hebben met de *match* tussen risico en de intensiteit van de interventie: als (recidive)risico en de intensiteit van de interventie niet op elkaar aansluiten, kan interventie zelfs contraproductief zijn (Van der Put et al., 2012; Van der Stouwe et al., 2014).

Daarnaast lijkt er – vanwege de toepasbaarheid – sprake te zijn van een roep vanuit de praktijk om langdurige behandelingen te verkorten (Lochman et al., 2014), waardoor er ook verkorte versies van programma's ontstaan. Zo is Minder Boos en Opstandig met 18 sessies een verkorte versie van Coping Power (Van de Wiel, Hoppe, & Matthys, 2003a) en is er van Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) tevens een verkorte variant (waarin twee didactische sessies vervangen worden door home-video's die thuis gekeken kunnen worden en de standaard 12 face-to-face coachingsessies vervangen worden door vijf sessies afgewisseld met vijf telefoongesprekken van een half uur).

De meest werkzame/werkbare duur zou bovendien ook af kunnen hangen van de betreffende cliënten. Het aantal benodigde modules kan bijvoorbeeld per cliënt bekeken worden (Hoogsteder, 2007) of als meteen duidelijk is dat het aanbod passend is kan de inhoud van twee gesprekken behandeld worden in één gesprek (Van Veluw, Schlüter, Berger, & Van Harten, 2011). In

overeenstemming met deze gedachte, zou interventie het meest effectief zijn als daarin gebruik wordt gemaakt van *risk-need-reponsivity* (RNR) principes (Andrews & Bonta, 2010) en zou er zelfs sprake kunnen zijn van negatieve effecten als dit niet gebeurt (Lowenkamp & Latessa, 2005).

Sequentie

Veel interventies voor externaliserende problemen lijken op een samenhangende manier te zijn georganiseerd: er is sprake van een aantal behandel fases in een vaste volgorde – waarbinnen de ingezette technieken eventueel per cliënt (afhankelijk van behoeften, doelen en/of situaties) kunnen verschillen – of voorgeschreven indeling van sessies. Bij een aantal interventies lijkt het idee achter de volgorde gelegen te zijn in een priorisering van aandacht voor positief (opvoed)gedrag boven negatief gedrag. Dit stelt ouders in de gelegenheid om eerst het proces van wederzijds afdwingen van gedrag in hun gezin te doorbreken. Als ouders vervolgens aansluitend leren om effectief grenzen te stellen binnen deze context van aanmoediging, vergroot dit de kans dat een kind positief op een grens reageert. Ouders leren bijvoorbeeld eerst positieve aandachtsvaardigheden te gebruiken – zoals het sensitief reageren en prijzen van goed gedrag – en daarna op het gedrag gerichte management strategieën te gebruiken – zoals het effectief afgeven van opdrachten, gepast reageren op medewerking of verzet van het kind en het gebruiken van time-out procedures. In een lange termijn-onderzoek waarin deze fases ook omgedraaid werden, werd echter slechts weinig verschil op de uitkomstmaten gevonden (Eyberg et al., 2001); deze sequentie lijkt dus weinig impact te hebben. Toch is er ook een meer pragmatische reden te noemen om deze volgorde te hanteren: hiermee wordt tevens voorkomen dat wanneer ouders vroegtijdig afhaken, zij uitsluitend een effectieve strategie hebben geleerd om hun kind te straffen (Zwikker & Van Everdingen, 2008).

Een andere gedachte is dat ouders eerst moeten geloven dat zij in staat zijn om hun opvoedgedrag te veranderen en dat zij invloed hebben op het gedrag van hun kind voordat zij dit daadwerkelijk kunnen, en dat er derhalve eerst gewerkt moet worden aan ouderlijke cognities. In een studie naar de mediators van effectiviteit van MST (Deković, Asscher, Manders, Prins, & Van der Laan, 2012) bleek dat de veranderingen in gezinnen startten met het verhoogde gevoel van competentie bij de ouders, meteen in de eerste maanden van de interventie, en gevolgd worden door veranderingen in de opvoeding (en dus niet andersom: verbetering van de opvoeding die tot meer competentiegevoel leidt), die op hun beurt leidden tot vermindering van antisociaal gedrag.

Bij een aantal interventies wordt ook aangegeven dat de volgorde van de sessies/modules belangrijk is omdat volgende sessies/modules voortbouwen op vaardigheden die geleerd zijn in voorgaande sessies/modules. Zo kan oefening van een vaardigheid alleen geoefend worden nadat de vaardigheid ook is aangeleerd: een oefensessie kan dus alleen volgen op een informatiesessie. Wel kunnen er soms optionele modules of onderdelen worden toegevoegd. Als sessies op deze manier op elkaar voortbouwen, wordt er voor een aantal interventies ook aangegeven dat een gemiste sessie ook dient te worden ingehaald, liefst voordat de volgende bijeenkomst start.

Bij een deel van de interventies lijkt er expliciet ruimte te worden gemaakt voor de afronding van de interventie, waarbij een laatste sessie óf laatste fase expliciet zo wordt benoemd. Bij sommige interventies is er ook expliciet aandacht voor het opstarten van de interventie: er wordt benoemd dat er in de eerste fase bijvoorbeeld vertrouwen moet worden gewonnen of de behandelmotivatie moet worden aangewakkerd en dat er therapeutische allianties moeten worden gesloten.

Vormen

In de literatuur zijn duidelijke aanwijzingen te vinden voor het verminderen van externaliserende problemen middels oudertraining in *groepen*. Groepstraining zou hierbij even effectief zijn als individuele therapie (Dretzke et al., 2005; Webster-Stratton et al., 1984), maar vele malen goedkoper zijn (Charles, Bywater, & Edwards, 2011). Groepstrainingen hebben hierbij – naast het kostenaspect – bijvoorbeeld als voordeel dat er door gezamenlijke discussies en contacten tussen ouders steunende netwerken ontstaan als onderdeel van het groepsproces, die kunnen bijdragen aan de veerkracht binnen gezinnen (Borden, Schultz, Herman, & Brooks, 2010). Anderzijds lijken er ook redenen te noemen om oudertraining juist individueel aan te bieden: bijvoorbeeld bij etnische minderheden (Dionne, Davis, & Sheeber, 2009) of cliënten met intensievere problematiek (Okma, 2011), mede omdat het moeilijker is om bij groepstraining aan te passen aan individuele behoeften/problematiek. De veelvoorkomende aanname dat groepstrainingen minder geschikt lijken te zijn voor lage SES-groepen blijkt in een meta-analyse naar oudertraining echter niet bevestigd te worden (Leijten, Raaijmakers, Orobio de Castro, & Matthys, 2013).

Van een aantal programma's zijn ook versies beschikbaar die zonder de aanwezigheid van een therapeut kunnen worden doorlopen. Deze *self-administered* versies lijken over het algemeen wat minder effectief te zijn dan trainingen die wel begeleid worden door een therapeut (Dretzke et al., 2005; Kratochwill, Elliott, Loitz, Sladeczek, & Carlson, 2003; Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000; Walcott, Carlson, & Beamon, 2009; Webster-Stratton, Kolpacoff, & Hollinsworth, 1988; Webster-Stratton, 1990, 1992). Dergelijke programma's kunnen echter bijvoorbeeld wel van meerwaarde zijn als het voor ouders moeilijk is om naar een hulpverleningsinstantie toe te komen (omdat zij bijvoorbeeld in een afgelegen gebied wonen), mits ouders voldoende gemotiveerd en geletterd zijn om de interventie succesvol af te ronden (De Graaf, Speetjens, Smit, De Wolff, & Tavecchio, 2008). Als interventies nog verder "uitgekleed" worden door bijvoorbeeld alleen een boek dat bij de training behoort te verstrekken, wordt eigenlijk niet meer verwacht dat ze effectief zijn: het verstrekken van een boek wordt bijvoorbeeld als "minimale interventie"-controlegroep gebruikt (Lavigne et al., 2007).

Elementen

Uit allerlei mediatie-analyses lijken op het eerste gezicht specifieke werkzame mechanismen naar voren te komen, die echter toch maar moeilijk te koppelen lijken aan specifieke structuurkenmerken of technieken. Uit vele mediatie-analyses (zie bijvoorbeeld Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013 voor Incredible Years en Deković et al., 2012 voor MST) blijkt bijvoorbeeld dat veranderingen in opvoedgedragingen veranderingen in externaliserend gedrag mediëren. Hoewel dergelijke mediatiestudies aanwijzingen kunnen geven *waarop* interventies zich zouden moeten richten (welke aspecten van opvoeding bijvoorbeeld), geven zij echter niet aan *hoe* je gedragsverandering teweeg kan brengen. Mediatoren zijn meestal inhoudelijke concepten, niet de techniek. Doordat zij niet duidelijk maken welke technieken of onderdelen er wellicht werkzaam zijn geweest, blijft het ook hierbij enigszins gissen om welke losse of combinatie van elementen het gaat. Zijn het nu bijvoorbeeld de motiverende discussies, de coaching, modeling, directe feedback (door rollenspelen en huiswerk) of problem-solving (Orobio de Castro, Menting, & Rutten, 2013)? Anderen wijzen ook op mediatie door algemener gezinsfunctioneren (Eddy & Chamberlain, 2000; Ozechowski, 2014) of een toename in het competentiegevoel van ouders (Deković et al., 2012). Technieken die voor deze veranderingen zorgen zouden daarbij zowel principes die op de gedachten, gevoelens en

gedragingen van individuen gericht zijn als principes die gericht zijn op de interacties of kwaliteit van relaties binnen het gezin zijn (Ozechowski, 2014).

Als het gaat om interventies die (ook) gericht zijn op de kinderen zelf, dragen interventies die zich richten op een positiever zelfbeeld, zelfwaardering en competenties mogelijk bij aan het verminderen van externaliserende problemen. In een studie met betrekking tot Alles Kidzzz werd bewijs gevonden voor mediatie door een toename van positief zelfbeeld, maar weinig bewijs voor de rol van sociale informatieverwerking als werkzaam mechanisme (Stoltz, Van Londen, et al., 2013). Ook een vermindering van contacten met deviante leeftijdsgenoten blijkt een mediator te zijn (Eddy & Chamberlain, 2000).

Een andere benadering is om de cliënten zelf te vragen wat zij als het meest leerzaam ervoeren. Bij een video-feedback programma bleek bijvoorbeeld 92% van de moeders het bekijken en bespreken van video's van ouder-kind interacties als leerzaam zag, wat zou kunnen betekenen dat dit werkzaam is (Klein Velderman, Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2008). Het is echter de vraag in hoeverre cliënten zelf kunnen inschatten wat het beste werkt: zij hebben immers veelal ook geen vergelijkingsmateriaal.

Opvallend is dat binnen een aantal programma's niet alleen wordt gewezen op de rol van programma-integriteit in de effectiviteit van het programma, maar dat hier impliciet ook een koppeling met oefening lijkt te worden gelegd. Zo blijkt binnen Parent Management Training Oregon (PMTO) dat therapeuten die veel gebruik maken van rollenspel een hogere score op programma-integriteit halen – wat samenhangt met gedragsverandering bij het kind – (Forgatch, Patterson, & DeGarmo, 2005) en wordt als verschil in uitvoering van EQUIP tussen Nederland en de Verenigde Staten – waarbij zowel de effectgroottes als de programma-integriteit hoger zijn in de Verenigde Staten – aangehaald dat deelnemers in de meeste gevallen in Nederland niet de mogelijkheid kregen om vaardigheden tijdens de bijeenkomst te oefenen (Van Stam et al., 2014). Ook met betrekking tot bijvoorbeeld Ouders van tegendraadse jeugd wordt aangegeven dat oefening toch echt belangrijk lijkt: hoe hoger het percentage behandelde oefeningen en gebruikte materialen, hoe sterker de afname van 'harde' disciplinerende (Boendermaker, Lekkerkerker, Deković, Foolen, & Vermeij, 2010).

Er is echter slechts weinig onderzoek bekend waarin men dit soort factoren heeft trachten te manipuleren. Enkele technieken waarvoor dit wel min of meer is gebeurd zijn *time out* (Walle, Hobbs, & Caldwell, 1984) en *praise* (Leijten et al., 2014). Een relatief nieuwe benadering om de effectiviteit van elementen van programma's te onderzoeken is het gebruik van microtrials (kleinschalige, gerichte experimentele studies naar één specifiek element) en/of een *factorial design* (Collins, Murphy, Nair, & Strecher, 2005; Leijten et al., 2015).

1.3 De huidige (voor)studie

1.3.1 Het consortium

Zowel de huidige voorstudie als de beoogde tweede fase van dit project worden uitgevoerd door een consortium, gecoördineerd door de afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Utrecht. Het consortium bestaat uit toonaangevende onderzoeksinstituten, praktijkinstellingen en partners voor landelijke verspreiding, op het gebied van effectieve behandeling van externaliserende gedragsproblemen en -stoornissen.

De onderzoeksinstellingen binnen het consortium zijn de afdelingen Ontwikkelingspsychologie, Pedagogiek en Utrecht Centre for Child & Adolescent Studies van de Universiteit Utrecht met respectievelijk de leerstoelen Ontwikkelingspsychopathologie (Prof. dr. Orobio de Castro), Orthopedagogiek - psychosociale en opvoedingsproblemen (Prof. dr. Deković), Agressie bij Kinderen (Em. prof. dr. Matthys), en de Afdeling Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam (Dr. Asscher, Universitair hoofddocent). Deze partijen voerden in Nederland de sterkste studies uit naar effectiviteit van interventies op dit gebied, waaronder randomized controlled trials, kosten-effectstudies, meta-analyses, onderzoek naar mediators en moderators van effectiviteit, proces- en ontwikkelonderzoek naar interventies. Bijna alle sterke bewijskracht in de DEI op het gebied van externaliserende gedragsproblemen komt voort uit studies die door deze groepen zijn uitgevoerd. De expertise op dit gebied blijkt ook uit de rollen van de groepen in de landelijke beoordeling van effectiviteit van interventies en publicaties in top journals. Hun onderzoek beperkt zich niet tot effectiviteit van specifieke programma's, maar heeft daarnaast een sterke focus op het achterhalen van sleutelmechanismen in effectieve behandeling middels meta-analytisch, experimenteel, longitudinaal en observationeel onderzoek.

De praktijkinstellingen binnen het consortium zijn Intermetzo, de Bascule, de Viersprong en 's Heerenloo. Samen bestrijken deze instellingen state-of-the-art behandeling van externaliserende gedragsproblemen in het hele spectrum van geïndiceerde preventie tot forensisch, van vroege jeugd tot jongvolwassenheid, en de grote diversiteit in aard van gedragsproblemen (waaronder reactieve en proactieve agressie, heimelijk gedrag, regelovertreding, jeugddelinquentie en sterk gedragsgestoorde jongeren met een licht verstandelijke beperking). De vier instellingen onderscheiden zich daarbij door een grote aandacht voor onderzoek en ontwikkeling om de effectiviteit van de praktijk te vergroten. De instellingen hebben sinds jaar en dag onderzoeksafdelingen met uitstekende reputaties, die in staat zijn gebleken om kennis uit het veld te vertalen in gedegen onderzoek en onderzoeksresultaten te vertalen in effectievere interventies.

De partners voor landelijke verspreiding van effectieve behandeling van externaliserende gedragsproblemen en -stoornissen binnen dit consortium zijn het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) en PI Research. Het NJI is van uit haar missie en bereik de partner voor kennisuitwisseling met praktijk en beleid in heel Nederland, met belangrijke rollen in kennisontwikkeling, kenniscirculatie en implementatie door instellingen, gemeenten, provincies en rijk. Het NJI beheert de DEI, ontwikkelt en verspreidt kennis over werkzame elementen voor de behandeling van problemen en implementeert richtlijnen voor de jeugdzorg. PI Research heeft ruime ervaring met het implementeren van werkzame elementen in behandeling en specifieke interventies, waarbij nauw wordt samengewerkt met praktijkinstellingen en wetenschap. Voor een aantal interventies (PMTO, FFT, PCIT, Tools4U, TACT/WSART, SPRINT) is de landelijke doorontwikkeling, verspreiding, opleiding en kwaliteitsborging belegd bij PI Research. Hierdoor hebben zij veel praktijkgegevens over de uitvoering van verschillende interventies voor externaliserende problemen en kunnen zij de uitkomsten van dit traject direct omzetten naar veranderingen in de dagelijkse uitvoeringspraktijk.

De partijen werken al jaren intensief samen in het ontwikkelen, onderzoeken en implementeren van de meest effectieve behandelingen voor externaliserende gedragsproblemen. Daarbij worden vraagstelling en onderzoek steeds bepaald in goede samenspraak tussen praktijk en onderzoek, en zijn effectiviteitsvragen steeds in de dagelijkse praktijk getoetst.

1.3.2 Onderzoeksvragen

In de huidige rapportage trachten wij antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

- Welke structuurkenmerken zouden gezien kunnen worden als effectieve elementen bij externaliserende gedragsproblemen?
- Welke technieken zouden gezien kunnen worden als effectieve elementen bij externaliserende gedragsproblemen?
- Wat zouden algemeen werkzame elementen kunnen zijn?
- Wat zouden specifiek werkzame elementen bij externaliserende gedragsproblemen kunnen zijn?
- Voor welke elementen lijkt het meeste empirische bewijs aanwezig te zijn?

1.3.3 Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 wordt de methode van deze voorstudie weergegeven. Omdat de binnen deze voorstudie gebruikte survey en het kennisoverzicht min of meer “in dienst van” het achterhalen/coderen van werkzame elementen zijn gedaan, worden de resultaten hiervan niet apart besproken maar in de methode (voor de survey) of in de bijlage (voor het kennisoverzicht) weergegeven. In Hoofdstuk 3 worden derhalve alleen de resultaten van de gedurende deze voorstudie gecodeerde, effectief genoemde programma’s besproken. Kosten en kosteneffectiviteit – in algemene zin en voor deze effectief genoemde programma’s – worden apart beschreven in Hoofdstuk 4. In Hoofdstuk 5 volgt een discussie, die uitmondt in suggesties voor vervolgonderzoek in Hoofdstuk 6.

Hierbinnen wordt ons inziens tegemoetgekomen aan de verwachtingen van ZonMw betreffende het eindrapport:

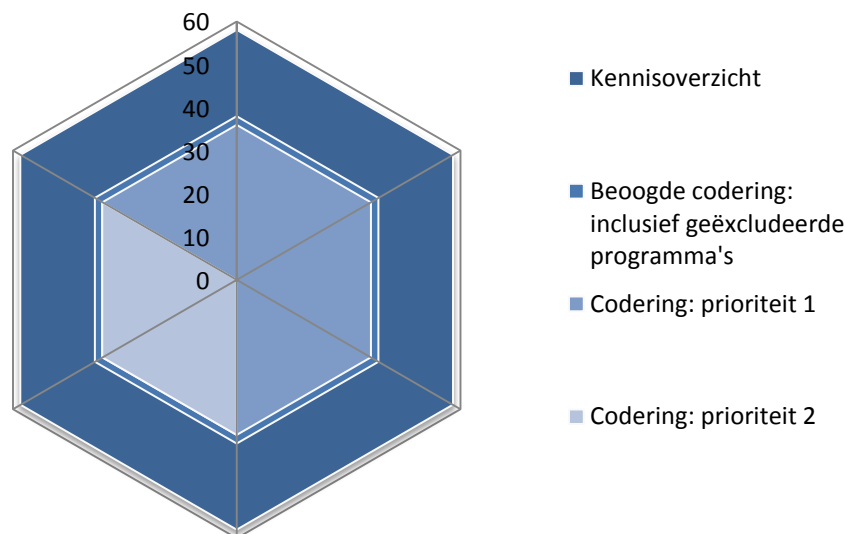
- Een kennisoverzicht van bestaande literatuur, grijze literatuur en lopend onderzoek over de effectiviteit van interventies in de DEI op het specifieke thema kan deels in algemene zin in de inleiding teruggevonden worden en specifiek per programma (in de vorm van referenties) in Bijlage 2.
- Suggesties voor vervolgonderzoek en hoe meer kennis verkregen kan worden over wat (interventies) en wanneer het beste, bij wie en door wie ingezet kan worden kunnen in Hoofdstuk 6 aangetroffen worden.
- Informatie over welke kennis er al beschikbaar is over de (uitvoerings)kosten van de interventies en in hoeverre de (uitvoerings)kosten van de te onderzoeken interventie vergoed worden (bijvoorbeeld door gemeenten of verzekeringen), waarbij ook aandacht wordt besteed aan welke kennis er al beschikbaar is over de kosteneffectiviteit van de interventies, staat in Hoofdstuk 4 weergegeven.
- Informatie over de mate waarin de vragen/risico’s/problemen (prevalentie) rond een thema voorkomen en hoe groot het gebruik is van de interventies wordt in de inleiding (Hoofdstuk 1) meegenomen
- Wat er rond het thema al bekend is over algemeen werkzame elementen staat in de inleiding (Hoofdstuk 1) beschreven en komt tevens naar voren in de resultaten die in Hoofdstuk 3 beschreven staan.
- Informatie met betrekking tot kennis over cliënt-, professional- en alliantiefactoren is ten slotte in Hoofdstuk 5 opgenomen.

2. Methode

De eerste fase van dit project, die in dit rapport beschreven wordt, bestond zowel uit inventarisatie als “toetsing”. Vanuit de literatuur, maar ook middels een survey (zie paragraaf 2.1) en door het raadplegen van experts werden hypothesen gegenereerd over wat, wanneer het beste bij wie en door wie ingezet kan worden om externaliserende problemen te verminderen. Deze hypothesen betreffen de belangrijkste kernelementen van effectieve behandeling (“wat?”: werkzame elementen, bestaande uit kernelementen van methodieken, opbouw van de cliënt-therapeut alliantie), randvoorwaarden (“wanneer?”), mechanismen die in behandeling beïnvloed moeten worden (“waardoor?” sociale cognities, dwingende interacties, et cetera) en moderatoren (“voor wie en door wie?”: in cliënten, systemen en organisaties) en uitkomstvariabelen (waaruit moet effectiviteit blijken?).

De houdbaarheid van deze hypothesen werd verkend door aan de hand van een scoringsmethode (zie paragraaf 2.3.2) systematisch de bestaande informatie (zie ook paragraaf 2.2) over de inhoud en effectiviteit van een aantal geselecteerde programma’s (zie paragraaf 2.3.1) te beoordelen. De programma’s die op deze wijze beoordeeld werden, maakten daarbij deel uit van een groter aantal programma’s waarvoor kennis verzameld werd (zie Figuur 1).

Figuur 1 *Schematische weergave kennisoverzicht en codering*



Opmerking. De aantallen verwijzen naar het aantal individuele programma’s.

2.1 Survey

Het eerste deel van dit project betrof een peiling bij uitvoerende professionals in de praktijk om te achterhalen wat zij zien als cruciaal om externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en jongeren te verminderen. Doel van de peiling was om tot hypothesen te komen over effectieve elementen van de behandeling van kinderen en jongeren met externaliserende problemen, en deze te benutten voor en vergelijken met de literatuur naar effectieve behandelingen.

2.1.1 Doelgroep survey

Er is gekozen voor een peiling bij een brede groep behandelaars, werkzaam in verschillende velden: jeugdzorg, jeugd-GGZ, het justitiële veld (gesloten jeugdzorg en uitvoerders van taakstraffen) en de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB).

De vier uitvoerende instellingen uit het Consortium en PI Research als Kenniscentrum (van onder andere PMTO, FFT, PCIT, Tools4U en TACT) hebben hun eigen behandelaars dan wel hun contacten met behandelaars benut om respondenten te werven. Naar schatting is aan zo'n 300 behandelaars per mail gevraagd de survey in te vullen. Respondenten hadden twee weken tijd om te reageren. Na een week is aan een deel van de benaderde behandelaars een reminder verstuurd.

2.1.2 Meetinstrument

Aan de behandelaars is via een link een korte survey voorgelegd met een viertal kernvragen:

- Wat de behandelaar denkt dat de behandeling van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en jongeren succesvol maakt;
- Wat de behandelaar als werkzaam ervaren heeft in de behandeling: *wat* belangrijk is om deze groep cliënten te leren en *hoe* het lukt om cliënten dit te leren en te laten vasthouden;
- Wat randvoorwaarden zijn om de behandeling effectief te kunnen uitvoeren;
- Wat de behandelaar denkt dat NIET werkt in de behandeling van externaliserende gedragsproblemen.

Daarna is gevraagd naar de groep cliënten waarmee de respondent werkt en welke behandeling/interventie hij uitvoert.

Voor deze opzet is gekozen om behandelaars uit te nodigen zo open en breed mogelijk te laten denken over werkzame elementen in de behandeling van externaliserende gedragsproblemen: behandelaars hoefden zich niet beperkt te voelen tot hun eigen groep cliënten of interventie. Nadrukkelijk is gezocht naar een manier om respondenten zoveel mogelijk ruimte te geven om hun kennis en ideeën te delen. Dit is ook de reden geweest dat eerst is gevraagd naar ideeën over succesvolle behandeling en vervolgens pas naar eigen ervaring met succesvolle behandeling. Met deze indeling en open antwoordvelden is een hypothese-genererende survey ontstaan, gericht op het ontlocken van praktijkkennis bij behandelaars over de meest essentiële elementen voor effectief behandelen.

2.1.3 Uitkomsten survey

Hieronder worden de resultaten van de survey weergegeven.

Wie hebben we bereikt?

In twee weken tijd hebben 102 behandelaars de survey ingevuld. Het ging om een gevarieerde groep, waarvan het overgrote deel gespecialiseerd is in de behandeling of begeleiding (training) van kinderen en jongeren met externaliserende gedragsproblemen en/of hun ouders. Bij driekwart van de behandelaars ging het om een populatie met ernstig probleemgedrag; zij werken in een residentiële setting of voeren de meest intensieve ambulante interventies voor deze doelgroep uit. De meeste behandelaars (57%) voerden één interventie of vorm van behandeling uit; 43% noemde meerdere vormen van hulp of interventies.

Tabel 1 Welke interventies voeren de behandelaars uit?

Interventie/behandeling	Aantal keer genoemd
PMTO (Parent Management Training Oregon model)	28
FFT (Family Functional Therapy)	19
MST (Multi Systeem Therapie), inclusief MST-CAN	14
Residentieel/leefgroep/Competentiegericht werken in deze setting	14
Cognitieve gedragstherapie	9
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	8
Tools4U (sociale vaardigheidstraining voor jongeren die delict hebben gepleegd)	7

Kijkend naar de verdeling over de interventies (zie Tabel 1), voert meer dan 70% van de behandelaars één of meerdere specifieke (ambulante) interventies uit, met als meest voorkomende interventies: PMTO, FFT, MST. Tussen de respondenten die PMTO, FFT en MST uitvoeren, zat geen overlap – wat betekent dat 60% van de respondenten één van deze drie (voor een zware doelgroep bedoelde) interventies uitvoert. Combinatie die vaker voorkwamen zijn: Cognitieve gedragstherapie & EMDR (deze laatste is een interventie voor traumabehandeling) en Tools4U & TACt (beide zijn interventies die als taakstraf worden opgelegd). Interventies die slechts een enkele keer genoemd werden zijn: SNAP, In Control, Geweldloos Verzet, Samen Stevig Staan, So Cool, Leren van delict, SOVA/AR op maat, IOG.

Tabel 2 Met welke groep met externaliserende gedragsproblemen wordt gewerkt?

Groep	Aantal keer genoemd
Ouders van kinderen of jongeren met externaliserende gedragsproblemen	82
Jongeren tussen 13 en 23 jaar	82
Kinderen tussen 0 en 12 jaar	49
Kinderen of jongeren met LVB (zwakbegaafd)	29
Jongeren die in aanraking zijn gekomen met justitie	27
Kinderen of jongeren met DSM diagnoses anders dan ODD, CD, ADHD	25

Uit Tabel 2 is af te leiden dat de behandelaars veelal met gezinnen werken. Bijna 8 op de 10 respondenten (78%) gaf zowel een groep kinderen/jongeren aan als ouders. Andere elementen waar respondenten uit zichzelf iets over aangaven, waren: het niveau van de kinderen of jongeren (ook LVB of alleen maar LVB), dat jongeren delicten hebben gepleegd en hierdoor met justitie in aanraking zijn gekomen en dat er sprake is van comorbiditeit. Deze comorbiditeit (45-60%) is ook bekend uit andere beschrijvingen van de doelgroep van bijvoorbeeld PMTO en FFT (Eenshuistra, Regterschot-Van Lindheim, & Tjaden, 2014; Kenniscentrum PMTO Nederland, 2014).

Concluderend gaat het om een brede doelgroep aan cliënten met externaliserende gedragsproblemen en hun ouders: kinderen en jongeren van alle leeftijden, alle niveau en alle kaders zijn (in enige mate) vertegenwoordigd. Afgaande op de behandeling die zij ontvangen gaat het grotendeels om een doelgroep met *ernstige* externaliserende gedragsproblemen.

Wat denken deze behandelaars dat essentieel is in de behandeling?

Wanneer aan deze behandelaars gevraagd werd wat zij denken dat de behandeling van hun doelgroep succesvol maakt, gaven zij de antwoorden die (deels) in Tabel 3 zijn weergegeven.

Tabel 3 *Meest cruciaal in succesvolle behandeling van externaliserende gedragsproblemen*

Element	Aantal keer genoemd
Goede werkrelatie, betrokken hulpverlener, aandacht geven, ouders steunen en waarderen	27
Aanpak via het systeem, ouders erbij betrekken, functie in gezin helder krijgen	24
Meerdere systemen erbij betrekken (school, familie, burens), werken in zoveel mogelijk milieus	24
Mediatie, via ouders het kind beïnvloeden	21
Nadruk op doelen, op succes, op positief gedrag	20
Structuur, duidelijk en transparant, consequent, zeggen wat je doet en doen wat je zegt	18
Opvoedingsvaardigheden bij ouders versterken	14
Oefenen van vaardigheden/gedrag	13
Specifieke methodiek ^a	13
Jongeren inzicht geven in keuzes en gevolgen	11
Combinatie van warme bejegening en duidelijke aanspreekstijl	10
Doorzetten, volhouden, geduld, motivatie van gezin als dynamisch concept zien	10
Nadruk op ontwikkeling, stimulerend (plezier, positieve gezamenlijke activiteiten)	10

^a = Met 'specifieke methodiek' wordt hier bedoeld dat de behandelaar een concreet element heeft benoemd uit de eigen methodiek dan wel heeft aangegeven: de totaalpakket van de methodiek die ik uitvoer.

In deze 13 meest genoemde elementen waren veel 'algemeen werkzame factoren' terug te zien: een goede werkrelatie, doelgericht werken, focus op succes en motivatie zien als een dynamisch concept (dat door de behandelaar te beïnvloeden is). Daarnaast leken er een aantal specifiek werkzame factoren te worden benoemd, die gerelateerd zijn aan het feit dat het om de behandeling van externaliserende gedragsproblemen gaat: aanpak via het systeem, bij kinderen aanpak via mediatie waarbij de opvoedingsvaardigheden versterkt worden, nadruk op structuur, duidelijkheid en transparantie, consequent zijn, oefenen van concrete vaardigheden/gedrag, de combinatie van warme bejegening en duidelijke aanspreekstijl en doorzetten/volhouden als behandelaar. Deze specifieke factoren komen ook terug in de Richtlijn ernstige gedragsproblemen (De Lange et al., 2013).

Wat opvalt in de antwoorden van de behandelaars, is dat ondanks dat er sprake is van veel comorbiditeit (zie hierboven), behandelaars het rekening houden met deze comorbiditeit nauwelijks noemden als cruciale factor om succesvol te zijn. Slechts vijf respondenten (5%) noemden dit als factor, waarbij vier respondenten expliciet hechtingsproblematiek (al dan niet als gevolg van trauma) noemden als comorbiditeit waar in de behandeling rekening mee moet worden gehouden.

Wat de behandelaar als werkzaam ervaren heeft in de behandeling: wat belangrijk is om deze groep cliënten te leren en hoe het lukt om cliënten dit te leren en te laten vasthouden

Wanneer behandelaars gevraagd werd naar hun eigen ervaringen in het werken met de doelgroep, waarbij onderscheid gemaakt werd in 1) wat is belangrijk om hen te leren en 2) hoe leer je het dat, gaven respondenten de antwoorden die in Tabel 4 en Tabel 5 zijn weergegeven.

Tabel 4 *Wat is werkzaam: Wat is belangrijk om te leren?*

Element	Aantal keer genoemd
Emotieregulatie, zelf rustig blijven, kind/jongere rustig leren worden en blijven, triggers, lichaamssignalen	30
Goede balans tussen je kind aanmoedigen (positief bekrachtigen) en grenzen stellen, 5:1	27
Inzicht in positieve invloed van gedrag ouder op het gedrag kind, systemisch denken, eigen aandeel zien	21
Effectieve opvoedingsstrategieën/vaardigheden voor ouders	18
Duidelijke regels en verwachtingen, nadruk op wat je wel wilt, structuur, dagroutine	16
Communicatie tussen ouders en kind/jongere verbeteren, positieve communicatie i.p.v. beschuldigingen	16
Grenzen stellen, uit de discussie blijven	16
Consequent zijn, zeggen wat je doet en doen wat je zegt	15
Psycho-educatie, informatie geven over wat is normaal en wat is afwijkend	14
Gedrag in uiting van onderliggende behoefte, oorzaak/functie kennen	13
Positieve betrokkenheid tussen ouder en kind stimuleren (aandacht, interesse, leuke dingen doen)	12
Hulpbronnen inzetten (anderen in netwerk inzetten)	12
Probleemoplossende vaardigheden van gezinsleden vergroten, keuzes leren maken	11

Tabel 5 *Wat is werkzaam: Wat helpt om te leren en vast te houden?*

Element	Aantal keer genoemd
Oefenen	46
Bekrachtigen, complimenteren, empoweren	34
Focus op succes, op wat al gelukt is, wat het oplevert	27
Herhaling tot ze het kunnen, herhaling in verschillende situaties	25
Samenwerking met meerdere milieus, buiten het gezin	22
Opdrachten voor thuis meegeven, registratieopdrachten	14
Aansluiten bij niveau/tempo/houding cliënt	13
Veel vragen stellen om inzichten te ontlocken, samen puzzelen, oplossingsgericht	10
Focus op en werken met kleine stappen	10

In wat de behandelaars belangrijk vinden om ouders te leren waren duidelijk de effectieve opvoedingsstrategieën en ondersteunende strategieën terug te zien die in veel mediatie-interventies worden gebruikt: 9 van de 13 antwoorden betreffen één of meerdere van deze strategieën. Daarnaast werd de nadruk gelegd op de kracht van het werken vanuit het systeem of mediatie. Bij beide benaderingen gaat het erom dat de ouder gaat denken: 'mijn handelen beïnvloedt het handelen van mijn kind, mijn handelen kan het verschil maken'. Of dit systemisch geduid wordt of vanuit mediatieperspectief leek samen te hangen met de specifieke interventie die behandelaars uitvoeren: FFT-therapeuten benoemden het als systemisch; PMTO-therapeuten benoemden het als mediatie.

Andere reacties die minder vaak voorkwamen waren: vroeg ingrijpen bij ongewenst gedrag, kinderen/jongeren concrete sociale vaardigheden aanleren, kinderen duidelijke instructies geven en

10 seconden blijven staan en wachten, ouders leren zicht en toezicht houden en de nadruk op dat gedrag is aangeleerd en kan veranderen.

Kijkend naar hoe de behandelaars de cliënten helpen om te leren en het geleerde vast te houden, waren de behandelaars behoorlijk eenduidig. Bijna de helft van de respondenten benoemde expliciet het oefenen van vaardigheden/gedrag als cruciaal element en een derde van de respondenten benoemt het bekrachtigen van gewenst gedrag/succes.

Welke randvoorwaarden (in scholing, begeleiding, tijd, plaats, en dergelijke) heb je nodig om je behandelingen werkzaam uit te kunnen voeren?

Wat betreft de randvoorwaarden voor het effectief kunnen uitvoeren van behandelingen benadrukten de behandelaars het belang van regelmatige supervisie/werkbegeleiding/intervisie, goede initiële scholing om specifieke deskundigheid op te bouwen en terugkerende scholing om kennis en vaardigheden op peil te houden (zie Tabel 6). Daarnaast lagen de genoemde randvoorwaarden op het terrein van ruimte en tijd. Bij tijd maakten de behandelaars onderscheid tussen tijd om de bijeenkomst voor te bereiden, tijd om op de bijeenkomst en het proces te reflecteren en tijd om te overleggen. De nadruk op de laatste twee hebben wellicht tevens te maken met de relatief zware doelgroep waarmee gewerkt wordt.

Tabel 6 *Randvoorwaarden voor werkzame behandelingen*

Randvoorwaarde	Aantal keer genoemd
Supervisie, werkbegeleiding, interventie	54
Opleiding, goede scholing, scholing om tot specifieke deskundigheid te komen	41
Ruimte om flexibel te zijn (outreaching, meer sessies, naar gezin toe)	25
Eigen of neutrale plek om te werken	23
Jaarlijkse of regelmatige bijscholing	23
Tijd om te overleggen	17
Tijd om te reflecteren	15
Tijd om voor te bereiden	12
Online kunnen, database om te reflecteren, online bereikbaar zijn	11

Zijn er ook dingen waarvan je denkt of hebt ervaren dat je ze beter NIET kunt doen bij de behandeling van externaliserende gedragsproblemen?

Tot slot werd de behandelaars gevraagd of er ook 'don'ts' zijn in de behandeling van externaliserende problemen. Dit leverde het in Tabel 7 weergegeven beeld op.

Tabel 7 *Wat werkt niet?*

Element	Aantal keer genoemd
Ouders, kind of jongere negatief of ineffectief bejegenen (beschuldigen, discussie aangaan, overtuigen, rol van ouder overnemen, bang zijn voor problematiek)	32
Alleen met kind of jongere werken, ouders te weinig meenemen	19
Beheersen zonder alternatieven, ouders leren grenzen stellen zonder aanmoedigen	19
Focus op ineffectief element: focus op problemen/wat niet goed gaat/wat niet lukt, verleden, waan van de dag, alleen praten (niet oefenen)	15
Teveel doen van: meegaan in negatieve, bagatelliseren, uitzonderingen maken, aan agenda vasthouden (te grote stappen zetten)	14

Naast het alleen met het kind werken, noemden behandelaars een aantal valkuilen die bij het werken met cliënten in het algemeen of met cliënten met externaliserende gedragsproblemen in het bijzonder kunnen spelen: de cliënt negatief bejegenen dan wel proberen te overtuigen, teveel focussen op problemen of de waan van de dag, teveel uitzonderingen maken en te grote stappen zetten in de behandeling. Als specifieke inhoudelijke valkuil werd het ‘beheersen zonder alternatieven’ genoemd, oftewel in het geval van mediatie: ouders wel effectief leren grenzen stellen zonder dat zij weten hoe ze een aanmoedigend, stimulerend klimaat kunnen creëren.

2.1.4 Conclusies

Wat behandelaars ervaren als de meest cruciale elementen in succesvolle behandeling van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en jongeren, zijn naast enkele algemeen werkzame factoren zoals de werkrelatie met de cliënt, veel specifieke factoren. Deze komen ook terug in de Richtlijn ernstige gedragsproblemen en betreffen zowel met wie er wordt gewerkt (werk [ook] met ouders en anderen!) als waaraan er wordt gewerkt (emotieregulatie, een goede balans tussen bekrachtigen/aanmoedigen en grenzen stellen en eigen invloed op gedrag/verandering ervaren) en hoe er wordt gewerkt (oefen, bekrachtig en focus op succes). Daarbij benadrukken behandelaars het belang van (regelmatige) scholing en supervisie/werkbegeleiding als randvoorwaarde om hun werk goed te kunnen doen.

Kanttekening hierbij is dat dit de visie en ervaringen zijn van behandelaars die veelal werken met een doelgroep die ernstige externaliserende gedragsproblemen heeft en die veelal werken met specifiek omschreven, goed geïmplementeerde en uitgevoerde interventies. Het is daarmee wel een heel deskundige groep respondenten, maar geen representatieve afspiegeling van alle behandelaars die in Nederland met externaliserende gedragsproblemen werken. Om goede hypotheses te generen, voldeed de groep respondenten; om uitspraken te kunnen doen over bijvoorbeeld in welke mate de interventies uit de DEI in de praktijk zijn geïmplementeerd, voldoet deze groep respondenten echter niet.

2.2 Kennisoverzicht

In het kennisoverzicht trachtten wij een overzicht te verkrijgen van bestaande literatuur, grijze literatuur en lopend onderzoek over de effectiviteit van interventies op het gebied van externaliserende problematiek. Wij hebben ons hierbij niet beperkt tot de interventies in de DEI: enerzijds zijn niet voor alle programma’s in de DEI empirische gegevens verzameld (terwijl dit voor andere programma’s wel het geval is) en anderzijds is de DEI hoogstwaarschijnlijk niet compleet, doordat registraties immers per definitie enigszins achter lopen door het lange beoordelingstraject. Wij hebben er daarom voor gekozen om de lijst met programma’s via verschillende werkwijzen samen te stellen. Deze verschillende werkwijzen zorgden er tevens voor dat er heel bewust buiten *Nederland* gekeken werd: bewijs voor de effectiviteit van programma’s en werkzame elementen daarbinnen kan immers ook in internationaal onderzoek gevonden worden. Hieronder worden de drie werkwijzen en de uiteindelijke lijst met programma’s op het gebied van externaliserende problematiek beschreven.

2.2.1 Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEI)

Allereerst werd er binnen de DEI (afzonderlijk) gezocht op de onderwerpen gedragsprobleem, gedragsstoornis en delinquentie. Dit leverde (op 10 maart 2015) in totaal 66 erkende interventies op.

Zoals uit Tabel 8 af te leiden is², werden de meeste programma's hierbij genoemd als interventies op het gebied van gedragsproblemen (72,8%), gevolgd door delinquentie (39,5%) en gedragsstoornissen (34,9%).

Tabel 8 *Verdeling programma's DEI over de onderwerpen*

Onderwerp(en)	Aantal programma's	Percentage
Gedragsprobleem	27	40,9%
Gedragsstoornis	1	1,5%
Delinquentie	11	16,7%
Gedragsprobleem en Gedragsstoornis	12	18,2%
Gedragsstoornis en Delinquentie	6	9,1%
Gedragsprobleem en Delinquentie	5	7,6%
Gedragsprobleem, Gedragsstoornis en Delinquentie	4	6,1%
Totaal	66	100,0%

2.2.2 Andere overzichten

Ten tweede werden drie verschillende nationale en internationale overzichten van (effectieve) interventies op het gebied van externaliserende problemen geraadpleegd: de richtlijn ernstige gedragsproblemen (De Lange et al., 2013), Blueprints for violence prevention (Mihalic, Irwin, Elliott, Fagan, & Hansen, 2001) en een paper dat gebruikelijke elementen in "evidence-based" psychosociale behandelingen voor gedragsproblemen bij kinderen beschrijft (Garland et al., 2008).

In de richtlijn ernstige gedragsproblemen werden 26 programma's genoemd. Dat het programma genoemd werd was hierbij voldoende reden voor inclusie. In de "blueprints for violence prevention" werden 11 *model programs* en 19 *promising programs* genoemd. Alleen als een programma genoemd werd als model program, werd dit als een reden voor inclusie gezien. In de paper van Garland en collega's (2008) werden acht verschillende programma's met bewezen effectiviteit voor kinderen van 4 tot 13 jaar met gedragsproblemen geïdentificeerd. Deze vermelding als bewezen effectief was voldoende voor inclusie van het programma.

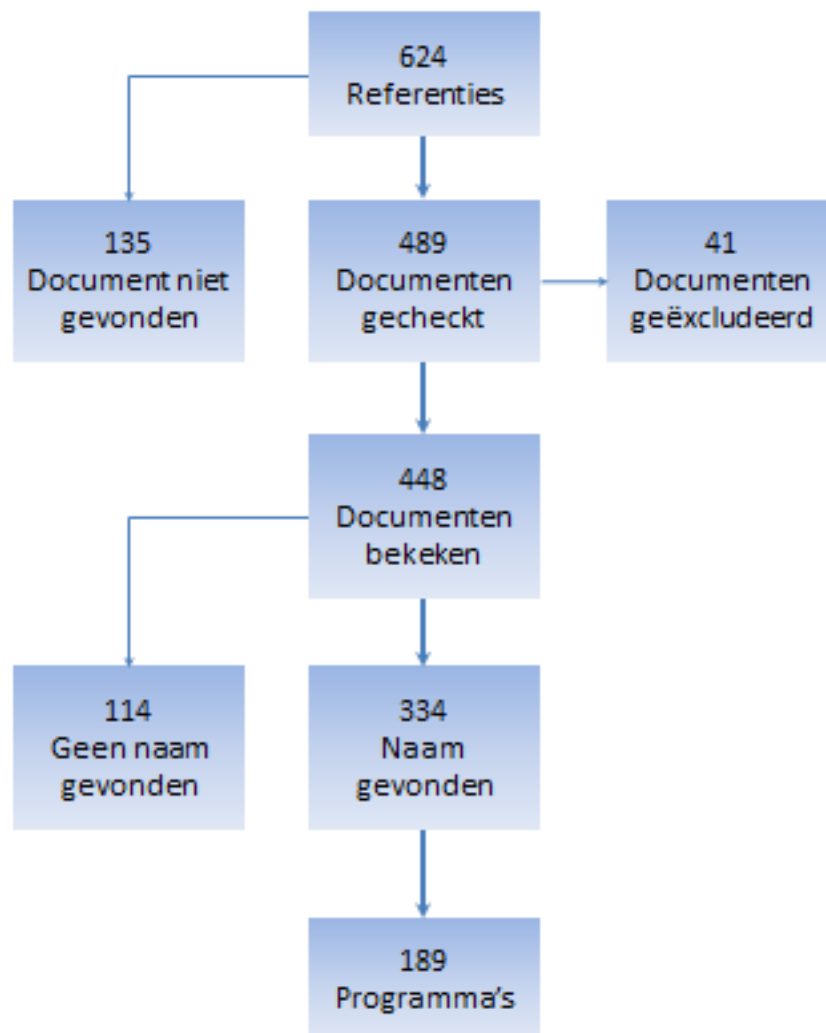
2.2.3 Referenties uit meta-analyses

Om er zeker van te zijn dat we zo breed mogelijk keken en niet alleen de programma's zouden coderen die "steeds maar weer" genoemd werden, werd ten derde een overzicht gemaakt op basis van referenties uit een aantal programma-overstijgende meta-analyses op dit gebied. Omdat er binnen een meta-analyse een systematische literatuur search is uitgevoerd, zou dit een min of meer volledige lijst van programma's op moeten leveren. In de keuze voor deze meta-analyses werd rekening gehouden met de breedte van externaliserende problemen en met de termijn die verstreken was sinds de literatuur search van de betreffende meta-analyse. Zo worden bijvoorbeeld zowel meta-analyses met betrekking tot gedragsproblemen (Leijten, Raaijmakers, et al., 2013) als delinquentie (S. L. A. de Vries, Hoeve, Assink, Stams, & Asscher, 2015) meegenomen en werd een oudere meta-analyse (Lipsey & Wilson, 1998) aangevuld met een nieuwere (Tennyson, 2009) op hetzelfde vlak. In totaal werden de referenties van zes meta-analyses (S. L. A. De Vries et al., 2015; Leijten, Raaijmakers, et al., 2013; Lipsey & Wilson, 1998; McCart et al., 2006; Tennyson, 2009; Wilson & Lipsey, 2007) samengevoegd.

² Door percentages op te tellen: interventies op het gebied van gedragsproblemen = gedragsprobleem + alle overige combinaties in Tabel 8 waarin gedragsprobleem genoemd staat.

Deze werkwijze leverde in totaal 624 referenties op, die betrekking hadden op 189 verschillende te identificeren programma's (zie ook Figuur 2). Hierbij werd het grootste deel van de programma's (77,2%) slechts eenmaal genoemd, terwijl één programma 23 keer geïncludeerd werd in de meta-analyses (zie Tabel 9). Omdat inclusie van een programma het meest zinvol lijkt op het moment dat er relatief veel empirische gegevens beschikbaar zijn en het (in deze korte periode) onmogelijk is om voor alle programma's een kennisoverzicht te maken en alle programma's te coderen, werd besloten om een ondergrens van vijf referenties in te stellen. De 10 programma's die ieder ten minste in vijf referenties uit de meta-analyses naar voren kwamen, kwamen in aanmerking voor inclusie.

Figuur 2 *Stroomschema referenties uit meta-analyses*



Tabel 9 Aantal referenties per programma (uit meta-analyses)

Aantal referenties per programma	Aantal Programma's (N = 189)	Programma's
23	1	Incredible Years
14	2	Metropolitan Area Child Study Triple P
12	1	Fast track
9	2	Anger Coping Parent-Child Interaction Therapy
8	1	PREP (preparation through responsive education programs)
5	3	Multisystemic Therapy Peaceful Schools Project Project CREST
4	4	Zie Bijlage 1
3	10	Zie Bijlage 1
2	19	Zie Bijlage 1
1	146	Zie Bijlage 1

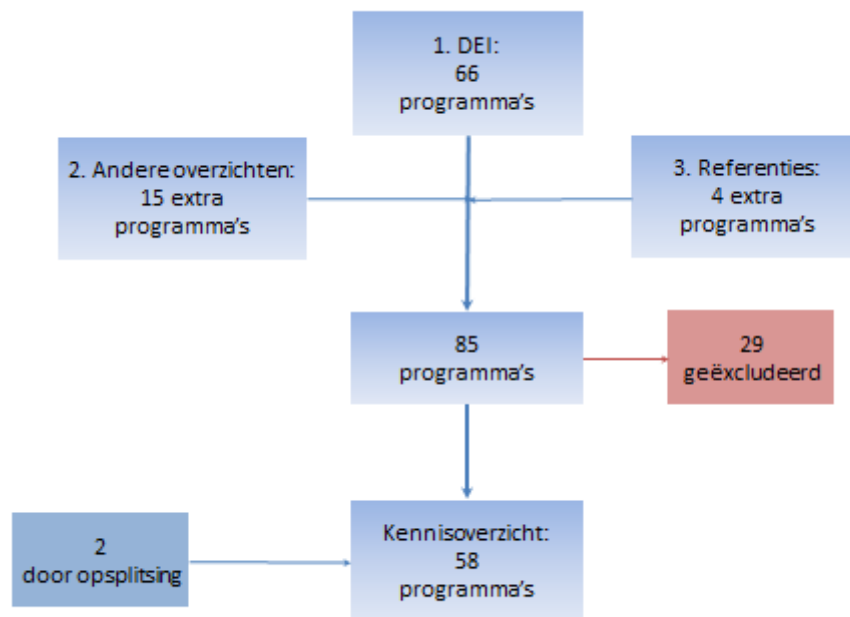
2.2.4 De programma's in het kennisoverzicht

De drie werkwijzen tezamen leverden een lijst met 85 interventies op. Dit aantal is echter niet gelijk aan het aantal programma's in het kennisoverzicht. Enerzijds werden er 29 programma's geëxcludeerd (zie Tabel 10 voor de redenen). Anderzijds werd *the Incredible Years* opgedeeld in drie verschillende programma's, omdat deze programma's ook afzonderlijk gegeven kunnen worden en enkel de oudertraining op dit moment in Nederland gegeven wordt. Hiermee kwam het aantal programma's in het kennisoverzicht op 58 uit (zie ook Figuur 3).

Tabel 10 Exclusie programma's kennisoverzicht op inhoudelijke gronden

Reden van exclusie	Totaal
Niet specifiek op externaliseren gericht	10
Universele preventie/gericht op alledaagse problemen	9
Overlap met andere consortia	3
Specifiek middelengebruik/-misbruik	2
Oud programma	2
Gelijkenis ander programma	3
Totaal	29

Opmerking. Zie Bijlage 1 voor de betreffende programma's



2.2.5 Het kennisoverzicht

De inhoud van kennisoverzicht (gepubliceerd werk, grijze literatuur en lopend onderzoek voor deze programma's) kwam vervolgens via verschillende werkwijzen tot stand. Allereerst werd voor 44 programma's gebruik gemaakt van de DEI: het effectiviteitsonderzoek dat voor een bepaald programma genoemd stond (in de uitgebreide beschrijving) werd genoteerd en de contactpersoon die genoemd stond bij het betreffende programma werd benaderd. Dit laatste werd met name met het oog op grijze literatuur en lopend onderzoek gedaan, omdat deze voor een "buitenstaander" lastiger te achterhalen zijn. Daarnaast werd getracht om het overzicht zelf zo ver mogelijk te completeren. Hiervoor werden bijvoorbeeld referenties uit meta-analyses en kennisoverzichten op websites van de betreffende programma's geraadpleegd. Daar waar mogelijk, en zinvol geacht, werd het overzicht aangevuld door leden van het consortium en/of werd er een literatuur search uitgevoerd om het kennisoverzicht zo compleet mogelijk te maken. Er werd hierbij zoveel mogelijk op studies die zich op de effectiviteit met betrekking tot externaliserende problematiek richtten geselecteerd. Het zo volledig mogelijke overzicht is in Bijlage 2 te vinden.

2.3 Coderen van programma's

In deze paragraaf wordt beschreven hoe we tot een codering van programma's zijn gekomen: een codering van contextuele kenmerken, structuurkenmerken en technieken binnen een aantal geselecteerde programma's. Hoewel wij er vooraf zeker vanuit gingen dat een groot deel van deze geselecteerde programma's effectief zou blijken, moest het bewijs voor die effectiviteit tevens nog uit de codering (en het kennisbestand) blijken. In plaats van codering van *effectieve* programma's, moet dus eerder gesproken worden van codering van *saillante* of effectief genoemde programma's.

2.3.1 Samenstelling lijst te coderen programma's: effectief genoemde programma's

De effectief genoemde programma's die gecodeerd werden, maakten allemaal onderdeel uit van het kennisoverzicht (zie paragraaf 2.2), dus ook deze lijst werd door middel van de eerder beschreven werkwijzen samengesteld. Verschillen met het kennisoverzicht waren echter dat wij voor de selectie van deze programma's wat "strenger" waren ten aanzien van de programma's uit de DEI en experts hebben geraadpleegd om te toetsen of er effectief genoemde programma's ontbraken. Deze verschillen ten opzichte van de gevolgde procedure bij het kennisoverzicht worden hieronder beschreven, waarna de totale lijst met te coderen programma's wordt gepresenteerd.

DEI (en overige overzichten)

Zoals in paragraaf 2.2.1 is beschreven, werd de DEI, tezamen met andere overzichten, als uitgangspunt voor de samenstelling van het kennisoverzicht gebruikt. Opvallend hierbij was dat het merendeel van de interventies slechts erkend was op de lagere niveaus van de effectiviteitsladder. Zoals in Tabel 11 te zien is, is de overgrote meerderheid van de programma's op deze gebieden slechts goed (theoretisch) onderbouwd: 87,9% van de interventies waren erkend op het tweede niveau. Voor ons huidige doeleinde zou inclusie van deze programma's als problematisch gezien kunnen worden, doordat er bij deze programma's een soort cirkelredenering ontstaat: de programma's worden goed onderbouwd genoemd op basis van wat we weten en nu zouden we dezelfde programma's gebruiken om kennis te genereren, zonder dat daar ook maar enige vorm van empirisch bewijs voor hoeft te zijn.

Het leek ons daarom zinvoller om alleen programma's binnen het kennisoverzicht te coderen die ook min of meer effectief genoemd werden. Dit betekent echter niet dat alle individuele effectief genoemde programma's ook effectief *zijn*. Vanzelfsprekend kan er alleen maar van een effectief programma worden gesproken als de effectiviteit van het programma onderzocht is *en* uit dat onderzoek blijkt dat het programma inderdaad effectief is. Wij wisten echter op voorhand niet of dit voor alle programma's het geval zou zijn. In de richtlijn ernstige gedragsproblemen (De Lange et al., 2013) wordt bijvoorbeeld in zijn algemeenheid beschreven wat werkt, waarbij er programma's als voorbeeld worden genoemd. Deze vermelding was voldoende voor inclusie. Hoewel wij er vanuit konden gaan dat er hierbij naar "goede voorbeelden" is gezocht en de kans daardoor groot was dat er tevens empirisch bewijs aanwezig is, moest het bewijs voor deze effectiviteit ook nog uit de codering blijken.

Tabel 11 *Aantal programma's per niveau van erkenning in de DEI*

Niveau van erkenning	Aantal programma's	Percentage
Niveau 4 – effectief volgens sterke aanwijzingen	3	4,5%
Niveau 4 – effectief volgens goede aanwijzingen	4	6,1%
Niveau 3: effectief volgens eerste aanwijzingen	1	1,5%
Niveau 2: goed onderbouwde interventie	58	87,9%
Totaal	66	100,0%

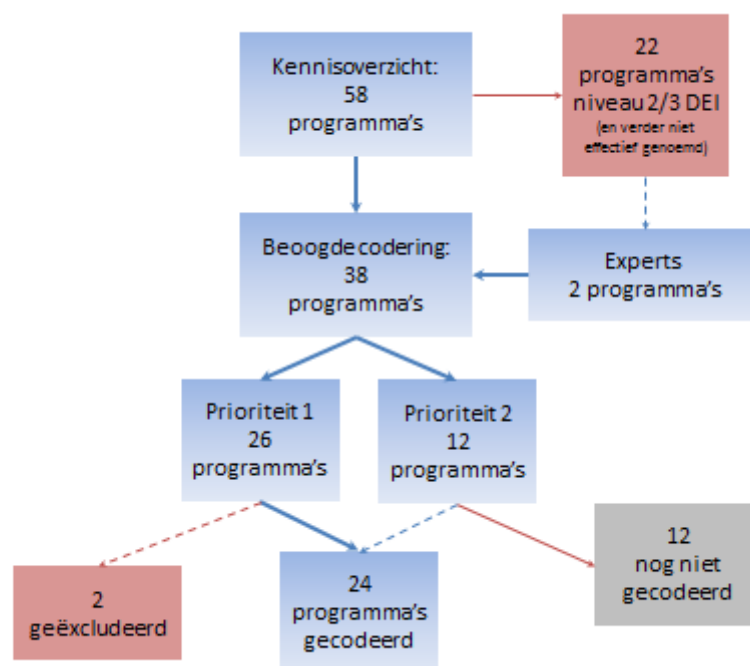
Bij de codering wilden wij onze lijst dus enigszins beperken ten opzichte van de lijst die gehanteerd werd bij het kennisoverzicht. Omdat wij ons in beginsel wilden richten op zich onderscheidende programma's waarvoor empirische gegevens beschikbaar waren, besloten wij om enkel de programma's die in de DEI op Niveau 4 erkend waren mee te nemen. Programma's die erkend waren op lagere niveaus werden echter niet per definitie uitgesloten: op basis van één van de andere in paragraaf 2.2 genoemde werkwijzen konden zij alsnog in de lijst met te coderen

programma's terechtkomen. Zie ook Bijlage 1 voor het niveau van erkenning per programma en de inclusie van programma's op basis van de verschillende werkwijzen.

Experts

Een lijst met effectief genoemde programma's die op basis van de in paragraaf 2.3.1 (en paragraaf 2.2) beschreven werkwijzen was samengesteld, werd aan een aantal experts binnen het consortium voorgelegd: dr. Jessica Asscher, prof. dr. Maja Deković, em. prof. dr. Walter Matthijs en prof. dr. Bram Orobio de Castro. Aan hen werd gevraagd om na te gaan of deze lijst met te coderen programma's naar hun mening volledig was en eventuele aanvullingen te beargumenteren. Dit leidde tot twee aanvullingen: twee programma's die al wel in het kennisoverzicht opgenomen waren, werden alsnog gecodeerd (zie Figuur 4 en zie ook Bijlage 1).

Figuur 4 Samenstelling te coderen programma's



De uiteindelijke lijst met te coderen programma's

Alle werkwijzen tezamen resulteerden in een lijst met 38 programma's (zie Tabel 12). Omdat dit vrij veel programma's zijn om in een korte periode grondig te coderen, werd hierin een prioritering aangebracht. Aan 10 programma's waarvan wij op voorhand vermoedden dat zij waarschijnlijk (nog) niet in Nederland uitgevoerd worden, één programma waarover informatie werd gevonden dat dit niet langer in Nederland zou worden uitgevoerd en één programma dat voor een wezenlijk andere doelgroep bedoeld was dan de overige programma's werd een lagere prioriteit gegeven. Deze programma's zijn tot op heden nog niet gecodeerd.

Het codeerproces zelf leidde tot exclusie van twee programma's. Agressieregulatie op maat Ambulant werd uitgesloten omdat er nauwelijks verschil ten opzichte van "Agressieregulatie op maat" leek te zijn op basis van de zeer beperkte informatie die wij voor dit programma konden vinden. Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB) werd tevens uitgesloten,

omdat er eigenlijk te weinig informatie beschikbaar was om dit inhoudelijk goed te kunnen coderen en er hierbij ook meer sprake leek te zijn van een methodische aanpak dan een programma.

Tabel 12 *Effectief genoemde programma's*

Programma		Codering
Agressieregulatie op maat	(Hoogsteder, 2007)	Ja
Agressieregulatie op maat Ambulant	(Hoogsteder, 2009)	Nee, exclusie
Alles Kidzzz	(Kruuk & Hüdepohl, 2007)	Ja
Big Brothers Big Sisters of America	(Big Brothers/Big Sisters of America, 1988)	Ja
EQUIP	(Gibbs, Potter, & Goldstein, 1995)	Ja
FAST Track	(Conduct Problems Prevention Research Group, 1992)	Nog niet
Functional Family Therapy	(Sexton & Alexander, 2004)	Ja
Helping the noncompliant child	(McMahon & Forehand, 2003)	Nog niet
In control!	(Stichting Jeugdzorg St. Joseph/J.J.I. Het Keerpunt & Montfoort, 2009a)	Ja
Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag	(Sterkenburg & Schuengel, 2008)	Nog niet
Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling – Erger Voorkomen	(Berger, Bierling, Van Dam, & Wijgergangs, 2006)	Ja
Metropolitan Area Child Study	(Tolan & McKay, 1996)	Nog niet
Minder Boos en Opstandig	(Van de Wiel, Hoppe, et al., 2003a)	Ja
Montreal Prevention Program	(Tremblay, Pagani-Kurtz, Mâsse, Vitaro, & Pihl, 1995)	Nog niet
Multidimensional Family Therapy	(Liddle, 2002)	Ja
Multidimensional Treatment Foster Care	(Fisher & Chamberlain, 2000)	Ja
Multisystemic Therapy	(Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2009)	Ja
Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma	(Barkley, 1998)	Ja
Ouders van tegendraadse jeugd: oudertraining	(Van Veluw et al., 2011)	Ja
Parent Management Training Oregon	(Forgatch, 1994)	Ja
Parent-Child Interaction Therapy	(Eyberg & Members of the child study laboratory, 1999)	Ja
Praten met kinderen	(Van As & Janssens, 2011)	Ja
Prenatal and infancy home visitation by nurses	(Olds, Kitzman, Cole, & Robinson, 1997)	Nog niet
Problem-solving skills training	(Kazdin, 2003)	Nog niet
Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma	(Kok, Menkehorst, Naayer, & Zandberg, 1991)	Nee, exclusie
Samen Stevig Staan	(Van 't Hof et al., 2014)	Ja
Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag	(Haspels, Teunissen, Egas Reparaz, Van Leeuwen, & Verdonk, 2009)	Ja

Vervolg Tabel 12

Programma		Codering
STOP4-7	(De Mey, Messiaen, Van Hulle, Merlevede, & Winters, 2005)	Ja
The Incredible Years – child training	(Webster-Stratton & Reid, 2004)	Nog niet
The Incredible Years – parent training	(Webster-Stratton, 2001)	Ja
The Incredible Years – teacher training	(Webster-Stratton, 2006)	Nog niet
The Quantum Opportunities Program	(Schirm, Stuart, & McKie, 2006)	Nog niet
Time-out with signal seat	(Hamilton & MacQuiddy, 1984)	Nog niet
Training Agressie Controle	(Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998)	Ja
Triple P – Niveau 4 en 5	(Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003)	Ja
Vaardigheden Voor Ouders	(Ambulatorium Ottho Gerhard Heldring, n.d.-c)	Ja
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline	(Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2008)	Ja
Zelfcontrole	(Van Manen, 2001)	Nog niet

2.3.2 Het codeerschema

Door de verschillende consortia werd aan een gezamenlijke lijst van contextuele kenmerken, structuurkenmerken en technieken gewerkt, die gebruikt kon worden als een codeersysteem om de kenmerken van de interventies in kaart te brengen. Deze gezamenlijke lijst werd hoofdzakelijk geïnspireerd door het werk van Chorpita en Daleiden (2009), Evenboer en collega's (2012) en Michie en collega's (2013). Omdat er binnen het traject vooral gezocht werd naar werkzame elementen die specifiek van aard zijn (zie paragraaf 1.2.1) en er in de literatuur (paragraaf 1.2.2) tevens reeds enige aanwijzingen gevonden werden voor elementen die van belang zouden kunnen blijken voor externaliserend gedrag, werd de gezamenlijke lijst door ons aangepast. De aanpassingen werden voornamelijk gemaakt op basis van S. L. A. de Vries en collega's (2015), Garland en collega's (2008), Lee en collega's (2014), Lindsey en collega's (2014), en Kaminski en collega's (2008), aangevuld door experts binnen het consortium. Als er andere relevante elementen uit de survey naar voren waren gekomen, waren deze tevens meegenomen.

In Tabel 13 zijn de variabelen uit het codeerschema gedeeltelijk weergegeven. Naast de variabelen/categorieën die in deze tabel zijn weergegeven, bestond de *coding manual* uit variabelen die betrekking hadden op een algemene omschrijving van het programma (zoals naam en interventiecluster) en definities van alle begrippen en afkortingen. Een gedeelte van deze lijst met definities is tevens in dit rapport opgenomen als Bijlage 3. De volgorde en indeling binnen de coding manual waren enigszins pragmatisch. Variabelen konden bijvoorbeeld onder een aantal categorieën vallen, maar werden onder de categorie ondergebracht die als eerste genoemd stond of het meest logisch zou zijn voor de codeerders.

Tabel 13 *Het codeerschema*

Contextuele kenmerken	
<i>Algemene kenmerken, doelgroepkenmerken, bewijskracht/onderzoek en kosten^a</i>	
Structuurkenmerken	
<i>Interventiekenmerken</i>	
Aantal sessies	
Duur sessies	
Lengte programma	
Frequentie	
Dosering	
Sequentie	
Samenhang	
Vorm	
<i>Therapeutkenmerken</i>	
Vooropleiding	
Training	
Hoeveelheid intervisie en supervisie	
Blijvende supervisie	
<i>Vormgeving interventie</i>	
24/7 access	
Accessibility promotion	
Ancillary services	
Case management	
Child development knowledge and care	
Educational support	
Family therapy	
Provider plays multiple roles	
Psychoeducational-child	
Psychoeducational-parent	
<i>Program delivery</i>	
Curriculum or manual	
Homework	
Peer pairing	
Providing materials	
Rehearsal, role-playing, or practice	A. Role-playing with the trainer or peer B. Parent practicing skills with the parent's own child
<i>Treatment fidelity</i>	
Provider fidelity	- Checklists - Intervisie - Supervisie - Video-opnamen

Vervolg Tabel 13

Technieken

Technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf

Differential reinforcement	<ul style="list-style-type: none">- Ignore- Monitoring and supervision practices- Natural and logical consequences- Praise- Response cost- Tangible rewards- Time out
Self-reward/self-praise	
Therapist praise/rewards	

Technieken gericht op het versterken van vaardigheden

Anger management	
Affect education	
Assertiveness training	
Communication skills	<ul style="list-style-type: none">- Emotional communication- Disciplinary communication- Consistent responding or generalization
Parent coping	
Problem solving/social problem solving	
Promoting children's social skills or prosocial behavior	
Promoting children's cognitive or academic skills	
Social skills training	
Talent or skill building	

Technieken gericht op cognities

Cognitive	<ul style="list-style-type: none">- Attributions about child misbehaviors
Guided imagery	
Insight building	

Technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen

Behavioral contracting
Feedback on behavior
Goal setting
Monitoring
Reviewing goals and progress
Self-monitoring
Maintenance/Relapse prevention

Overige technieken

Action planning
Civic responsibility
Commands
Modeling
Physical exercise
Positive interactions with child
Recreation activities
Relaxation
Responsiveness, sensitivity, and nurturing
Stimulus control or antecedent management
Victim impact or material/emotional restitution

Engagement practice elements

Assessment of treatment barriers
Cultural acknowledgement
Relationship/rapport building
Support networking
Therapist reinforcement

Andere elementen

^a = Verdere uitsplitsing is opvraagbaar bij de auteurs

2.3.3 Procedure coderen van programma's

Alle programma's werden in een Excel-bestand door student-/onderzoeksassistenten gecodeerd aan de hand van het codeerschema (paragraaf 2.3.2). In totaal waren er drie assistentes betrokken bij deze codering: Maud Hemink, Tessa Kaufman en Nagila Koster. Bij de codering maakten zij gebruik van de beschikbare manuscripten: in sommige gevallen was er een programmahandleiding beschikbaar, maar in de meeste gevallen werden onderzoeksartikelen en – indien aanwezig – de uitgebreide beschrijvingen uit de DEI gebruikt. Het pakketje onderzoeksartikelen bestond bij internationale programma's in ieder geval uit een goed internationaal paper, een door (een) Nederlandse onderzoeker(s) geschreven artikel en een recent paper. Daar waar mogelijk werd dit aangevuld met bijvoorbeeld een meta-analyse, beschrijving van het programma of kosteneffectiviteitspaper. Daarnaast zochten de assistentes op de websites van het betreffende programma en het NJi naar informatie. In de mails die verstuurd werden in het kader van het kennisoverzicht, werd bovendien ook gevraagd naar inhoudelijke informatie, wat voor een aantal interventies nieuwe, bruikbare informatie opleverde.

Omdat het – gezien de beperkte tijd – niet mogelijk was om programma's binnen het consortium dubbel te coderen, werd de kwaliteit van de codering ten minste drie andere manieren bewaakt. Ten eerste maakten de assistentes onderling gebruik van een dropbox en overlegden zij onderling, zodat zij onderling wisten welke keuzes zij maakten. Ten tweede werd er aan een aantal inhoudelijke "kenners" van programma's – die veelal bij het maken van het kennisoverzicht naar voren waren gekomen – gevraagd of zij eventueel ook bereid zouden zijn om antwoord te geven op vragen en/of of twijfelgevallen aan hen voorgelegd mochten worden. Bij iets meer dan een derde van de programma's kon er een inhoudelijke kenner worden geraadpleegd. Ten derde werden de coding manuals van ons consortium en het ADHD-consortium gedeeltelijk op elkaar afgestemd. Omdat een deel van programma's tevens overlaptten, gaf dit toch de mogelijkheid om een aantal variabelen dubbel te coderen. Drie programma's die door het ADHD-consortium werden gecodeerd, werden tevens onafhankelijk door ons gecodeerd. Vergelijking van variabelen die min of meer hetzelfde zouden moeten meten wees uit dat de codering van deze variabelen door de twee consortia voor twee programma's voor 85-90% overeenkwam en voor het derde programma voor meer dan 90%. De verschillen zijn vervolgens binnen ons consortium bekeken en gedeeltelijk aangepast. Verschillen konden daarbij ook voortkomen uit (schijnbare) verschillen in gehanteerde definities.

3. Werkzame elementen

3.1 Contextuele kenmerken

In deze paragraaf worden contextuele kenmerken van de gecodeerde, effectief genoemde interventies beschreven. Zoals in paragraaf 1.2.1 reeds is aangegeven, zijn deze kenmerken vooral beschrijvend en wordt er niet zozeer verwacht dat deze kenmerken op zichzelf als werkzame elementen gezien kunnen worden. Omdat kosten en kosteneffectiviteit van programma's het onderwerp is van Hoofdstuk 4, worden deze kenmerken niet bij de contextuele kenmerken in Hoofdstuk 3 genoemd.

3.1.1 Algemene contextuele kenmerken

De gecodeerde interventies konden het beste omschreven worden als (behavioral) parent training/opvoedondersteuning (37,5%), cognitieve gedragstherapie bij kinderen of jongeren (20,8%), een combinatie daarvan (16,7%) of een multisysteeminterventie (12,5%). Binnen de cognitieve gedragstherapieën bleek het daarbij vooral te gaan om (combinaties van) trainingen van sociale vaardigheden, moreel redeneren en woedebeheersing/agressieregulatie. Ongeveer de helft van de gecodeerde programma's (54,2%) betrof multimodale interventies³, terwijl één programma zowel multimodaal als los aangeboden kan worden. De feitelijke deelnemers aan de interventie waren in een derde van de programma's de ouders. Even vaak betrof het een *andere* combinatie van betrokkenen dan alleen ouder en kind of het gehele gezin; die laatste twee werden in 20,8% van de programma's (alleen) betrokken.

Overeenkomstig met de selectieprocedure (zie paragraaf 2.2.4), werden de programma's vooral als geïndiceerde preventie en behandeling aangeboden (12,5% geïndiceerd; 37,5% behandeling; 29,2% beiden). De overige programma's besloegen een brede range van universele/selectieve preventie tot behandeling (12,5%) of enkel selectieve preventie (8,3%). Het doelgedrag betrof in de meeste gevallen (70,8%) agressie en opstandig gedrag, gevolgd door delinquentie/regelovertrekend gedrag (16,7%) en de combinatie daarvan (8,3%). Ten aanzien van één programma werd aangegeven dat het programma zich niet op specifiek gedrag richt. Voor alle programma's – met uitzondering van het laatstgenoemde programma – werden ook (verschillende) nevendoelelen genoemd. Het ging daarbij voornamelijk om opvoeding, sociale vaardigheden en ouderlijk welzijn/empowerment.

3.1.2 Kenmerken van de doelgroep

De gecodeerde programma's bleken zich op een brede range van leeftijden te richten (*Range* = 0-23 jaar). Hierbij richtte 37,5% van de programma's zich op kinderen tot 12 jaar, terwijl 33,3% van de programma's zich (hoofdzakelijk) op oudere jeugd richtte en de overige programma's (29,2%) zich op beide doelgroepen richtten. Driekwart van de programma's was voor een specifieke doelgroep bedoeld of had een variant voor een specifieke doelgroep. Veelgenoemde specifieke doelgroepen betroffen jeugdigen met een LVB en jeugdigen in een JJI.

³ Meerdere, elkaar aanvullende interventies/componenten gericht op verschillende contexten (bijvoorbeeld individu, gezin en school)

3.1.3 Bewijskracht/onderzoek

De gecodeerde programma's betroffen programma's die in de DEI opgenomen zijn als theoretisch goed onderbouwd (58,3%)⁴, effectief volgens eerste aanwijzingen (4,2%), effectief volgens goede aanwijzingen (20,8%) en effectief volgens sterke aanwijzingen (12,5%). Eén programma was (nog) niet in de DEI opgenomen. Voor de verschillende programma's werd een inschatting gemaakt van het aantal studies dat er naar het effect van het programma werd uitgevoerd. Deze inschatting is terug te vinden in Tabel 14. Hierbij werd voor twee programma's op basis van de beschikbare kennis ingeschat dat er – ondanks het feit dat zij min of meer effectief genoemd werden in de geraadpleegde overzichten – geen studies van welk type onderzoek dan ook waren. Voor acht programma's werd aangegeven dat er meer dan 10 Randomized Controlled Trials (RCT's) zijn uitgevoerd.

Voor de meeste programma's (83,3%) werd (in de beschikbare studies) doorgaans de effectiviteit van het programma aangetoond. Voor de overige programma's werd de effectiviteit niet aangetoond: er was geen effectiviteitsonderzoek verricht, er werd geen significant verschil tussen groepen gevonden of er trad geen significante verbetering op. Voor twee derde van de gecodeerd programma's kon er ook iets over de effectgroottes worden gezegd. De effectgroottes varieerden zowel binnen als tussen programma's, waarbij voor vijf programma's alleen effectgroottes kleiner dan .30 (Cohen's *d*) werden gevonden en er bij drie programma's alleen effectgroottes tussen de .50 en .80 en/of groter dan .80 werden genoteerd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de effectgrootte alleen werd genoteerd wanneer de effectiviteit van het programma ook aangetoond was. Voor acht programma's werd er geen effectgrootte gevonden of gezocht.

Tabel 14 *Aantal studies per type onderzoek: % programma's voor verschillende aantallen*

Type onderzoek	Geen studies	1 studie	2 t/m 5 studies	6 t/m 10 studies	Meer dan 10 studies
RCT_actief	41,7%	8,3%	16,7%	-	33,3%
RCT_wacht	58,3%	8,3%	20,8%	-	12,5%
RCT_medicatie	95,8%	-	-	-	4,2%
Quasi_exp	45,8%	16,7%	20,8%	8,3%	8,3%
Verandering	45,8%	12,5%	16,7%	-	25,0%
Case-studies	75,0%	8,3%	12,5%	-	4,2%

Opmerkingen. RCT_actief = Randomized Controlled Trials (RCT's) met actieve controlegroep; RCT_wacht = RCT's met wachtlijst/niet-behandelde conditie; RCT_medicatie = RCT's met medicatie als controlegroep; Quasi_exp = Quasi-experimentele studies; Verandering = Veranderingsonderzoek (pre- en postmeting zonder controlegroep); Case-studies = *N* = 1-studies.

Het bewijs voor effectiviteit bij cliënten met een lage Sociale Economische Status (SES) of uit een etnische minderheid was voor veel programma's (enigszins) onduidelijk. Bij het coderen werd voor ieder programma apart voor lage SES-groepen en etnische minderheden aangegeven of er bewijs voor de effectiviteit bij deze groepen was: wel bewijs, enig bewijs of geen bewijs. Onder *enig bewijs* werd daarbij verstaan dat uit de onderzoeksliteratuur bleek dat het programma weliswaar effectief was maar met relatief lage effectgroottes of effectief werd toegepast bij een sample waarin zich personen met een lage SES bevonden, maar het onduidelijk was of het programma voor hen ook

⁴ Zoals in in paragraaf 2.3.1 te lezen is, werden deze programma's op basis van één van de in paragraaf 2.2 genoemde werkwijzen (anders dan de DEI) opgenomen in de lijst met te coderen programma's; theoretische onderbouwing op zich was onvoldoende reden voor inclusie.

effectief was. Met betrekking tot lage SES werd voor 41,7% van de programma's *geen* bewijs voor effectiviteit bij lage SES-groepen aangetroffen, was er bij iets minder dan de helft van de programma's sprake van *enig* (indirect) bewijs en kon er voor 12,5% van de programma's worden aangegeven dat er *bewijs* voor effectiviteit bij lage SES-groepen was. Wat etnische minderheden betreft, was er voor 25,0% van de programma's helemaal *geen* bewijs voor effectiviteit bij etnische minderheden, iets meer dan de helft van de programma's *enig* (indirect) bewijs en voor 20,8% van de programma's *bewijs*.

Omdat de sterkte van het bewijs van effectiviteit deels ook samenhangt met de grootte van de onderzochte groepen en de termijn waarop de effecten (nog) aangetoond kunnen worden, probeerden wij ook een overzicht te maken van de steekproefgroottes en follow-up termijnen. De steekproefgroottes staan weergegeven in Tabel 15. De termijn waarop de interventie effectief is gebleken, verschilde tussen studies (waarbij één programma nooit effectief was gebleken en er met betrekking tot één programma onvoldoende informatie kon worden gevonden). Bij 20,8% van de programma's werd er alleen effectiviteit direct na interventie aangetoond, terwijl er bij minder dan een derde van de programma's nog sprake was van effectiviteit bij een korte follow-up periode (16,7% 6 maanden en 12,5% 12 maanden). Bij 41,6% van de programma's werden er ook effecten op langere termijn gevonden: 1 tot 5 jaar (25,0%), 5 tot 10 jaar (12,5%) of meer dan 10 jaar (4,2%).

Tabel 15 Aantal studies per steekproefgrootte: % programma's voor aantallen studies

Steekproefgrootte	Geen studies	1 studie	2 t/m 5 studies	6 t/m 10 studies	Meer dan 10 studies
Kleine <i>N</i>	29,2%	25,0%	20,8%	12,5%	12,5%
Medium <i>N</i>	41,7%	16,7%	20,8%	4,2%	16,7%
Grote <i>N</i>	29,2%	20,8%	25,0%	8,3%	16,7%

Opmerkingen. Kleine *N* = *N* is kleiner dan 35 in de interventiegroep en/of controlegroep⁵; Medium *N* = *N* = 35-50 voor zowel de interventie- als de controlegroep; Grote *N* = *N* > 50 voor zowel de interventie- als controlegroep⁶.

3.2 Structuurkenmerken

3.2.1 Interventiekenmerken

Ruim 40% van de gecodeerde programma's betrof individuele programma's, terwijl bijna 30% groepstrainingen betrof. De overige programma's werden op verschillende manieren (bijvoorbeeld zowel als groepstraining als individuele training) aangeboden: binnen een cliënt(system) of verschillend tussen cliënt(system)en. Het programma kende meestal (70,8%) een vaste volgorde. Het aantal sessies, varieerde echter sterk tussen én binnen programma's. Zo worden een aantal programma's verlengd op het moment dat er sprake is van zware problematiek. Grofweg had een kwart van de programma's (gemiddeld) minder dan 10 sessies (met zes sessies als minimum), een kwart tussen de 10 en 20 sessies, iets minder dan een kwart 20 tot en met 23 sessies⁷, iets minder dan een kwart 30 tot 36 sessies en er was één uitschieter met gemiddeld 68 sessies. Het gemiddelde aantal sessies (voor alle gecodeerde programma's) lag daarmee rond de 20 sessies.

⁵ Overeenkomstig Coyne & Kwakkenbos (2013)

⁶ Dit is een pragmatisch gekozen grens: een dergelijke steekproefgrootte zou bijvoorbeeld niet groot genoemd kunnen worden als de effecten ook op subgroepniveau geanalyseerd worden.

⁷ Er waren geen programma's met 24 tot en met 29 sessies.

De duur van de sessies varieerde tevens zowel tussen als binnen programma's. Binnen een programma, worden er bijvoorbeeld verschillende lengtes voor ouder- en kindsessies gehanteerd of kan de lengte van een sessie sowieso variëren. Bij grofweg een derde van de programma's duurden de sessies gemiddeld niet langer dan een uur (met een minimum van 45 minuten), bij zo'n 40% van de programma's duurden de sessies langer dan een uur maar maximaal 1,5 uur en bij de overige programma's duren de sessies gemiddeld twee uur of langer (met een maximum van gemiddeld bijna 5 uur per sessie). De gemiddelde lengte van een sessie (voor alle gecodeerde programma's) lag daarbij zo rond de 100 minuten.

Ook voor de lengte van de programma's gold dat er zowel variatie tussen als binnen programma's gevonden werd. De minimale lengte leek daarbij op zes weken te liggen, terwijl de maximale lengte op zo'n anderhalf jaar lag. Bij ongeveer driekwart van de programma's lag de lengte van het programma daarbij ergens tussen de zeven weken en de zeven maanden. Bij zo'n 17% van de programma's was de duur van het programma langer dan zeven maanden.

3.2.2 Therapeutkenmerken

De vooropleiding van therapeuten varieerde zowel tussen als binnen programma's. Voor een kwart van de programma's kon vastgesteld worden dat er minimaal een academische opleiding afgerond was. Ook de training die de therapeuten in het specifieke programma kregen, varieerde sterk binnen en tussen programma's. Voor veel programma's was er een training/workshop die enkele dagen duurt. Andere programma's kenden bijvoorbeeld een 2-uur durende training was of stelden geen specifieke eisen aan de therapeuten. Voor enkele programma's werden zeer langdurige opleidingen genoemd, waarbij uit onderzoeksartikelen tevens bleek dat therapeuten al voor het afronden van deze (gehele) opleiding binnen het programma ingezet werden.

Voor ruim driekwart van de interventies kon er enige vorm van intervisie of supervisie worden teruggevonden in op zijn minst een gedeelte van de bekeken documenten. In bijna 60% van de programma's leek de supervisie ook blijvend te zijn; dus ook bijvoorbeeld na certificering voor het betreffende programma.

Tabel 16 *Vormgeving van programma's*

Vormgeving	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
24/7 access	8,3%	91,7%
Accessibility promotion	16,7%	83,3%
Ancillary services	12,5%	87,5%
Case management	41,7%	58,3%
Child development knowledge and care	66,7%	33,3%
Educational support	29,2%	70,8%
Family therapy	45,8%	54,2%
Provider plays multiple roles	58,3%	41,7%
Psychoeducatie - kind	45,8%	54,2%
Psychoeducatie - ouder	70,8%	29,2%

3.2.3 Vormgeving interventie

In Tabel 16 wordt een overzicht gegeven van enkele kenmerken ten aanzien van de vormgeving van de programma's. Een aantal onderdelen werd relatief weinig gebruikt: *24/7 access*, *accessibility promotion* en *ancillary services*. Het meest gebruikte onderdeel was psychoeducatie aan ouders (in 70,8% van de gecodeerde programma's).

3.2.4 Program delivery

Bijna alle programma's (95,8%) werkten met een programmahandleiding en in de meeste gevallen (83,3%) kregen ouders of kinderen enige vorm van huiswerk. Meestal (87,5%) werd er ook enig materiaal (zoals een boek of aantekeningen) aan cliënten verstrekt. In enkele gevallen (12,8%) werd er gebruikgemaakt van *peer pairing*, om ervoor te zorgen dat bijvoorbeeld ouders informatie met elkaar deelden en elkaar hielpen.

Bij bijna alle programma's (95,8%) werd er geoefend tijdens de sessies. In de meeste programma's (83,3%) gebeurde dit door middel van rollenspelen. In een derde van de programma's oefenden ouders ook tijdens de sessies met hun kind.

3.2.5 Treatment fidelity

Driekwart van de programma's gebruikten strategieën om de programma-integriteit gedurende de interventie te bewaken. Bij bijna 30% van de programma's werden er (na iedere sessie) checklists ingevuld om aan te geven of alle activiteiten uitgevoerd werden. Zoals eerder aangegeven was er bij veel programma's sprake van enige vorm van intervisie of supervisie: bij 58,3% van de programma's was er sprake van intervisie, terwijl bij 70,8% van de programma's sprake was van supervisie. Bij 41,7% van de programma's werd gebruik gemaakt van video-/audio-opnames om de programma-integriteit te kunnen monitoren. Bovendien werd voor een programma aangegeven dat de uitvoerende instelling, met het oog op de programma-integriteit, meewerkt aan observaties door externe opleiders.

Tabel 17 *Technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Differential reinforcement	83,3%	16,7%
- Ignore	54,2%	45,8%
- Monitoring and supervision practices	62,5%	37,5%
- Natural and logical consequences	58,3%	41,7%
- Praise	70,8%	29,2%
- Response cost	50,0%	50,0%
- Tangible rewards	58,3%	41,7%
- Time out	75,0%	25,0%
Self-reward/self-praise	45,8%	54,2%
Therapist praise/rewards	83,3%	16,7%

Opmerking. Technieken die in relatief veel programma's gebruikt werden, zijn **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

3.3 Technieken

3.3.1 Technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf

In Tabel 17 wordt een overzicht gegeven van technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf binnen de gecodeerde programma's. Hierbij viel het met name op dat *differential reinforcement* (en in het bijzonder *time out*) en *therapist praise/rewards* relatief vaak gebruikt werden.

3.3.2 Technieken gericht op het versterken van vaardigheden

In Tabel 18 wordt een overzicht gegeven van het gebruik van technieken gericht op het versterken van vaardigheden binnen de gecodeerde programma's. Hierbij kwam *communication skills* als de meest gebruikte techniek naar voren, met als meer specifieke techniek *emotional communication*. Ook *affect education*, *problem solving/social problem solving* en *promoting children's social skills or prosocial behavior* werden relatief vaak gebruikt binnen de effectief genoemde programma's.

Tabel 18 Technieken gericht op het versterken van vaardigheden

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Anger management	58,3%	41,7%
Affect education	75,0%	25,0%
Assertiveness training	58,3%	41,7%
Communication skills	91,7%	8,3%
- Emotional communication	75,0%	25,0%
- Disciplinary communication	66,7%	33,3%
- Consistent responding or generalization	62,5%	37,5%
Parent coping	62,5%	37,5%
Problem solving/social problem solving	83,3%	16,7%
Promoting children's social skills or prosocial behavior	75,0%	25,0%
Promoting children's cognitive or academic skills	54,2%	45,8%
Social skills training	62,5%	37,5%
Talent or skill building	62,5%	37,5%

Opmerking. Technieken die in relatief veel programma's gebruikt werden, zijn **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

3.3.3 Technieken gericht op cognities

Qua technieken gericht op cognities werd met name *insight building* relatief vaak gebruikt (zie Tabel 19).

Tabel 19 *Technieken gericht op cognities*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Cognitive	70,8%	29,2%
- Attributions about child misbehaviors	50,0%	50,0%
Guided imagery	29,2%	70,8%
Insight building	79,2%	20,8%

Opmerking. Technieken die in relatief veel programma's gebruikt werden, zijn **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

3.3.4 Technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen

Binnen de technieken gericht op het behalen en monitoren zagen we dat relatief veel technieken veelvuldig gebruikt werden binnen de effectief genoemde programma's (zie Tabel 20). Het meest gebruikt werd *feedback on behavior*. *Goal setting*, *reviewing goals and progress* en *Maintenance/relapse prevention* werden echter ook relatief vaak gebruikt: in driekwart van de gecodeerde programma's.

Tabel 20 *Technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Behavioral contracting	45,8%	54,2%
Feedback on behavior	91,7%	8,3%
Goal setting	75,0%	25,0%
Monitoring	70,8%	29,2%
Reviewing goals and progress	75,0%	25,0%
Self-monitoring	41,7%	58,3%
Maintenance/Relapse prevention	75,0%	25,0%

Opmerking. Technieken die in relatief veel programma's gebruikt werden, zijn **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

3.3.5 Overige technieken

Bij de overige technieken (zie Tabel 21) zagen we zowel technieken die relatief vaak gebruikt werden als technieken die relatief weinig gebruikt werden terug. Relatief vaak gebruikt werden *positive interactions with the child* en *modeling*. *Civic responsibility*, *victim impact or material/emotional restitution*, *physical exercise* en *relaxation* werden juist relatief weinig binnen deze programma's gebruikt.

Tabel 21 *Overige technieken*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Action planning	66,7%	33,3%
Civic responsibility	8,3%	91,7%
Commands	70,8%	29,2%
Modeling	83,3%	16,7%
Physical exercise	16,7%	83,3%
Positive interactions with child	87,5%	12,5%
Recreation activities	45,8%	54,2%
Relaxation	25,0%	75,0%
Responsiveness, sensitivity, and nurturing	70,8%	29,2%
Stimulus control or antecedent management	70,8%	29,2%
Victim impact or material/emotional restitution	8,3%	91,7%

Opmerking. Technieken die in relatief veel programma's gebruikt werden, zijn **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

3.3.6 Engagement practice elements

Ten slotte viel met betrekking tot technieken gericht op het vergroten van de betrokkenheid van cliënten op dat met name *therapist reinforcement* relatief vaak binnen deze programma's gebruikt werd (zie Tabel 22).

Tabel 22 *Engagement practice elements*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Assessment of treatment barriers	50,0%	50,0%
Cultural acknowledgement	29,2%	70,8%
Relationship/rapport building	62,5%	37,5%
Support networking	58,3%	41,7%
Therapist reinforcement	79,2%	20,8%

Opmerking. Technieken die in relatief veel programma's gebruikt werden, zijn **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

3.4 Andere elementen

Tijdens het codeerproces werden tevens een aantal "elementen" aangetroffen die niet goed in het codeerschema geplaatst konden worden. Deze werden genoteerd en worden hieronder beschreven.

Een aantal elementen leken te maken te hebben met de manier waarop de stof wordt overgebracht: video-modeling, groepsdiscussies en werken met veel visueel materiaal. Daarbij werden ook juist cliënt-gerelateerde factoren genoemd die therapeuten benutten tijdens hun behandeling: analyse van de structuur van communicatie/familie-interacties (in plaats van de inhoud)

en het gebruik van videomateriaal dat in de thuissituatie is verzameld om ouders meer inzicht te geven.

Daarnaast werden er elementen genoemd die meer met de wijze waarop cliënten bejegend worden te maken hebben: een respectvolle bejegening en een nadruk op competenties en mogelijkheden. Hierbij werd in een enkel geval ook geduid op de timing van elementen: de therapeutische alliantie is het nadrukkelijke doel van de eerste fase van de therapie. Verder werd “een gedragsmatige en gestructureerde behandeling, die echter tegelijkertijd ook open en flexibel is” als werkzaam element genoemd, waarmee met name op een flexibele benadering leek te worden geduid.

Ook had men het idee dat de focus of theoretische oriëntatie van het programma niet altijd even duidelijk naar voren was gekomen in de codering: bijvoorbeeld een sterke focus op attachment, sociale informatieverwerking of *positive peer culture*.

Ten slotte viel op dat er relatief veel over de programma-integriteit werd opgemerkt. Er werd bijvoorbeeld aangegeven dat ook cliënten zelf hierop objectieve feedback gaven, dat er een gestructureerde wijze van kwaliteitsbewaking was of dat er sprake was van visitatie, bijscholing, herbeoordeling, een proeve van bekwaamheid of een intervisienetwerk. Dat hierover relatief veel werd genoemd, zou echter ook het gevolg kunnen zijn van een volgorde-effect: in het codeerschema volgde de ruimte om andere elementen te noteren op de variabelen die betrekking hadden op de programma-integriteit.

3.5 Verschillen bij verschillende leeftijden?

Omdat het type interventie voor kinderen onder de 12 jaar doorgaans verschilt van het type interventie voor jongeren (zie paragraaf 1.1.2 en Tabel 23), hebben wij tevens gekeken naar eventuele verschillen in vormgeving en technieken voor programma's die gebruikt worden bij verschillende leeftijdscategorieën. Zoals reeds uit paragraaf 3.1.2 af te leiden was, ging het bij de 24 gecodeerde programma's in totaal om negen programma's die tot en met 12 jaar gebruikt werden, acht programma's die vanaf (ongeveer) 12 jaar gebruikt werden en zeven programma's die zowel voor kinderen als jongeren gebruikt werden.

Tabel 23 *Verdeling leeftijd over de grootste vier interventieclusters*

Interventiecluster	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide	Totaal
(Behavioral) parent training/ opvoedingsondersteuning	6	1	2	9
Cognitieve gedragstherapie bij kinderen/jongeren	1	3	1	5
Combinatie van voorgaande interventieclusters	2	1	1	4
Multisysteeminterventie	0	2	1	3
Totaal	9	7	5	21

In Tabel 24 zijn de verdelingen voor de vormgeving van programma's te zien. Hierbij viel met name op dat er minder gebruik werd gemaakt van *accessibility promotion* als er ook jongeren aan het programma deelnemen en dat er juist relatief weinig gebruik wordt gemaakt van bijvoorbeeld case management en psychoeducatie aan kinderen als de interventie gericht is op kinderen tot en met 12 jaar.

Tabel 24 *Vormgeving van programma's voor verschillende leeftijden*

Vormgeving	Onderdeel van het programma			Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)		
	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide
24/7 access	0,0%	12,5%	24,3%	100,0%	87,5%	85,7%
Accessibility promotion	33,3%	0,0%	14,3%	66,7%	100,0%	85,7%
Ancillary services	11,1%	25,0%	0,0%	88,9%	75,0%	100,0%
Case management	22,2%	62,5%	42,9%	77,8%	37,5%	57,1%
Child development knowledge and care	77,8%	75,0%	42,9%	22,2%	25,0%	57,1%
Educational support	22,2%	37,5%	28,6%	77,8%	62,5%	71,4%
Family therapy	44,4%	62,5%	28,6%	55,6%	37,5%	71,4%
Provider plays multiple roles	55,6%	62,5%	57,1%	44,4%	37,5%	42,9%
Psychoeducatie - kind	22,2%	62,5%	57,1%	77,8%	37,5%	42,9%
Psychoeducatie - ouder	88,9%	75,0%	42,9%	11,1%	25,0%	57,1%

Opmerking. In de kolommen "Onderdeel van het programma" zijn per leeftijdscategorie de onderdelen die in relatief veel programma's voor de betreffende leeftijdscategorie gebruikt werden **dikgedrukt**, terwijl onderdelen die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

Wat technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf betreft, leken er met name verschillen in het gebruik van specifieke technieken die deel uitmaken van differential reinforcement te bestaan (zie Tabel 25): met name *praise* en *time out*, maar ook *ignore* lijken bij kinderen onder de 12 jaar vaker gebruikt te worden dan bij jongeren boven de 12 jaar. Daarnaast leek self-reward/self-praise juist relatief vaak in te worden gezet als het programma alleen op jongeren gericht was.

Tabel 25 *Technieken gebaseerd op beloning en straf voor verschillende leeftijden*

Techniek	Onderdeel van het programma			Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)		
	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide
Differential reinforcement	88,9%	75,0%	85,7%	11,1%	25,0%	14,3%
- Ignore	66,7%	37,5%	57,1%	33,3%	62,5%	42,9%
- Monitoring and supervision practices	46,7%	26,7%	26,7%	22,2%	50,0%	42,9%
- Natural and logical consequences	66,7%	50,0%	57,1%	33,3%	50,0%	42,9%
- Praise	88,9%	50,0%	71,4%	11,1%	50,0%	28,6%
- Response cost	55,6%	37,5%	57,1%	44,4%	62,5%	42,9%
- Tangible rewards	55,6%	50,0%	71,4%	44,4%	50,0%	28,6%
- Time out	88,9%	62,5%	71,4%	11,1%	37,5%	28,6%
Self-reward/self-praise	33,3%	75,0%	28,6%	66,7%	25,0%	71,4%
Therapist praise/rewards	100,0%	75,0%	71,4%	0,0%	25,0%	28,6%

Opmerking. In de kolommen "Onderdeel van het programma" zijn per leeftijdscategorie de technieken die in relatief veel programma's voor de betreffende leeftijdscategorie gebruikt werden **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

Tabel 26 *Technieken gericht op het versterken van vaardigheden voor verschillende leeftijden*

Techniek	Onderdeel van het programma			Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)		
	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide
Anger management	55,6%	75,0%	42,9%	44,4%	25,0%	57,1%
Affect education	88,9%	75,0%	57,1%	11,1%	25,0%	42,9%
Assertiveness training	66,7%	62,5%	42,9%	33,3%	37,5%	57,1%
Communication skills	88,9%	100,0%	85,7%	11,1%	0,0%	14,3%
- Emotional communication	55,6%	87,5%	85,7%	44,4%	12,5%	14,3%
- Disciplinary communication	88,9%	37,5%	71,4%	11,1%	62,5%	28,6%
- Consistent responding or generalization	88,9%	25,0%	71,4%	11,1%	75,0%	28,6%
Parent coping	77,8%	37,5%	71,4%	22,2%	62,5%	28,6%
Problem solving/social problem solving	77,8%	87,5%	85,7%	22,2%	12,5%	14,3%
Promoting children's social skills or prosocial behavior	88,9%	75,0%	57,1%	11,1%	25,0%	42,9%
Promoting children's cognitive or academic skills	33,3%	87,5%	42,9%	66,7%	12,5%	57,1%
Social skills training	55,6%	75,0%	57,1%	44,4%	25,0%	42,9%
Talent or skill building	55,6%	37,5%	14,3%	44,4%	62,5%	85,7%

Opmerking. In de kolommen "Onderdeel van het programma" zijn per leeftijdscategorie de technieken die in relatief veel programma's voor de betreffende leeftijdscategorie gebruikt werden **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

Ook met betrekking tot technieken gericht op het versterken van vaardigheden leken er enkele verschillen aanwezig te zijn (zie Tabel 26). Het meest opvallende verschil leek daarbij binnen de *communication skills* te liggen: hoewel er geen verschil voor communication skills op zich leek te zijn, leek *consistent responding or generalization* - en ook *disciplinary communication* - voornamelijk gebruikt te worden in programma's voor kinderen, terwijl met name diezelfde *consistent responding or generalization* relatief weinig gebruikt werd in programma's die alleen op jongeren gericht waren. Daarentegen leken bijvoorbeeld *promoting children's cognitive or academic skills* en *emotional communication* juist relatief vaak in programma's gericht op jongeren gebruikt te worden.

Bij de technieken gericht op cognities (zie Tabel 27) kwam vooral naar voren dat *guided imagery* nauwelijks ingezet werd bij programma's voor kinderen tot en met 12 jaar, terwijl *attributions about child misbehaviors* relatief weinig gebruikt werd in programma's voor jongeren. Al met al leken de meeste technieken gericht op cognities ingezet te worden bij programma's gericht op jongeren.

Tabel 27 *Technieken gericht op cognities voor verschillende leeftijden*

Techniek	Onderdeel van het programma			Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)		
	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide
Cognitive	66,7%	87,5%	57,1%	33,3%	12,5%	42,9%
- Attributions about child misbehaviors	66,7%	25,0%	57,1%	33,3%	75,0%	42,9%
Guided imagery	11,1%	37,5%	42,9%	88,9%	62,5%	57,1%
Insight building	77,8%	87,5%	71,4%	22,2%	12,5%	28,6%

Opmerking. In de kolommen "Onderdeel van het programma" zijn per leeftijdscategorie de technieken die in relatief veel programma's voor de betreffende leeftijdscategorie gebruikt werden **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

Qua technieken gericht op het monitoren van doelen leken er weinig eenduidige verschillen tussen de programma's voor verschillende leeftijden naar voren te komen (zie Tabel 28). Wel viel op dat monitoring relatief vaak (namelijk bij alle gecodeerde programma's) ingezet wordt bij programma's gericht op kinderen tot en met 12 jaar.

Tabel 28 *Technieken gericht op het monitoren van doelen voor verschillende leeftijden*

Techniek	Onderdeel van het programma			Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)		
	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide
Behavioral contracting	22,2%	37,5%	85,7%	77,8%	62,5%	14,3%
Feedback on behavior	100,0%	87,5%	85,7%	0,0%	12,5%	14,3%
Goal setting	77,8%	87,5%	57,1%	22,2%	12,5%	42,9%
Monitoring	100,0%	62,5%	42,9%	0,0%	37,5%	57,1%
Reviewing goals and progress	77,8%	100,0%	42,9%	22,2%	0,0%	57,1%
Self-monitoring	55,6%	37,5%	28,6%	44,4%	62,5%	71,4%
Maintenance/Relapse prevention	88,9%	87,5%	42,9%	11,1%	12,5%	57,1%

Opmerking. In de kolommen "Onderdeel van het programma" zijn per leeftijdscategorie de technieken die in relatief veel programma's voor de betreffende leeftijdscategorie gebruikt werden **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

Bij de overige technieken (zie Tabel 29) werden weer enkele technieken gevonden die vooral bij kinderen tot en met 12 jaar ingezet leken te worden: *commands* en *responsiveness, sensitivity, and nurturing*. *Relaxation* leek juist wat vaker bij programma's die zich op jongeren richten te worden ingezet dan bij programma's waarbij (ook) gericht wordt op kinderen.

Tabel 29 *Overige technieken voor verschillende leeftijden*

Techniek	Onderdeel van het programma			Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)		
	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide
Action planning	77,8%	62,5%	57,1%	22,2%	37,5%	42,9%
Civic responsibility	11,1%	12,5%	0,0%	88,9%	87,5%	100,0%
Commands	88,9%	50,0%	71,4%	11,1%	50,0%	28,6%
Modeling	77,8%	75,0%	100,0%	22,2%	25,0%	0,0%
Physical exercise	11,1%	25,0%	14,3%	88,9%	62,5%	85,7%
Positive interactions with child	100,0%	87,5%	71,4%	0,0%	12,5%	28,6%
Recreation activities	22,2%	50,0%	71,4%	77,8%	50,0%	28,6%
Relaxation	11,1%	50,0%	14,3%	88,9%	50,0%	85,7%
Responsiveness, sensitivity, and nurturing	88,9%	62,5%	57,1%	11,1%	37,5%	42,9%
Stimulus control or antecedent management	77,8%	87,5%	42,9%	22,2%	12,5%	57,1%
Victim impact or material/emotional restitution	0,0%	12,5%	12,5%	100,0%	87,5%	85,7%

Opmerking. In de kolommen "Onderdeel van het programma" zijn per leeftijdscategorie de technieken die in relatief veel programma's voor de betreffende leeftijdscategorie gebruikt werden **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

Ten slotte leken er ten aanzien van technieken om cliënten bij de behandeling te betrekken (zie Tabel 30) eigenlijk weinig eenduidige verschillen naar voren te komen.

Tabel 30 *Engagement practices voor verschillende leeftijden*

Techniek	Onderdeel van het programma			Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)		
	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide	t/m 12 jaar	> 12 jaar	beide
Assessment of treatment barriers	44,4%	62,5%	42,9%	55,6%	37,5%	57,1%
Cultural acknowledgement	33,3%	37,5%	14,3%	55,6%	62,5%	85,7%
Relationship/rapport building	77,8%	62,5%	42,9%	22,2%	37,5%	57,1%
Support networking	44,4%	62,5%	71,4%	55,6%	37,5%	28,6%
Therapist reinforcement	88,9%	75,0%	71,4%	11,1%	25,0%	28,6%

Opmerking. In de kolommen "Onderdeel van het programma" zijn per leeftijdscategorie de technieken die in relatief veel programma's voor de betreffende leeftijdscategorie gebruikt werden **dikgedrukt**, terwijl technieken die in relatief weinig programma's gebruikt werden grijs zijn gemaakt.

3.6 Werkzame elementen

Hoewel informatief, betrof het voorgaande eigenlijk vooral een overzicht van veelvoorkomende factoren in – effectief *genoemde* – programma's. Zoals eerder aangegeven, betekent dit echter niet dat deze programma's ook allemaal effectief *zijn* en dat er ook voldoende, sterk, bewijs is voor deze effectiviteit. Om deze reden deden wij ook een poging om een aantal programma's met sterk bewijs voor effectiviteit apart te bekijken en te exploreren of deze programma's zich op het oog op enig vlak lijken te onderscheiden van andere programma's.

Omdat de sterkte van het bewijs enerzijds samenhangt met de effecten die bereikt worden en anderzijds met het aantal studies waarin dit aangetoond is, stelden wij twee lijstjes samen: 1) een lijstje met programma's waarvoor aangegeven werd dat (op zijn minst in een deel van de studies) een effectgrootte van $d = .50$ of hoger werd gevonden en 2) een lijstje met programma's waarvoor in werd geschat dat er meer dan 10 RCT's waren uitgevoerd. Het eerste lijstje bestond uit zes programma's en het tweede lijstje uit acht programma's (zie ook paragraaf 3.1.3). Vier programma's (Incredible Years oudertraining, MDFT, PCIT, Triple P) bleken op beide lijstjes voor te komen en werden daarom beschouwd als de programma's met het sterkste bewijs voor effectiviteit op het gebied van externaliserend gedrag/delinquentie.

3.6.1 Structuurkenmerken

Interventiekenmerken

De vier programma's betroffen zowel individuele programma's als een groepsprogramma als een programma dat op diverse manieren kan worden aangeboden. De manier waarop het programma was opgebouwd ofwel doorlopen moest worden, varieerde hierbij tussen de vier programma's. Het aantal sessies dat binnen een traject aangeboden werd, varieerde (gemiddeld) van 9 tot 15 sessies, waarmee het aantal sessies voor al deze programma's onder het gemiddelde voor alle gecodeerde programma's lag. De (gemiddelde) lengte van de sessies varieerde voor de vier programma's van één uur (voor twee programma's) tot twee uur (voor één programma). Overeenkomstig met wat voor het grootste deel van de gecodeerde programma's gevonden werd, lag de lengte van het programma bij alle vier de programma's ergens tussen de zeven weken en de zeven maanden. Bij drie van de vier programma's vond er daarbij één sessie per week plaats. Samenvattend lijken er weinig verschillen te zijn tussen deze vier programma's en de overige programma's. Er kan hoogstens gezegd worden dat deze programma's niet tot de langste programma's behoorden.

Therapeutkenmerken

Bij drie van de vier programma's hadden de therapeuten minimaal een academische opleiding afgerond, terwijl bij het vierde programma het opleidingsniveau op HBO of hoger werd vastgesteld. De vooropleiding van de therapeuten lijkt daarmee relatief hoog te zijn. De training die de therapeuten in het specifieke programma kregen, bestond minimaal uit het volgen van een workshop van een aantal dagen, wat voor het totale aantal gecodeerde programma's niet altijd het geval was. Voor alle vier de programma's kon er enige vorm van intervisie of supervisie worden teruggevonden. In drie van de vier programma's leek de supervisie ook blijvend te zijn. Samenvattend kan gesteld worden dat de vier programma's tot de programma's lijken te behoren die relatief hoge eisen aan de opleiding van de therapeuten stelden.

Vormgeving interventie

In Tabel 31 wordt een overzicht gegeven van enkele kenmerken ten aanzien van de vormgeving van de vier programma's. Interessant hierbij was dat in alle programma's psychoeducatie aan ouders werd gegeven. Bij het totale aantal gecodeerde programma's was het percentage programma's waarin dit gebeurde echter ook relatief hoog (70,8%).

Tabel 31 Vormgeving van vier programma's met het sterkste bewijs

Vormgeving	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
24/7 access	0%	100%
Accessibillity promotion	25%	75%
Ancillary services	25%	75%
Case management	25%	75%
Child development knowledge and care	50%	50%
Educational support	25%	75%
Family therapy	75%	25%
Provider plays multiple roles	75%	25%
Psychoeducatie - kind	25%	75%
Psychoeducatie - ouder	100%	0%

Program delivery

In alle vier de programma's werd er gebruik gemaakt van een programmahandleiding en in de meeste gevallen (75,0%) werd er enige vorm van huiswerk aan bijvoorbeeld ouders of kinderen meegegeven. Er werd in alle vier de programma's materiaal aan cliënten verstrekt. In alle programma's werd geoefend tijdens de sessies: in ieder geval door middel van rollenspelen, en bij drie van de vier programma's oefenden ouders ook tijdens de sessies met hun kind. De programma's met het sterkste bewijs werden dus – evenals de meeste andere effectief genoemde programma's – gekenmerkt door het gebruik van een programmahandleiding, het verstrekken van materiaal en oefening tijdens de sessies.

Treatment fidelity

Bij alle vier de programma's werden strategieën gebruikt om de programma-integriteit gedurende de interventie te bewaken. Bij de helft van de programma's werden er (na iedere sessie) checklists ingevuld, bij de helft was er sprake van intervisie, bij driekwart was er sprake van supervisie en eveneens bij driekwart van de programma's werd gebruik gemaakt van video-/audio-opnames om de programma-integriteit te kunnen monitoren. Daarmee leek er bij deze programma's een relatief grote nadruk op de programma-integriteit te liggen.

3.6.2 Technieken

Technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf

Zoals in Tabel 32 te zien is, werden in de vier programma's relatief veel technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf gebruikt. *Tangible rewards* was hierbij de enige techniek die relatief weinig gebruikt werd, ook ten opzichte van de (overige) gecodeerde programma's: één van deze vier programma's versus 58,3% voor alle programma's. Opvallend was bovendien dat er in alle programma's gebruik werd gemaakt van *monitoring and supervision practices* en *therapist praise/rewards*.

Tabel 32 *Technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf bij de vier programma's*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Differential reinforcement	75%	25%
- Ignore	75%	25%
- Monitoring and supervision practices	100%	0%
- Natural and logical consequences	75%	25%
- Praise	75%	25%
- Response cost	50%	50%
- Tangible rewards	25%	75%
- Time out	75%	25%
Self-reward/self-praise	50%	50%
Therapist praise/rewards	100%	0%

Technieken gericht op het versterken van vaardigheden

Zoals in Tabel 33 te zien is, werden ook veel van de technieken gericht op het versterken van vaardigheden veelgebruikt binnen deze vier programma's. Hierbij viel het met name op dat *affect education*, *communication skills* en *disciplinary communication* in alle programma's gebruikt werden.

Tabel 33 *Technieken gericht op het versterken van vaardigheden bij de vier programma's*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Anger management	50%	50%
Affect education	100%	0%
Assertiveness training	75%	25%
Communication skills	100%	0%
- Emotional communication	75%	25%
- Disciplinary communication	100%	0%
- Consistent responding or generalization	75%	25%
Parent coping	75%	25%
Problem solving/social problem solving	75%	25%
Promoting children's social skills or prosocial behavior	75%	25%
Promoting children's cognitive or academic skills	50%	50%
Social skills training	50%	50%
Talent or skill building	75%	25%

Technieken gericht op cognities

Zoals in Tabel 34 te zien is, werd in driekwart van de programma's gebruik gemaakt van de op cognities gerichte programma's *cognitive* en *attributions about child misbehaviors*, terwijl geen van de programma's gebruik maakte van *guided imagery*.

Tabel 34 *Technieken gericht op cognities bij de vier programma's*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Cognitive	75%	25%
- Attributions about child misbehaviors	75%	25%
Guided imagery	0%	100%
Insight building	50%	50%

Technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen

Zoals in Tabel 35 te zien is, was het gebruik van technieken op het behalen en monitoren van doelen binnen de vier programma's zeer opvallend te noemen: bijna alle gecodeerde technieken – alleen *behavioral contracting* niet – werden in alle programma's gebruikt, wat bijvoorbeeld voor *self-monitoring* ook relatief vaak leek te zijn ten opzichte van de (overige) gecodeerde programma's.

Tabel 35 *Technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen bij vier programma's*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Behavioral contracting	50%	50%
Feedback on behavior	100%	0%
Goal setting	100%	0%
Monitoring	100%	0%
Reviewing goals and progress	100%	0%
Self-monitoring	100%	0%
Maintenance/Relapse prevention	100%	0%

Overige technieken

Bij het gebruik van de overige technieken kwam een wisselender beeld naar voren, zoals in Tabel 36 te zien is. Enerzijds zagen we hier dat sommige technieken in geen of slechts één van de programma's gebruikt werd. Anderzijds zagen we ook hier dat een paar technieken in alle vier de programma's gebruikt werden: *positive interactions with child* en *responsiveness, sensitivity, and nurturing*.

Engagement practice elements

Wat betreft de technieken om de betrokkenheid van de cliënten te vergroten, was het opvallend te noemen dat bij alle vier de programma's sprake was van *relationship/rapport building* en *therapist reinforcement* (zie Tabel 37).

Tabel 36 *Overige technieken bij de vier programma's met het sterkste bewijs*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Action planning	75%	25%
Civic responsibility	25%	75%
Commands	75%	25%
Modeling	75%	25%
Physical exercise	0%	100%
Positive interactions with child	100%	0%
Recreation activities	25%	75%
Relaxation	0%	100%
Responsiveness, sensitivity, and nurturing	100%	0%
Stimulus control or antecedent management	50%	50%
Victim impact or material/emotional restitution	0%	100%

Tabel 37 *Engagement practice elements bij de vier programma's met het sterkste bewijs*

Techniek	Onderdeel van het programma	Geen onderdeel van het programma (of geen aanwijzingen hiervoor gevonden)
Assessment of treatment barriers	75%	25%
Cultural acknowledgement	0%	100%
Relationship/rapport building	100%	0%
Support networking	50%	50%
Therapist reinforcement	100%	0%

4. Kosten(effectiviteit)

Interventies tegen externaliserende gedragsproblemen beogen natuurlijk in de eerste plaats deze gedragsproblemen te verminderen. In maatschappelijke discussies over het gebruik van deze interventies spelen echter naast de effecten op gedrag ook de kosten en baten van het gebruik van deze interventies een rol. Juist gezien de hoge kosten van externaliserend gedrag voor de maatschappij is er al langere tijd maatschappelijke en wetenschappelijke aandacht voor mogelijke kosteneffectiviteit van interventie stegen externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en jeugdigen.

Helaas is er echter weinig degelijk onderzoek naar kosten en baten. Een aantal interventies geeft wel informatie over kosten, zie Tabel 38. IN een aantal gevallen worden deze kosten ook afgezet tegen baten, maar de wijze van meten en rapporteren van kosten en baten loopt dusdanig uiteen dat de uitkomsten van de afzonderlijke studies niet dor ons te vergelijken zijn. Het aantal kosteneffectiviteitsstudies naar interventies voor externaliserende gedragsproblemen is dan ook te gering om kosteneffectiviteit te relateren aan specifieke kenmerken van interventies. Er is vooral weinig onderzoek naar kosten en baten op de langere termijn, terwijl de grootste baten van effectieve interventie in theorie te verwachten zijn op de langere termijn, als daadwerkelijk chronische hulpverlening, schooluitval en criminele carrières zouden worden voorkomen.

Desalniettemin geven de weinige beschikbare internationale studies wel een consistent positief beeld van de kosteneffectiviteit van effectieve interventies tegen externaliserende gedragsproblemen. Onderzoek naar de kosten van persistent externaliserend gedrag (Romeo, Knapp & Scott, 2006) en enkele zeer grondige kosten-effectiviteitsstudies naar preventie en vroege interventie (Perry Preschool; IY; MST) laten zien dat de verhouding tussen kosten en baten bij effectieve interventies op lange termijn zeer gunstig is. Op lange termijn zijn de baten in deze studies het drie- tot zevenvoudige van de initiële kosten (met een uitschieter in 1 artikel naar het 43-voudige), zelfs als binnen deze kosten de kosten van langdurig onderzoek worden meegenomen (zelfde refs). Indirect geeft ook een vergelijking tussen de kosten van interventies in Tabel 38 en de kosten van onbehandeld externaliserend gedrag een indicatie van de potentie voor kosteneffectiviteit. Kosten van persistent externaliserend gedrag worden over de levensloop geschat in een orde van grootte van 40.000 tot 200.000 Euro *per kind* (Romeo e.a., 2006). Zelfs als de effectiviteit van interventies bescheiden is zijn de in Tabel 38 aangegeven kosten van interventie dan relatief beperkt.

In Nederland werd slechts een grondige kosteneffectiviteitsstudie naar een relevante interventie uitgevoerd (Posthumus, 2009). Het betreft een case-matches quasi-experimentele studie naar de kosten en baten van de oudertraining Incredible Years tot twee jaar na de interventie. Uit deze studie blijkt dat twee jaar na interventie de totale, maatschappelijke en individuele baten de kosten ruimschoots hebben gecompenseerd.

Tabel 38 *Kosten en Kosteneffectiviteit voor effectief genoemde programma's*

Programma	Kosten	Kosteneffectiviteit
Agressieregulatie	Onbekend	Onbekend

op maat		
Agressieregulatie op maat Ambulant	Onbekend	Onbekend
Alles Kidzzz	Ongeveer 1400 euro per training. Eenmalig: 100 euro (trainersmap) en 25 euro (kindermap). De trainer is 13 uur bezig met daadwerkelijke uitvoering (individuele sessies met kind/ sessies met ouder/kind/leerkracht en evaluatie sessie, 7 uur wordt gerekend voor voorbereiding. Totaal = 20 uur (Van Londen, 2012).	Onbekend
Big Brothers Big Sisters of America	Ongeveer 1.000 dollar per match (tussen kind en vrijwilliger). School-based interventie is iets goedkoper dan de community-based interventie (Herrera, Sipe, & McClanahan, 2000).	Uit een kostenbatenanalyse komt naar voren dat gebaseerd op het voorkomen van drugs en alcoholmisbruik en verminderen van agressief gedrag en het halen van een school diploma het programma ongeveer \$36,419 dollar (voor jongens) oplevert per match. Als er echter rekening wordt gehouden met afnamen van het effect na enkele jaren dan wordt dit bedrag \$3,564 (voor jongens) dollar per match. Deze afname kan voorkomen worden door het programma aan te blijven bieden tot 18 jaar (Harrison, Juris, Stern, & Stern, 2008).
EQUIP	Aan het werken met het EQUIP-programma zijn de volgende kosten verbonden (prijspeil 2009): Opleidingskosten: - opleiding tot A-trainer (uitvoerder): ± € 4000,- voor twaalf deelnemers - opleiding tot C-trainer (train-de-trainer): € 1650,- p.p. (exclusief supervisiekosten) Registratiekosten: - A-gecertificeerden: € 45,- per geregistreerd persoon per jaar - B-gecertificeerden: € 175,- per geregistreerd persoon per jaar - C-gecertificeerden: € 175,- per geregistreerd persoon per jaar Licentiekosten: - organisatie met 10 of minder medewerkers: € 350,- per jaar - organisatie met 10-90 medewerkers: € 1100,- per jaar	Onbekend

	- organisatie met 90 of meer medewerkers: € 1800,- per jaar (Elling, 2009).	
Fast Track	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
Functional Family Therapy	Costs of FFT compared with the costs of not participating in FFT were US\$2,380 per participant.	Recidive: \$ 10.43 cost-benefit ratio. (Bron: Wash/ State Institute for Public Policy); \$5,000 per case less costly than an equivalent juvenile detention intervention, and \$12,000 less expensive than residential treatment of a similar course.
Helping the noncompliant child	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
In control!	Onbekend	Onbekend
Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling – Erger Voorkomen	4200 euro	Onbekend
Metropolitan Area Child Study	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
Minder Boos en Opstandig	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 (GZ-psycholoog) bedragen voor de uitvoering van het gehele programma. Er vanuit gaande dat de tweede trainer 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 (Van de Wiel, Hoppe, & Matthys, 2003b).	Over de periode van de aanvang van de behandeling tot 6 maand follow-up waren de kosten per gezin voor de Care as usual twee keer hoger dan die voor Minder boos en opstandig. Over dezelfde periode waren de gemiddelde kosten per standaarddeviatie verbetering 42% lager in de Minder boos en opstandig conditie dan in de care as usual conditie (Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, & Van Engeland, 2003).
Montreal Prevention Program	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
Multidimensional Family Therapy	An estimation of the costs in the US: \$2,000 to \$9,000 per youth (depending on severity of problems, local salary, administrative costs, length of treatment etc.;	In the US MDFT was shown to be cost effective with its average cost less than standard outpatient adolescent treatments. The average weekly cost of MDFT was \$164.00 compared to

	<p>www.mdft.org/Delivering-the-System/Cost-benefit-of-training). Certification MDFT therapist \$4500,-, certification supervisor MDFT \$ 6500,-, urine kits: varies in price, annual therapist recertification \$300,- (http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=16).</p>	<p>average weekly costs for standard care ranging from \$267-\$365. Cost benefit analyses indicate that MDFT had significant intake to follow-up reductions in drug use consequences and when compared to the comparison treatments, MDFT had the lowest comparative dollar cost of drug use consequences at 12 months post treatment (http://www.strengtheningfamilies.org/html/programs_1999/10_MDFT.html).</p>
Multidimensional Treatment Foster Care	<p>Approximately \$3000 per month per participant (Chamberlain & Reid, 1991) using a specialized community treatment model for children and youth leaving the state mental hospital</p>	<p>The report found that overall, taxpayers gain approximately \$21,836 in subsequent criminal justice cost savings for each program participant. Adding the benefits that accrue to crime victims increases the expected net present value to \$87,622 per participant, which is equivalent to a benefit-to-cost ratio of \$43.70 for every dollar spent. Placement in MTFC costs about 1/3 to 1/2 of placement in group settings.</p>
Multisystemic Therapy	<p>2285 pond (Cary, Butler, Baruch, Hickey, & Byford, 2013)</p>	<p>The base-case analysis shows that over an 18-month follow-up period, MST+YOT, when compared with YOT alone, has the scope to generate cost-savings through reductions in criminal activity with a probability of 63%. Results were consistent over time, as supported by analysis using the 30-month follow-up data, and were unchanged when missing data were imputed (Cary et al., 2013). Every dollar spent on MST provides \$9.51 to \$23.59 in savings to taxpayers and crime victims in the years ahead (Klietz, Borduin, & Schaeffer, 2010).</p>
Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma	<p>Onbekend</p>	<p>Onbekend</p>
Ouders van tegendraadse jeugd: oudertraining	<p>Onbekend</p>	<p>Onbekend</p>
Parent Management	<p>Er is een berekening gemaakt in minuten, uit deze berekening komt</p>	<p>Onbekend</p>

Training Oregon	een totaal van 3780 of 4860 minuten afhankelijk van 22 of 30 sessies (Albrecht, 2015).	
Parent-Child Interaction Therapy	Start up costs: \$14.000,-; per client from intake to finish: \$1.000,- (Goldfine, Wagner, Branstetter, & McNeil, 2008).	Following treatment in PCIT, in order to incur a one point decrease in the ECBI intensity and problem score from pre- to post-treatment, the cost incurred was \$22.07 and \$87.15, respectively. Similarly, a one point decrease in a child's CBCL externalizing score was estimated to cost \$100.56. Lastly, \$26.47 was required in order to decrease one's total PSI score by one point through the use of PCIT (Goldfine et al., 2008). A different outcome measure, effect size, provided the means to measure the magnitude of behavior change. Given the total per-child costs of PCIT and Thomas & Zimmer-Gembeck's (2007) meta-analytic findings, in order to sustain an effect size decrease in problem behavior of -.01 a cost of \$7.83 was incurred.
Praten met kinderen	Uitgaande van 12 ouders en een HBO-geschoolde begeleider: Koffie, thee etc. 250 Euro Begeleider (bijeenkomsten en voorbereiding: 28 uur) 1400 Euro Eventueel zaalhuur (maximaal) 700 Euro Kosten boek voor ouders 162 Euro (Van As & Janssens, 2014).	Onbekend
Prenatal and infancy home visitation by nurses	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
Problem-solving skills training	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma	Onbekend	Onbekend
Samen Stevig Staan	De kosten voor de interventie voor uitvoerende instellingen bestaan voornamelijk uit de tijdsinvestering van medewerkers (Addink, 2012). Kindtrainer, oudertrainer en co-trainer: - Deelname workshop en voorbereiding: 8 uur	Onbekend

	<ul style="list-style-type: none"> - Trainingsbijeenkomsten en voorbereiding: 6 uur per week gedurende 5 maanden - Bijwonen intervisie: 12 uur - Motiveren ouders en organiseren informatie avond voor ouders en leerkrachten: 10 uur Gedragsdeskundige/ Behandelcoördinator: <ul style="list-style-type: none"> - Ondersteuning trainers en transfer naar de groep, motiveren ouders, organiseren informatiebijeenkomsten: 2 uur per week. 	
Signalering en Preventieve Interventie bij antisociaal gedrag	€3.184 per SPRINT-traject	Onbekend
STOP4-7	Onbekend	Onbekend
The Incredible Years – child training	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
The Incredible Years – parent training	Total cost of parent training \$16.280,-, costs per child approx.: \$2.713,- (Foster, Olchowski, & Webster-Stratton, 2007).	PT is cost-effective (Posthumus et al., 2009; Posthumus, Raaijmakers, Maassen, Van Engeland, & Matthys, 2012). PT only is not most cost-effective, is more effective when combined with other components (for example TT) (Foster et al., 2007). Outcome: stacking intervention components is cost-effective.
The Incredible Years – teacher training	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
The Quantum Opportunities Program	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
Time-out with signal seat	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>
Training Aggressie Controle	In NL onbekend; The cost for ART in Washington State is approximately \$745 per youth.	When competently delivered, Aggression Replacement Training (ART) has positive outcomes with estimated reductions in 18-month felony recidivism of 24 percent and a benefit to cost ratio of \$11.66 (Barnoski & Aos, 2004).
Triple P – Niveau 4 en 5	Training Triple P professional: 1750,- euro, training intervisoren 250,- euro, verdiepingswerkshop 975,- -1325,- euro. Kosten voor ouders: werkboek individueel: 16,80,-, werkboek	Onderzoek laat zien dat Triple P even effectief is als gangbare zorg, maar veel efficiënter, Triple P had maar 19,7 sessies nodig, TAU 30,1 (ZonMw). Triple P gaat uit van kosteneffectiviteit

	<p>groepssessies 13,41, dvd wegwijzer voor iedere ouder 59,44 (Okma, 2011). Een andere website zegt dat een 4-daagse training ongeveer 800 euro kost (kenniscentrum kjp).</p>	<p>wat betekend dat er niet minder of meer begeleiding aan ouders wordt gegeven dan wat zij nodig hebben. Er is een variabel aantal sessies zodat ouders kunnen stoppen wanneer ze de opvoedingsvaardigheden beheersen (W. De Vries, 2008). Kosten-Baten analyse eerste drie niveaus: besparing van 400 euro voor elk kind dat wordt bereikt (P. Dam & Prinsen, 2013). In Canada/USA: Triple P available: fewer hospitalizations (-17%), fewer out of home placements (-16%) and slowth growth of child abuse (-22%)--> delivering of Triple P universally would pay for itself if instance of abuse is reduced by 10%. Guestimating (see Prinz, 2009) - save between 23 million and 47 million annually for out of home placements</p>
Vaardigheden Voor Ouders	4200 euro	Onbekend
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline	800 (+ de aanschaf van specifiek speelgoed, de aanschaf van een camera en de indirecte tijd (het analyseren van de beelden)).	Onbekend
Zelfcontrole	<i>Nog niet gecodeerd</i>	<i>Nog niet gecodeerd</i>

5. Discussie

Doel van deze voorstudie was een overzicht te geven van kenmerken die effectieve interventies tegen externaliserende gedragsproblemen gemeen hebben, om zodoende essentiële werkzame elementen van deze interventies te identificeren. In deze voorstudie zijn 24 verschillende programma's gecodeerd, waarvan de effectiviteit zeer aannemelijk is en die is gebleken. Van deze interventies was 37,5% oudertraining/opvoedondersteuning, 20,8% cognitieve gedragstherapie, 16,7% een combinatie van beide en 12,5% een multisysteeminterventie.. Middels deze codering werden structuurkenmerken en technieken geïdentificeerd die werkzame elementen in interventies gericht op externaliserende problematiek/delinquentie lijken te zijn. Deze structuurkenmerken en technieken blijken algemene en specifieke werkzame elementen te zijn. Belangrijke algemene kenmerken blijken een gestructureerd programma met handleiding voor sessies die in een vaste volgorde worden doorlopen in tussen de zeven weken en zeven maanden. De meeste effectieve behandelingen worden daarbij blijvend gesuperviseerd. Inhoudelijk is oudertraining bestaande uit het aanleren van operante technieken en psycho-educatie de grootste gemene deler van alle effectieve interventies, waarbij in de sessies en daarbuiten wordt geoefend met concreet gedrag. Met name bij wat oudere kinderen is er daarnaast veel aandacht voor beïnvloeding van cognities en versterken van de context.

Hieronder worden de onderzoeksvragen beantwoord en de uitkomsten bediscussieerd, waarna er ingegaan zal worden op cliënt-, professional- en alliantie factoren en afgesloten wordt met een aantal sterke en zwakke kanten van deze voorstudie. In dit hoofdstuk wordt er naar toekomstig onderzoek in algemene zin verwezen: suggesties voor vervolgonderzoek in de tweede fase van het project worden in Hoofdstuk 6 genoemd.

Structuurkenmerken

De meeste effectief genoemde interventies voor externaliserende gedragsproblemen werken met een programma-handleiding, waarbij de sessies – die rond een uur duren – in een vaste volgorde doorlopen worden. De looptijd van de interventie varieert grofweg tussen de zeven weken en zeven maanden. Tijdens de sessies vindt er meestal psycho-educatie plaats en/of wordt ouders ook duidelijk gemaakt wat zij binnen een normale ontwikkeling zouden kunnen verwachten. Bovendien oefenen cliënten over het algemeen tijdens de sessies, meestal in rollenspelen. Na afloop van de sessies krijgen zij niet alleen materialen, maar ook huiswerk mee. Voor de therapeuten is er meestal sprake van supervisie en/of intervisie of andere strategieën om de programma-integriteit te bewaken.

Dat het hanteren van een programma-handleiding en vaste volgorde werkzaam lijken te zijn, wijst er mogelijk op dat het belangrijk is om een rationale voor de behandeling te hebben. Het werkzame element lijkt niet zozeer de handleiding zelf te zijn (Kaminski et al., 2008), of het rigide volgen van deze handleiding. Zoals in de survey door de behandelaars is aangegeven, is ruimte voor flexibiliteit – binnen een protocol – tevens een belangrijke randvoorwaarde. Supervisie en intervisie lijken ook werkzaam te zijn: dit wijst erop dat het ook belangrijk is om die rationale te blijven volgen, in de vorm van programma-integriteit. Dat de behandelaars in de survey supervisie/intervisie, opleiding en tijd om te overleggen/reflecteren ook als randvoorwaarden voor effectieve behandeling noemden, lijkt hiermee in overeenstemming te zijn.

Dat oefening tijdens de sessies werkzaam lijkt te zijn, komt overeen met de bevindingen van Garland en collega's (2008) en Kaminski en collega's (2008), waarbij het minder vaak gebruikte "oefenen met het eigen kind" wellicht nog effectiever zou zijn dan de vaker gebruikte rollenspelen. Beide vormen lijken niet alleen de mogelijkheid te geven om bijvoorbeeld vaardigheden te oefenen, maar ook voor de therapeut om directe feedback te geven. Als er tijdens de sessie met het kind wordt geoefend is daarbij natuurlijk zowel de vaardigheid zelf als de feedback gemakkelijker te generaliseren naar de thuissituatie, dan wanneer er met een andere ouder in de kindrol een hypothetische situatie wordt nagespeeld. Het zal echter niet altijd mogelijk en wenselijk zijn om ouder en kind samen tijdens de sessie te laten oefenen, waarbij leeftijdsverschillen mogelijk ook een rol spelen. Wellicht zou in dergelijke gevallen video-feedback voor ouder-kindinteracties van toegevoegde waarde kunnen zijn. In toekomstig onderzoek zou het daarom interessant zijn om na te gaan hoe de vaardigheden worden geoefend en in welke mate en vorm er feedback wordt gegeven: oefening als huiswerk, in rollenspelen of samen met het kind tijdens de sessies of in de thuissituatie. Mogelijk is dit ook een werkzaam element waarbij verbetering mogelijk is, en waarbij manipulaties relatief eenvoudig getoetst kunnen worden.

Het lijkt tevens werkzaam te zijn om enige vorm van psycho-educatie of uitleg over de normale ontwikkeling op te nemen in de behandeling. Dit werd zowel veel gebruikt in de effectief genoemde programma's voor kinderen tot en met 12 jaar als in de programma's voor adolescenten. Binnen de programma's die op beide groepen gericht waren, kwam dit echter minder vaak voor. Wellicht zorgt een bredere leeftijdsrange er in die gevallen ook voor dat het moeilijker is om in dergelijke uitleg bij uiteenlopende fases in de ontwikkeling aan te sluiten.

Voor relatief veel van de structuurvariabelen zagen we dat zij sterk varieerden. De duur van de interventie en het aantal sessies liepen bijvoorbeeld behoorlijk uiteen. Wellicht is een deel van de structuurkenmerken ook afhankelijk van de ernst van de problematiek: hoewel evidence-based interventies uit ten minste 12 wekelijkse sessies van ongeveer één uur – waarbij zowel ouder als kind participeren – lijken te bestaan (Garland et al., 2008), volstaat een kortere (beter toepasbare) interventie wellicht als de problematiek niet zo ernstig is. Andersom kan ernstige problematiek wellicht een intensievere vorm van interventie verlangen, wat overeenkomt met het verlengen van interventies was in een deel van de programma's bij dergelijke problematiek gebeurt. De ernst van de problematiek lijkt echter niet het gehele verhaal te zijn. Ook bijvoorbeeld het interventiecluster zal een rol spelen, in die zin dat een mentorprogramma – waarbij niet per definitie de meest ernstige problematiek verwacht wordt – één van de programma's met de langste interventieduur was. In toekomstig onderzoek zullen daarom, naast leeftijdsgroep, ook de ernst van de problematiek en het interventiecluster mee moeten worden genomen.

Technieken

Bij de meeste effectief genoemde interventies voor externaliserende gedragsproblemen, zien we technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf terug: het algemene *differential reinforcement*, met als specifieke techniek *time out*, en ook *therapist praise/reward* lijken effectieve elementen van deze interventies te zijn. Time out wordt echter vooral bij programma's voor kinderen tot en met 12 jaar toegepast, terwijl *self-reward/self-praise* juist veelgebruikt is als je specifiek naar programma's voor jongeren kijkt. Bij deze programma's zien we ook technieken gericht op het versterken van vaardigheden terug: *communication skills*, met als specifieke techniek *emotional communication*, *affect education*, *problem solving* en *promoting social skills/prosocial behavior*. Ook

hier lijken er verschillen tussen leeftijdsgroepen te bestaan. *Emotional communication* wordt vooral gebruikt in programma's die (ook) op jongeren gericht zijn, terwijl er juist meer nadruk ligt op de andere *communication skills* bij programma's die zich op kinderen richten. Ook lijkt er pas vanaf 12 jaar meer gebruik te worden gemaakt van het stimuleren van cognitieve en academische vaardigheden. Een veelgebruikte cognitieve techniek is *insight building*. Verder maken de effectief genoemde programma's veelal gebruik van allerlei technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen: *feedback on behavior, goal setting, reviewing goals and progress en maintenance/relapse prevention*. Bovendien wordt *monitoring* relatief vaak toegepast bij programma's voor kinderen. Ten slotte wordt er binnen de effectief genoemde programma's ook relatief veel gebruik gemaakt van *modeling, positive interactions with child en therapist reinforcement*.

Veel van de technieken die werkzaam lijken te zijn, zijn binnen de (behavioral) parent training te plaatsen. Enerzijds duidt dit erop dat deze technieken en dit interventiecluster blijkbaar niet voor niets als effectief worden beschouwd. Anderzijds was de kans wellicht ook onevenredig groot dat juist deze technieken naar voren zouden komen: in een groot deel van de programma's werd er immers (ook) met ouders gewerkt, terwijl er in een kleiner deel van de programma's ook met kinderen/jongeren werd gewerkt en in een nog kleiner deel alleen met de kinderen. De kans dat technieken die specifiek in de behandeling van jongeren of bijvoorbeeld in multisystemische interventies worden gebruikt naar voren kwamen als veelgebruikt binnen de effectief genoemde interventies lijkt daarmee wat kleiner te zijn. Hier is deels aan tegemoet gekomen door de technieken ook op te splitsen naar leeftijdsgroep(en) waarbinnen de programma's gebruikt worden. Daarbij zie je inderdaad dat er juist bij kinderen relatief veel technieken uit (behavioral) parent training gebruikt worden: het eerder genoemde *time out*, maar ook bijvoorbeeld *praise*. Anderzijds zien we bij jongeren ook inderdaad wat meer cognitieve technieken terug, met uitzondering van *attributions about child misbehaviors* dat ook juist op ouders gericht is.

In het verlengde hiervan is het bij sommige van de technieken helemaal niet duidelijk bij wie ze werden toegepast (ofwel wie de ontvanger was: het kind, de ouder of het gezin). Een techniek als *problem solving/social problem solving* zou bijvoorbeeld zowel betrekking kunnen hebben op een kind/jongere als op de ouder. Voor toekomstig onderzoek lijkt het daarom – ook in verband met het voorgenoemde punt – lonend om uit te splitsen wie de ontvanger van een techniek is. Lee en collega's (2014) maakten een dergelijke opsplitsing met betrekking tot programma's die uithuisplaatsing trachten te voorkomen. In overeenstemming met de huidige studie waren ouder-technieken hierbij vooral gericht op gedragsmatige strategieën die toegepast konden worden op jongeren (zoals *praise* en *commands*), maar ook strategieën die meer gericht waren op interpersoonlijke steun voor ouders. Bij de technieken gericht op jongeren, werden vooral strategieën gevonden om jongeren te helpen vaardigheden te ontwikkelen die hun symptomen beperken of hanteerbaar maken. Gezinsgerichte technieken waren bijvoorbeeld werken aan communicatievaardigheden en *goal setting*. Lee en collega's benadrukken hierbij dat dit onderscheid ook voor "het veld" belangrijk is: in het trainen van therapeuten zou het begrip van wie de cliënt is (de jongere, ouder of het gezin) de selectie van klinische technieken moeten leiden. Daarbinnen zouden overigens wellicht ook weer andere onderscheiden gemaakt kunnen worden, zoals bijvoorbeeld – overeenkomstig de survey – een verschil tussen technieken voor de cliënten (wat leer je aan?) en hulpverlenerstechnieken (hoe leer je het aan?). Ook in die zin lijken de technieken in de huidige indeling soms van een wat verschillende aard te zijn.

De technieken lijken bovendien van elkaar te verschillen in grootte. Een aantal technieken, zoals *cognitive* en *differential reinforcement*, lijken bijvoorbeeld op het eerste gezicht vrij breed en weinig concreet. Hoewel uit eerder onderzoek voldoende betrouwbaarheid van dergelijke elementen blijkt (zie bijvoorbeeld Chorpita & Daleiden, 2009) en de definiëring van deze elementen (zie Bijlage 3) ze hoogstwaarschijnlijk concreter heeft gemaakt, roept het feit dat wij voor een aantal elementen min of meer subcategorieën hebben kunnen maken wel de vraag op wat het onderscheidend vermogen van deze globale elementen is. Verdere specificatie van technieken lijkt zinvol en wordt ondersteund door de bevindingen in de huidige voorstudie: subcategorieën leken soms meer te differentiëren dan hoofdcategorieën.

Algemeen werkzame elementen

Of elementen algemeen werkzaam zijn of specifiek werkzaam bij externaliserende problematiek, is natuurlijk vooral af te leiden uit een vergelijking tussen de werkzame elementen binnen dit gebied (zoals gevonden binnen dit consortium) en werkzame elementen op andere gebieden (zoals gevonden binnen andere consortia), waarbij overlap in problematiek en programma's deze vergelijking zal bemoeilijken. Toch zijn er ook binnen de bevindingen van de huidige voorstudie wel mogelijke algemeen werkzame elementen te benoemen. Veel van de structuurkenmerken lijken algemeen werkzaam te zijn: zo kan men zich voorstellen dat oefening en huiswerk *ongeacht het gedrag dat veranderd dient te worden* belangrijk zijn, dat psycho-educatie en kennis over de normale ontwikkeling altijd belangrijk zijn op het moment dat er sprake is van psychopathologie en/of onrealistische verwachtingen van ouders, en dat een rationale en het bewaken van de programma-integriteit ook op alle gebieden van belang is. Er kan worden aangenomen dat er ook algemeen werkzame technieken binnen deze voorstudie zijn gevonden: daarbij kan met name gedacht worden aan de technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen, maar ook aan technieken als *modeling* en *therapist reinforcement*.

Programma-integriteit kan tezamen met de overige effectieve elementen tezamen gezien worden als voorwaarde voor effectieve interventie op welk gebied dan ook (Helmond, 2013). Niet alleen laat onderzoek zien dat programma-integriteit over het algemeen positief samenhangt met effectiviteit (zie bijvoorbeeld Durlak & DuPre, 2008; Lipsey, 2009), maar ook lijkt programma-integriteit cruciaal om uitspraken te kunnen doen over de interventie op zich: zonder informatie over de programma-integriteit weten we niet of de experimentele manipulatie geslaagd was en of positieve/negatieve of nulresultaten aan het programma toegeschreven kunnen worden (Dane & Schneider, 1998). Tegelijkertijd staat programma-integriteit ook niet gelijk aan het rigide hanteren van een handleiding: programma-integriteit en aanpassingen lijken juist hand in hand te gaan en het zou ook wel eens om de juiste mix tussen integriteit en aanpassing kunnen gaan. Enkele studies hebben inderdaad laten zien dat dergelijke aanpassingen ook tot betere uitkomsten kunnen leiden, mits de uitvoerders hun doelgroep kennen en de aanpassingen naast integriteit gemeten worden (Durlak & DuPre, 2008). In overeenstemming hiermee lijkt hier binnen veel programma's ook ruimte voor te zijn, zolang de kernelementen van de programma's maar overeind blijven.

Dat juist technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen als werkzaam naar voren komen, hangt wellicht samen met een variëteit aan overige concepten. Enerzijds mag verwacht worden dat bijvoorbeeld *feedback on behavior* en *reviewing goals and progress* helpen, net als de technieken die gebaseerd zijn op de principes van beloning en straf, helpen om het gewenste gedrag te concretiseren en bekrachtigen. Anderzijds hangt het stellen en nastreven van doelen

waarschijnlijk ook samen met concepten als motivatie en zelfcontrole. Het identificeren en nastreven van doelen die belangrijk zijn voor de cliënt wordt namelijk gezien als strategie om de motivatie voor behandeling te vergroten bij cliënten (zie bijvoorbeeld Weisz & Hawley, 2002). Een nadruk op persoonlijke keuze en verantwoordelijkheid hierbij, zou tevens het gevoel van zelfcontrole kunnen vergroten, wat de effectiviteit waarschijnlijk ook ten goede komt. Zelfcontrole bij adolescenten – gemeten als het stellen en nastreven van doelen – blijkt zowel gerelateerd te zijn aan positieve als negatieve ontwikkelingsuitkomsten (in de verwachte richtingen; Gestsdóttir & Lerner, 2007). Het doelgericht werken werd tevens door behandelaren als werkzaam element in de survey genoemd. Ten slotte sluiten in samenspraak opgestelde doelen wellicht ook juist aan bij andere, mogelijk algemene werkzame elementen, zoals de afstemming van de (intensiteit van de) interventie op de ernst van de problematiek en karakteristieken van cliënten (zie ook cliëntfactoren hieronder; Foolen, Ince, De Baat, & Daamen, 2013).

Ten slotte lijken ook strategieën om de betrokkenheid van de cliënten te vergroten, en met name *therapist reinforcement*, algemeen werkzame elementen te zijn: er mag immers verondersteld worden dat een vergrote betrokkenheid bij de interventie ongeacht het type problematiek een positieve uitwerking heeft. Wellicht zijn dergelijke strategieën echter toch ook wel extra van belang bij externaliserende gedragsproblemen. Hierbij wordt de behandeling immers bemoeilijkt doordat de kinderen/jongeren zelf over het algemeen weinig probleembesef hebben en de schuld vaak buiten zichzelf neerleggen. Bovendien is het binnen dit gebied voor ouders ook wellicht extra moeilijk om door te zetten, omdat een binnen oudertraining geleerde, nieuwe aanpak bijvoorbeeld in eerste instantie ook juist tot extra verzet bij het kind kan leiden.

Specifiek werkzame elementen

De specifiek werkzame elementen bij externaliserende problematiek lijken voornamelijk in de technieken gebaseerd op de principes van beloning en straf, technieken gericht op het versterken van (specifieke) vaardigheden en technieken gericht op cognities te zijn. Het consistent en duidelijk bekrachtigen van gewenst gedrag en straffen/niet-bekrachtigen van ongewenst gedrag lijkt interventies op dit gebied effectief te maken. In overeenstemming met Kaminski en collega's (2008) lijkt hierbij ook juist een nadruk op positieve interacties van belang. Met name bij oudere kinderen en jongeren lijken versterking van begrip van emoties (en *cues* daarvoor) en (sociaal) probleemoplossen veelvoorkomende specifiek werkzame elementen te zijn.

Daarnaast kan er sprake zijn van minder gebruikte specifieke werkzame elementen (*occasional elements*). Hoewel deze techniek niet zozeer occasioneel, maar toch minder frequent binnen de effectief genoemde programma's, gebruikt wordt, lijkt *anger management* een specifieke techniek binnen deze categorie te zijn. Met name bij jongeren wordt het bieden van gedragstherapeutische gedragstherapie gericht op onder meer het verbeteren van zelfcontrole en agressieregulatie als effectief gezien (Foolen et al., 2013). Mogelijk zijn er, zoals eerder aangegeven, ook andere technieken te noemen die juist in interventies voor jongeren of multisysteeminterventies gebruikt worden, die door ondervertegenwoordiging in deze voorstudie niet zozeer als veelvoorkomend naar voren zijn gekomen. Deze technieken zouden dan dus ook onder de *occasional elements* vallen.

Empirisch bewijs

Zoals aangegeven, is er weinig empirisch onderzoek naar de effectiviteit van losse elementen of combinaties tussen elementen. Op basis van deze voorstudie hebben we echter wel (algemene en specifieke structuurkenmerken en technieken) kunnen identificeren die een onderdeel uitmaken van effectief genoemde programma's. In deze voorstudie hebben we tevens gekeken naar de vier programma's met het sterkste bewijs voor effectiviteit. In die zin zou gezegd kunnen worden dat er voor de elementen binnen deze programma's ook het sterkste empirisch bewijs is, al blijft het slechts indirect bewijs. Op het oog waren er vooral overeenkomsten tussen de programma's met het sterkste bewijs en de effectief genoemde programma's (waar deze vier ook deel van uitmaakten). Hieronder worden daarom alleen opvallendheden genoemd.

De programma's met het sterkste bewijs hadden allen rond de 12 sessies, die meestal wekelijks in een periode van zeven weken tot zeven maanden afgerond werden. Dit komt in grote mate overeen met wat er door Garland en collega's (2008; zie structuurkenmerken) werd gevonden. Binnen de programma's lag een relatief grote nadruk op programma-integriteit (bijvoorbeeld programmahandleiding, intervisie en supervisie) en werden er relatief hoge eisen aan de therapeuten gesteld (bijvoorbeeld qua vooropleiding en specifieke training in het programma). Daarnaast werden er opvallend veel technieken gericht op het behalen en monitoren van doelen gebruikt, waaronder opvallend veel self-monitoring. Dit komt overeen met de literatuur die hiervoor onder algemeen werkzame elementen reeds is aangehaald. Andere technieken die relatief vaak naar voren leken te komen bij deze programma's zijn *monitoring & supervision practices*, *tangible rewards* en *disciplinary communication*. Hoewel voor al deze technieken te onderbouwen is waarom (ook) deze technieken juist belangrijk lijken, moeten we tegelijkertijd voorzichtig zijn met conclusies hierover op basis van deze voorstudie: omdat het om slechts vier programma's met het sterkste bewijs, heeft een enkele codering relatief veel invloed (25%) op de uitspraken die gedaan worden, waarbij toevalligheden (en foutieve coderingen) de uitkomsten dus relatief zwaar kunnen vertekenen. Voor toekomstig onderzoek is het echter wellicht interessant om juist naar deze technieken te kijken, aangezien hierover de grootste twijfels bestaan.

In deze voorstudie hebben we enkel naar effectief genoemde programma's en literatuur kunnen kijken om effectieve elementen op het gebied van externaliserende problematiek te identificeren, waarbij we vooral hebben kunnen bekijken *hoe vaak* deze elementen voorkomen. Zoals in de inleiding reeds beschreven is, is het enkel benoemen van veelvoorkomende elementen echter geen direct bewijs voor de effectiviteit van deze elementen op zich: wellicht gaat het niet om een essentieel element of wordt het element ook gevonden in niet-effectieve interventies, terwijl er bijvoorbeeld ook voorbijgegaan wordt aan de volgorde waarin deze elementen worden toegepast. Voor toekomstig onderzoek zou het daarom ook juist interessant zijn om te kijken naar enkele niet-effectieve programma's en hierbij te beoordelen of de veronderstelde werkzame elementen ook in deze programma's aanwezig zijn.

Buiten het punt van empirisch bewijs voor werkzame elementen, komt er uit deze voorstudie ook een aandachtspunt ten aanzien van empirisch bewijs voor effectiviteit van de (gehele) programma's naar voren. Hoewel wij bewust geselecteerd hebben op effectief genoemde programma's, werd voor vier van de 24 programma's toch aangegeven dat zij niet bewezen effectief waren; in drie van de vier gevallen omdat er geen effectiviteitsonderzoek werd gevonden. Een blik op het kennisoverzicht in Bijlage 2 wijst bovendien uit dat er voor een substantieel aantal programma's

uit de DEI nauwelijks tot geen effectiviteitsonderzoek aanwezig (b)lijkt te zijn. Er lijken in Nederland dus relatief veel programma's voorhanden te zijn waarvan we eigenlijk niet weten of ze wel werken voor datgene waarvoor ze ingezet worden: externaliserende problematiek/delinquentie.

In het verlengde hiervan is eigenlijk ook nauwelijks bekend hoeverre de interventies uitgevoerd worden. In paragraaf 1.1.3 is reeds aangegeven dat het gebruik van interventies eigenlijk onduidelijk is, maar daarnaast lijken niet alle interventies nog op de manier waarin ze in de DEI staan uitgevoerd te worden. Bij contactlegging met de in de DEI genoemde contactpersonen, of andere betrokkenen in vervolgstappen, bleek dat een aantal interventies in het geheel niet meer of in (sterk) gewijzigde vorm worden uitgevoerd. Dit levert niet alleen de vraag op hoe zinvol de DEI is op deze manier (waarbij men toch eigenlijk wel veronderstelt dat de opgenomen programma's effectief zijn en uitgevoerd worden), maar dat het ook van belang lijkt om het implementatievraagstuk mee te nemen: hoe zorgen we dat een effectieve interventie ook toepasbaar is en voldoende aansluit bij de praktijk? Het verdient daarom niet alleen de aanbeveling om te onderzoeken in welke mate de erkende programma's ook daadwerkelijk worden gebruikt, maar ook welke belemmeringen er zijn om ze te gebruiken: zijn er bijvoorbeeld vooringenomenheden bij mensen in het veld over geprotocolleerd werken, gedragstherapie et cetera?

Aanknopingspunten voor "indikken" van het interventie aanbod

Zoals in de inleiding is aangegeven, zet Effectief werken in de jeugdsector in op het 'indikken' van het grote aanbod van interventies, met als doel een effectiviteitsslag te maken en/of kosten te besparen. Met het oog hierop werd binnen de huidige voorstudie middels literatuurstudie getracht om inzicht te krijgen in wat effectief genoemde interventies effectief maakt en werd ook de kosten(effectiviteit) van programma's zo inzichtelijk mogelijk gemaakt. Nu deze voorstudie is afgerond blijft het echter de vraag hoe het beste tot indikking van interventies kan worden gekomen.

Een eerste mogelijkheid is in te dikken tot een beperkt aantal werkzame elementen, die op zichzelf aangeboden zouden kunnen worden. Zodoende zou een groot aantal interventieprogramma's gereduceerd kunnen worden tot een beperkt aantal elementen of technieken. Er echter is slechts weinig empirisch bewijs dat werkzame elementen losstaand effectief zijn. Integendeel lijkt juist een geprotocolleerde opbouw met meerdere elementen in een logisch samenhangend geheel effectief te zijn. Het lijkt dan ook niet reëel in te dikken tot een paar werkzame elementen die op zichzelf gebruikt zouden kunnen worden.

Een tweede mogelijkheid is indikken op basis van kosten(effectiviteit), waarbij steeds de goedkoopste interventie de voorkeur zou verdienen. Ook dit lijkt niet zonder risico's. Zoals in Tabel 38 te zien is, is het moeilijk tot onmogelijk om de bevindingen voor verschillende programma's wat betreft kosteneffectiviteit met elkaar te vergelijken. Als de kosteneffectiviteit wel onderzocht is, blijven het daarbij gehanteerde kader en de gehanteerde uitgangspunten bepalend voor de uitkomsten.

Een derde mogelijkheid is Indikken op basis van de bewezen mate van effectiviteit van programma's. Dit lijkt grote gevolgen voor het aanbod te hebben. Voor sommige problemen zou zonder meer gekozen worden voor interventies met een sterke mate van empirische ondersteuning en zijn minder degelijk onderzochte interventies in wezen misbaar. Dit geldt bijvoorbeeld voor oudertraining bij

kinderen onder de 12 jaar. Bij andere, meer complexe problematiek, zijn de kenmerken van kinderen en gezinnen echter zo verschillend, dat een breder pallet aan interventies nodig lijkt om hier op in te spelen. Bij het indikken zal daarom niet alleen rekening moeten worden gehouden met de werkzame elementen, maar ook in de spreiding van het aanbod: er zal aanbod moeten blijven bestaan dat aansluit bij diversiteit in bijvoorbeeld de aard en oorzaken van externaliserende gedragsproblemen, maar ook bij specifieke doelgroepen waarvoor de reguliere interventies (wellicht) niet werken.

Een interessante vierde mogelijkheid lijkt ons om onderscheid te maken tussen kernmodules van behandelingen die vrijwel altijd dienen te worden aangeboden en aanvullende modules bij specifieke problemen van kinderen en gezinnen. Zodoende zou bijvoorbeeld een enkele 'kern' van oudertraining bij gezinnen met kinderen onder de 12 jaar naar behoefte kunnen worden gecombineerd met specifieke modules gericht op specifieke vormen van agressie, problematiek van ouders of comorbide problemen van kinderen.

Tenslotte lijkt een eenvoudige en doeltreffende administratieve mogelijkheid tot indikken raadzaam binnen de DEI: Door alleen nog interventies met een zekere mate van empirische onderbouwing te erkennen ontstaat een veel helderder onderscheid tussen de weinige interventies waarvoor daadwerkelijk enige evidentie bestaat en het grote aanbod van interventies die nu 'theoretisch onderbouwd' worden genoemd, maar waarvan de effectiviteit in feite volstrekt onbekend is. Uit de huidige studie is immers gebleken dat het voor effectiviteit onvoldoende is dat interventies in theorie een aantal losse elementen bevatten: effectiviteit ontstaat in een logisch opgebouwd geheel. Bij deze vorm van indikken blijft het mogelijk ook interventies die alleen theoretisch onderbouwd zijn te inventariseren, en er op terug te grijpen in gevallen dat geen dooronderzoek onderbouwde interventie voorhanden is. Hiertoe zou het principe gevolgd kunnen worden van 'comply or explain': eerste keus is dan altijd een erkende interventie, maar er kan in individuele gevallen beargumenteerd worden uitgeweken naar een alleen theoretisch goed onderbouwde interventie als geen alternatief voor handen is.

Cliënt-, professional- en alliantiefactoren

In het voorgaande verhaal zijn zijdelings diverse cliënt-, professional- en alliantiefactoren aangehaald. Hieruit mag blijken dat deze factoren tevens de werkzaamheid van een interventie beïnvloeden en deels gerelateerd zijn aan contextuele kenmerken, structuurkenmerken en technieken waarover reeds gerapporteerd is. Vanwege de raakvlakken vatten wij hieronder ook samen wat er op dit vlak bekend is.⁸

Cliëntfactoren

Uit onder ander meta-analytische reviews (Leijten, Raaijmakers, et al., 2013; Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Menting et al., 2013; Reyno & McGrath, 2006) komen een aantal cliëntfactoren naar voren die mogelijk van invloed zijn op de effectiviteit van interventie bij kinderen met externaliserende problemen, en in het bijzonder het interventiecluster oudertrainingen.

Sociaaleconomische status (SES)

⁸ Deze samenvatting is grotendeels gebaseerd op een subsidieaanvraag binnen het Programma Effectief werken in de jeugdzorg (Dossier nummer 70-72900-98-14026) gericht op Incredible Years oudertraining, waardoor deze samenvatting ook met name gericht is op dit interventiecluster en in het bijzonder dit programma.

Zoals reeds in paragraaf 1.2.2 aangegeven is, is een welbekend gevaar dat behandelingen doorgaans minder effectief zijn voor gezinnen met een lagere SES en zo de ongelijkheid tussen sociale klassen alleen maar vergroot, ook wel het inverse care effect genoemd (Lorenc et al., 2012). Door financiële, psychologische en sociale stressoren binnen deze gezinnen, zou er bij hen slechts beperkte ruimte voor verbetering zijn (Conger et al., 1992). Hoewel er voor oudertrainingsprogramma's inderdaad ook gevonden wordt dat deze het minst effectief zijn bij lage SES-groepen (Lundahl et al., 2006), laat een andere meta-analyse zien dat dit waarschijnlijk iets genuanceerder ligt: bij ernstige externaliserende gedragsproblemen is oudertraining direct na training even effectief voor lage en hoge SES-groepen, maar wordt er een jaar na training wel een verschil – in het nadeel van de lage SES-groepen – gevonden. Zij lijken het effect van oudertraining dus minder goed “vast te houden”.

Etniciteit

Eén van de grote uitdagingen waar de hulpverlening in Nederland voor staat is het bieden van effectieve hulp aan gezinnen met een niet-westerse immigratieachtergrond. Zowel voor behandeling als voor onderzoek naar behandeling zijn deze gezinnen extreem moeilijk te bereiken. Bovendien lijken cliënten uit een etnische minderheidsgroep relatief minder goed van behandeling te profiteren (Assemany & McIntosh, 2002; Nixon, 2002).

Ernstige problematiek bij aanvang

Gezinnen waarin de kinderen bij aanvang van de behandeling zwaardere gedragsproblemen hebben, laten doorgaans de meeste verbetering zien (Leijten, Raaijmakers, et al., 2013; Menting et al., 2013). Daarnaast blijken interventies ook effectiever te zijn als de sample uit *hoog* risico-delinquenten bestaat. Ernstige problematiek bij het kind lijkt dus samen te gaan met een grotere effectiviteit van interventies. Ernstige problematiek zou daarbij ook als comorbide problematiek kunnen worden opgevat. Echter is de invloed daarvan op behandelingsuitkomsten minder duidelijk (Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2008; Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2011).

Intelligentie van het kind

De effectiviteit van interventie blijkt tevens samen te hangen met het ontwikkelingsniveau van kinderen (leeftijd en IQ), waarbij kinderen met een hoger ontwikkelingsniveau meestal meer profiteren van interventies (Serketich & Dumas, 1996). De meest kwetsbare groep kinderen lijkt daarom de groep kinderen te zijn die naast gedragsproblemen ook een beneden gemiddeld intelligentieniveau laten zien. Zo vertonen bijvoorbeeld relatief veel jongeren met een licht verstandelijke beperking externaliserende gedragsproblemen: de kans dat zij gedragsproblemen ontwikkelen ligt drie tot vier keer hoger dan bij hun leeftijdsgenoten met een gemiddelde intelligentie (Baker, Blacher, Crnic, & Edelbrock, 2002; Dekker, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2002). Deze groep wordt bovendien veelal uitgesloten van (onderzoek naar) reguliere behandeling, waardoor onduidelijker is wat werkzaam is bij deze groep (Schuiringa, 2014).

Persoonlijkheid

Hoewel het aannemelijk is dat ook de persoonlijkheid van de cliënt van invloed is op de effectiviteit van interventies is hier nog slechts weinig onderzoek naar verricht. Er is bijvoorbeeld wel veel bewijs dat specifieke persoonlijkheidstrekken externaliserend gedrag kunnen voorspellen (zie bijvoorbeeld Tackett, 2006), maar het effect van persoonlijkheid op de effectiviteit van interventies gericht op kinderen met externaliserende problemen is nauwelijks onderzocht. Een uitzondering hierop is onderzoek van Stoltz en collega's (Stoltz, Prinzie, et al., 2013), waarin modererende invloeden van de mate van zorgvuldigheid en extraversie bij kinderen gevonden werden op de effectiviteit van

behandeling gericht op externaliserende problematiek. In het verlengde hiervan zou kunnen worden aangenomen dat – als ouders participeren in de interventie – de persoonlijkheid van ouders tevens van invloed zou kunnen zijn op de effectiviteit van de interventie. Enerzijds zou bijvoorbeeld verwacht kunnen worden dat de ouders met de meest risicovolle persoonlijkheidstrekken het meeste profiteren van behandeling (Conrod, Castellanos, & Mackie, 2008). Anderzijds zou men bijvoorbeeld kunnen beredeneren dat extraverte ouders eerder geneigd zijn om actief te participeren in een groepsbehandeling en dat ouders die openstaan voor nieuwe ervaringen ook eerder nieuwe ideeën die tijdens de behandeling naar voren worden gebracht zullen accepteren, en dat zij dus relatief veel zullen profiteren.

Psychopathologie bij ouders

Psychopathologie bij ouders blijkt niet alleen een sterke invloed te hebben op de opvoeding van een kind, maar ook op de behandeling van een kind (Maliken & Katz, 2013). Het is bijvoorbeeld bekend dat depressieve klachten bij ouders de effectiviteit en retentie van behandeling van gedragsproblemen bij kinderen beïnvloedt (zie bijvoorbeeld Mørch et al., 2004). Psychopathologie interfereert daarbij op drie punten met de effectiviteit van een behandeling: 1) de werving, retentie en betrokkenheid bij de behandeling, 2) het aanleren van vaardigheden en 3) het juiste gebruik van vaardigheden. Ouders die te kampen hebben met psychopathologie gaan wellicht wat minder snel op zoek naar behandeling voor henzelf en de kinderen, zijn wat onvoorspelbaarder in hun aanwezigheid bij de behandeling, en lijken als ze aanwezig zijn minder betrokken te zijn bij de behandeling. Omdat een aantal psychiatrische stoornissen gepaard gaan met een vrij hoog niveau van negatief affect, zou negatief affect vervolgens het aanleren van vaardigheden als *ignore* en *praise*, maar ook het discriminatievermogen van ouders, in de weg staan (Maliken & Katz, 2013). Als ouders met psychopathologie sneller en intenser negatief reageren op hun kind, kan deze negativiteit ook interfereren met de generalisatie van vaardigheden naar het dagelijks leven: bij arousal wordt sneller teruggегrepen naar eerder gebruikte, ineffectieve strategieën (Lang, Craske, Brown, & Ghaneian, 2001) en doordat zij het gedrag van hun kinderen relatief negatief blijven beoordelen (Furey & Basili, 1988), geven zij het gebruik van de nieuw aangeleerde vaardigheden wellicht ook wat sneller op.

Deelname één of beide ouders

De meeste behandelvormen richten zich bij voorkeur op beide ouders om de effectiviteit van de behandeling te vergroten. De mate waarin dit bijdraagt aan het behandel-effect is echter zelden aangetoond. Voor oudertraining is wel gevonden dat vaders – vergeleken met moeders – minder profiteren van de behandeling, maar dat als vaders geïnccludeerd worden er wel grotere effecten op zowel kindgedrag als opvoedgedragingen worden gevonden dan als dit niet gebeurt (Lundahl, Tollefson, Risser, & Lovejoy, 2009).

Motivatie

De mate waarin mensen gemotiveerd zijn om te veranderen is van grote invloed gebleken op de effectiviteit en retentie van behandeling (Miller & Rollnick, 2002). Niet alleen bij ouders, maar ook bij jeugdigen zelf is het daarom zinvol om expliciet aandacht te besteden aan motivatie (De Lange et al., 2013). Voor interventie bij externaliserende gedragsproblemen bij kinderen is dit echter nog niet tot nauwelijks onderzocht. Wel is gebrek aan motivatie een belangrijk reden om voortijdig te stoppen met de behandeling, wat de effectiviteit natuurlijk niet ten goede komt. Omgekeerd lijken

betrokkenheid en actieve inzet van de cliënt bij de behandeling tot betere uitkomsten te leiden (Van Yperen, Booy, & Van der Veldt, 2003).

Cliëntfactoren op groepsniveau

Bij groepsprogramma's zouden bovendien cliëntkenmerken op groepsniveau de effectiviteit en retentie van behandeling kunnen beïnvloeden. Dit is zeer relevant, omdat groepssamenstellingen binnen de mogelijkheden van therapeuten liggen om aan te passen, in tegenstelling tot sommige eerdergenoemde cliëntfactoren (zoals SES en etniciteit). Tot op heden is echter eigenlijk alleen nog maar kwalitatief onderzoek gedaan naar de mate waarin groepssamenstelling de effectiviteit en retentie van behandeling van gezinsinterventies beïnvloedt. Deze studies laten bijvoorbeeld zien dat de voorkeur van cliënten vaak uitgaat naar homogene groepen (zie bijvoorbeeld Furlong & McGilloway, 2012), maar ander onderzoek laat onderzoek zien dat in sommige gevallen juist heterogeniteit in verband wordt gebracht met positieve effecten, bijvoorbeeld doordat ouders merken dat hun problematiek niet alleen in hun specifieke situatie van bijvoorbeeld een één oudergezin of lage SES voorkomt (Mørch et al., 2004).

Therapeutfactoren

Naast cliëntfactoren kan aangenomen worden dat ook therapeutfactoren van invloed zijn op de effectiviteit en retentie van behandelingen. Hierbij kan er zowel gedacht worden aan algemene factoren, die hoogstwaarschijnlijk voor de uitvoering van alle behandelingen zouden gelden als factoren die meer aan de uitvoering van een bepaald programma gebonden zijn.

Het is bekend uit algemeen onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie dat er ondanks het gebruik van geprotocolleerde handleidingen en gecontroleerde onderzoekssituaties nog altijd variatie bestaat in het effect dat verschillende therapeuten met hun interventies bereiken (Beutler et al., 2004; Wampold, 2001). Over het algemeen zijn er echter weinig demografische therapeutfactoren geïdentificeerd die significant bijdragen aan de effecten van behandeling; de effecten van factoren die wel gevonden worden zijn veelal inconsistent en klein. Opleidingsniveau, leeftijd en etniciteit bleken bijvoorbeeld slechts zeer beperkt van invloed te zijn op de effectiviteit van de interventie (Beutler et al., 2004). Van het aantal maanden ervaring en de ervaring met de behandeling die gegeven wordt, is wel bekend dat dit van invloed is op de effectiviteit (Huppert et al., 2001), waarbij opvalt dat therapeuten met minder ervaring juist meer effect sorteren (Brookman-Fraze, Haine, Baker-Ericzén, Zoffness, & Garland, 2010).

Daarnaast zijn er therapeutfactoren die meer gelieerd zijn aan de persoonlijkheid van de therapeut en zijn of haar mate van flexibiliteit in het toepassen van het protocol van het programma en het aanpassen van dit protocol aan cliënten met een andere culturele achtergrond. Vriendelijkheid van de therapeut – gerapporteerd door ouders – hangt samen met betere resultaten van de behandeling (Beutler et al., 2004). Ditzelfde geldt voor de mate waarin een therapeut in staat is om zich aan te passen aan verwachtingen en reacties van de cliënten, ook wel flexibiliteit binnen de therapeutische relatie genoemd (Duncan, Miller, & Sparks, 2004). Ook wordt door (Breuk et al., 2006) aangegeven dat de culturele sensitiviteit van de therapeut een belangrijke rol speelt bij het leveren van effectieve behandeling. Daarnaast wordt natuurlijk ook aangenomen dat meer algemene therapeutische/communicatievaardigheden (zoals luisteren, samenvatten, doorvragen) van invloed zullen zijn.

Daarnaast kan de uitvoering van een bepaald programma specifieke vaardigheden van therapeuten vragen, waarbij aangenomen kan worden dat variatie in die vaardigheden samenhangt met variatie in de uitvoering en effectiviteit van het betreffende programma. Zo is er voor Incredible Years een lijst opgesteld (Incredible Years Parent Group Peer and Self Evaluation Form) waarop alle factoren waaraan therapeuten voor dit specifieke programma moeten voldoen worden genoemd en kunnen worden gemeten (ten behoeve van de programma-integriteit). Het gaat hierbij om *group process skills* (bijvoorbeeld alle ouders in de groep aandacht geven en aanmoedigen, ouders zelf hun problemen op laten lossen, ouders van elkaar laten leren en elkaar laten steunen, een gevoel van veiligheid in de groep creëren), *leadership skills* (bijvoorbeeld de sessies op tijd beginnen en eindigen, structuur bieden tijdens sessies, belangrijke inhoud van de sessie overbrengen, flexibel om kunnen gaan met uitweiding van ouders over andere onderwerpen), *relationship building skills* (bijvoorbeeld humor gebruiken, normaliseren, samenwerken met ouders, ouders zich laten verplaatsen in hun kind), *knowledge and methods* (bijvoorbeeld de rationale uitleggen, waar nodig kennis van ontwikkeling van kinderen inzetten, gebruik maken van videofragmenten, rollenspel en modeling) en *parents' responses* (bijvoorbeeld, de ouders zijn betrokken, actief en evalueren de sessies positief).

Cliënt-therapeut alliantiefactoren

Naast cliënt- en therapeutfactoren is ook de kwaliteit van de interactie tussen beiden, de alliantie, van belang. Ten aanzien hiervan is bekend dat de sterkte van de relatie tussen cliënt en therapeut een belangrijke bijdrage levert aan verandering en een goede voorspeller van het resultaat van een interventie is (Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Stolk et al., 2008). De alliantie zelf lijkt moeilijk te voorspellen, waarbij de vroege alliantie beter voorspeld lijkt te kunnen worden dan alliantie zoals die later in de behandeling wordt gemeten (Hersoug, Monsen, Havik, & Høglend, 2001).

In het verlengde hiervan laat onderzoek zien dat het hanteren van een interactief leermodel dat ruimte geeft aan de eigen beleving en ideeën van ouders het meest succesvol is (Statham, 2000). Door het hanteren van een hanteren van bijvoorbeeld een collaboratief model – zoals binnen Incredible Years gebeurt, waarbij de therapeuten zich niet opstellen als expert maar samenwerken met ouders en hen zelf oplossingen voor hun problemen laten vinden – wordt het aansluiten op behoeften van ouders vergemakkelijkt en worden ouders niet afhankelijk gemaakt van hulpverleners (Davis & Meltzer, 2007).

Verder is voor het bereiken van een zo groot mogelijk effect van interventies een gemeenschappelijk uitgangspunt van belang (Knipscheer & Kleber, 2004). Er moet overeenstemming bestaan tussen wat therapeut en ouder willen bereiken, de interventie moet aansluiten bij de wensen en verwachtingen van de cliënt en er moet consensus over de doelen van de behandeling zijn (Bordin, 1979).

Ten slotte wordt in sommige studies gevonden dat het succes van behandeling toeneemt als bepaalde therapeutkenmerken overeenkomen met die van de ouders zelf, ook wel matching genoemd. Dit kan bijvoorbeeld zijn op SES of opleidingsniveau (Matthews et al., 2011), of op het zelf ouder zijn (Clarke & Churchill, 2012). Bij mentorprogramma's is matching relatief vaak gebruikt en goed onderzocht. In een meta-analyse (DuBois, Holloway, Valentine, & Cooper, 2002) was er in ongeveer de helft van de studies naar mentorprogramma's sprake van matching – met name op grond van gender, etniciteit en interesses – maar was matching niet significant gerelateerd aan de

gevonden effecten. Ook in een recente studie werd geen verschil in proces en uitkomsten gevonden tussen jongens die aan een vrouwelijke of mannelijke mentor gekoppeld waren (Kanchewa, Rhodes, Schwartz, & Olsho, 2014). Een andere studie (Blake-Beard, Bayne, Crosby, & Muller, 2011) lijkt echter te suggereren dat hoewel de matching geen invloed op de uitkomsten heeft, het matchen op grond van gender en etniciteit met name belangrijk wordt gevonden door personen van het vrouwelijke geslacht en personen met een donkere huidskleur. Bovendien rapporteerden diegenen waarbij matching op grond van gender of etniciteit had plaatsgevonden dat zij meer hulp hadden ontvangen.

Sterke en zwakke kanten van deze voorstudie

De huidige studie is met nadruk een *voorstudie* die in zeer beperkte tijd diende te worden uitgevoerd. Er zijn binnen deze studie daarom heel wat punten te noemen die bij een ander tijdsplan anders of verder uitgewerkt zouden zijn. Desondanks zijn er ook zeker sterke punten binnen de huidige studie te noemen. Een sterk punt van deze studie is dat we – binnen de beperkingen die door de tijd werden ingegeven – zo breed en gestructureerd mogelijk te werk zijn gegaan bij het zoeken naar programma's en informatie daarover: we hebben zowel naar Nederland als naar het buitenland gekeken, hebben ons niet beperkt tot gepubliceerd werk en hebben ook zoveel mogelijk contact gezocht met contactpersonen voor de betreffende programma's om zo de kwaliteit van ons werk te optimaliseren. Sterk aan deze studie is ook dat we al tijdens deze voorstudie het "veld" hebben geraadpleegd middels de survey. De respons binnen deze survey is ook zeker een sterke kant te noemen, hoewel de behandelaars uitgevoerde interventies tevens laat zien dat er mogelijk sprake is van een "ons kent ons" effect; een aantal grotere programma's lijken oververtegenwoordigd te zijn.

Een zwak punt binnen het door ons samengestelde kennisoverzicht (Bijlage 2) van publicaties en grijze literatuur is dat de feitelijke inhoud niet is weergegeven: de referentie geeft aan dat er onderzoek heeft plaatsgevonden, maar niet wat het resultaat was. Hoewel de meeste documenten wel inhoudelijk zijn gecheckt (op bijvoorbeeld relevantie) valt uit de opname in het kennisoverzicht niet op te maken of de genoemde studie ook feitelijk bewijs voor de effectiviteit van het programma levert: het kan immers ook om nulresultaten of negatieve resultaten gaan. Hoewel uit de bijlage wel valt op te maken of er veel of weinig onderzoek naar een bepaald programma is verricht, blijft het daardoor enigszins de vraag hoe sterk het bewijs is voor de individuele programma's.

Bij het coderen van programma's waren wij afhankelijk van het materiaal dat wij voor een bepaald programma beschikbaar hadden. Daardoor was niet altijd de gewenste informatie voorhanden en moesten er soms keuzes worden gemaakt op basis van beperkte informatie, een probleem dat ook bijvoorbeeld speelt bij meta-analyses (zie bijvoorbeeld Kaminski et al., 2008; McCart et al., 2006; Menting et al., 2013). In dit geval kunnen er hierdoor echter ook verschillen in de codering tussen verschillende programma's zijn ontstaan. Voor het ene programma was er bijvoorbeeld een handleiding beschikbaar en/of een expert te raadplegen, terwijl er voor een ander programma hoofdzakelijk op basis van de uitgebreide omschrijvingen in de DEI diende te worden gecodeerd. Omdat geen bewijs voor aanwezigheid van een bepaalde techniek als "niet aanwezig" werd gecodeerd, kan dit bij de programma's met beperkte informatie hebben geleid tot een onderschatting van het aantal gebruikte technieken. Tegelijkertijd blijft het echter de vraag of handleidingen en experts ook daadwerkelijk tot betrouwbare informatie leiden: wellicht wordt het aantal gehanteerde technieken hierbij ook juist overschat doordat de handleiding meer technieken beschrijft dan er in de praktijk gehanteerd worden en doordat therapeuten alle werkzame elementen in het programma dat zij zelf geven terugzien, zoals ook min of meer uit de survey bleek. Wellicht is

daarom de meest zuivere manier om middels onafhankelijke (video-)observaties te coderen wat er daadwerkelijk tijdens de interventie gebeurt.

Een zwakte in het huidige codeerschema is daarbij dat de dosering of het belang van de verschillende technieken binnen een programma niet goed weer te geven was. Ook wordt uit de codering niet altijd duidelijk bij welke cliënt een bepaalde techniek werd ingezet: bij de jongere zelf of bij zijn ouders? En interacties tussen de werkzame elementen worden in de huidige studie al helemaal niet duidelijk. Binnen een vervolgstudie zal daarom bezien moeten worden in hoeverre het mogelijk is om dergelijke zaken mee te nemen in de codering.

Hoewel op een aantal manieren getracht is om de kwaliteit van de coderingen te bewaken (zie ook paragraaf 2.3.3), is het een zwak punt dat de coderingen niet binnen het consortium dubbel zijn gecodeerd en dat niet alle coderingen zijn gecontroleerd. Hoewel de codering voor een aantal programma's goed overeenkwam met de codering die onafhankelijk binnen een ander consortium was uitgevoerd en er binnen het consortium uitgegaan werd van dezelfde definities, bleef er enige ruimte voor eigen interpretatie. Daardoor zou het mogelijk kunnen zijn dat niet alleen een bepaalde codering door een ander persoon anders zou zijn gedaan, maar ook dat programma's die door dezelfde persoon zijn gecodeerd wat meer op elkaar zijn gaan lijken. Omdat hierbij ook de sterkte van het bewijs én de technieken door dezelfde persoon werden gecodeerd, zou dit met name ten aanzien van de programma's met het sterkste bewijs (zie paragraaf 3.6) vertekenend kunnen hebben uitgepakt. Bij "coulant" coderen zou dit bijvoorbeeld kunnen leiden tot het positief scoren van relatief veel technieken bij programma's met het meeste "bewijs".

6. Suggesties voor vervolgonderzoek

Uit deze en eerdere inventarisaties van kenmerken van effectieve interventies voor externaliserende gedragsproblemen blijken robuuste en substantiele positieve effecten van interventies met een aantal gemeenschappelijke kenmerken (zie bijv. ook McCart e.a., 2006; Menting e.a., 2014). Tegelijkertijd is de grootte van deze effecten bescheiden, en worden deze effecten niet bij alle kinderen en gezinnen bereikt. Bovendien blijken de meest effectieve interventies slechts bij weinig kinderen en gezinnen in Nederland te worden ingezet.

Urgente vragen voor vervolgonderzoek zijn dan ook hoe (elementen van) effectieve interventies breder kunnen worden ingezet en hoe de effectiviteit van interventie verder te vergroten is.

Wat betreft een betere inzet van bewezen effectieve (elementen van) interventies lijkt het ons zinvol vervolgonderzoek te richten op drie veelgenoemde obstakels bij implementatie: (1) modules ter voorkoming van vermeende rigiditeit van protocollen, (2) inzicht in kosten en baten van individuele versus groepsgewijze interventies en (3) effectiviteit van interventies bij verschillende doelgroepen. (1) Uit onze inventarisatie blijkt dat een heldere structuur van programma's en supervisie op getrouwe uitvoering belangrijke elementen zijn van effectieve interventies. Tegelijkertijd hebben wij de indruk dat in de praktijk strak geprotocolleerde interventies nogal eens worden gemist vanuit de veronderstelling dat een protocol geen ruimte zou laten voor aanpassingen aan specifieke kenmerken, wensen en behoeften van individuele kinderen en gezinnen. Dit lijkt ons gedeeltelijk koudwaterrees, aangezien de protocollen in deze inventarisatie nu juist handvaten bieden om individuele doelen en behoeften te inventariseren en er op in te spelen. Desalniettemin zou het zinvol zijn te experimenteren met vormen van structurering van interventies die meer ruimte bieden om per clientsysteem modules van werkzame elementen in te zetten. Te denken valt bijvoorbeeld aan een kernmodule oudertraining voor kinderen tot 12 jaar met aanvullende modules afhankelijk van kind- en gezinskenmerken, zoals psycho-educatie over ADHD, praktisch ehulp bij schulden of huisvestingsproblemen, of versterking van sociale netwerken van ouders. In een experiment zouden effecten, toepasbaarheid en kosten van een dergelijke modulaire aanpak kunnen worden vergeleken met een standaard geprotocolleerde interventie. (2) Uit de inventarisatie komt niet helder naar voren voor welke clientsystemen groepsgewijze danwel individuele behandeling de voorkeur verdient. Dit is een belangrijke vraag voor breder implementatie, aangezien groepsgewijze interventie vele malen goedkoper is, maar wel minder flexibel qua werving en vormgeving (er moet immers altijd met een hele groep tegelijk gestart worden). Voor bredere implementatie van interventies lijkt het ons dan ook raadzaam om experimenteel de effecten en kosteneffectiviteit van individuele vs groepsgewijze interventie te toetsen bij verschillende doelgroepen. (3) De geïnventariseerde interventies zijn lang niet alle onderzocht bij diverse doelgroepen die in de huidige jeugdzorg minder goed bereikt worden, zoals migranten gezinnen, laagopgeleide of arme gezinnen, of gezinnen met een kind (of ouder) met een verstandelijke beperking. Wel is in meta-analyses aangetoond dat effecten van oudertrainingen bij kinderen tot ongeveer twaalf jaar even sterk zijn bij zeer diverse doelgroepen, ook in Nederland (zie bijvoorbeeld Leijten, 2014). Het lijkt ons belangrijk deze kennis uit te breiden naar de leeftijdsgorpe van twaalf jaar en ouder, door bereik en effecten van interventies voor oudere kinderen ook binnen deze diversiteit aan doelgroepen te bestuderen.

Misschien nog wel belangrijker dan het inzetten van de in deze inventarisatie gevonden elementen lijkt ons het vergroten van de effectiviteit van interventies. Hierbij bieden de gevonden werkzame elementen een aantal aanknopingspunten om effectiever aan sleutelementen te werken. Een aantal elementen lijkt qua aanpak wel uitgekristalliseerd. Zo zijn de operante aanpak in oudertrainingen, functie-analyses en psycho-educatie al zeer goed uitgewerkte elementen, waar wellicht weinig aan te verbeteren valt (behalve scherp zicht op een goede uitvoering). Minder duidelijk uitgewerkte elementen die wel in de meeste effectieve interventies aan de orde komen zijn aansluitende versterken van de motivatie bij clientsystemen en het beïnvloeden van cognities van cliënten. Deze elementen worden wel veel genoemd, maar de exacte wijze waarop zij worden vormgegeven verschilt sterk tussen interventies en er lijkt voor beide elementen geen optimale benadering te zijn uitgekristalliseerd. Dit is jammer, aangezien we uit experimenteel onderzoek weten dat exact gerichte nauwkeurige beïnvloeding van motivaties en cognities al bij hele kleine (en dus goedkope en uitvoerbare) dosering sterke effecten kan hebben (zie bijvoorbeeld Yeager e.a., 2015). Er lijkt dan ook veel winst te boeken door systematisch te experimenteren met de werkzame elementen motivering van cliënten en beïnvloeding van cognities. Een sterke opzet zou zijn om binnen een bewezen effectieve behandeling een experiment uit te voeren waarbij in verschillende condities verschillende motiveringstechnieken en verschillende cognitieve modules worden gebruikt.

Een aantal van de genoemde thema's voor vervolgonderzoek lijkt ons goed te combineren door op een slimme manier bereik, effectiviteit en kosten/baten van een set behandelmodules te toetsen met diverse doelgroepen. Daarbij zou een kern van oudertraining afhankelijk van kenmerken van gezinnen kunnen worden aangevuld met verschillende kind- en oudergerichte modules. Binnen dit framework zouden dan experimenteel groepsgewijze modules kunnen worden vergeleken met individuele modules, en modules met verschillende vormen van motivering en verschillende vormen van cognitieve technieken met elkaar kunnen worden vergeleken.

Overigens lopen naast het hier voorgestelde vervolgonderzoek lop dit moment al een aantal vervolgstudies naar client- en therapeutfactoren (binnen dit ZonMW programma), effecten bij kinderen met een verstandelijke beperking (idem) en een mega-analyse naar effectiviteit bij diverse doelgroepen (in Europees verband). Omdat deze projecten al lopen hebben we ze hier niet nogmaals genoemd als gewenst vervolgonderzoek.

Referenties

Manuscripten die gebruikt zijn voor de codering van de programma's zijn weergegeven met een asterisk (). Daarnaast zijn er ook websites voor de codering geraadpleegd.ⁱ*

- *Abbott, D. A., Meredith, W. H., Self-Kelly, R., & Davis, M. E. (1997). The influence of a Big Brothers program on the adjustment of boys in single-parent families. *The Journal of Psychology*, 131(2), 143–156. doi:10.1080/00223989709601959
- *Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2012). Parent–Child Interaction Therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 24. doi:10.1186/1753-2000-6-24
- *Addink, A. (2012). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Samen Stevig Staan. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- *Albrecht, G. (2015). Parent Management Training Oregon Model (PMTO): Werkblad beschrijving interventie. Duivendrecht: PI Research.
- Alink, L. R. A., Mesman, J., Van Zeijl, J., Stolk, M. N., Juffer, F., Koot, H. M., ... Van IJzendoorn, M. H. (2006). The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Development*, 77(4), 954–966. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00912.x
- *Ambulatorium Ottho Gerhard Heldring (n.d.-a). *Huiswerkboekje: Training vaardigheden voor ouders/opvoeders (VVO)*. Zetten: Ottho Gerhard Heldringstichting.
- *Ambulatorium Ottho Gerhard Heldring (n.d.-b). *Management en evaluatie handleiding: Training vaardigheden voor ouders/opvoeders (VVO)*. Zetten: Ottho Gerhard Heldringstichting.
- *Ambulatorium Ottho Gerhard Heldring (n.d.-c). *Programma handleiding: Training vaardigheden voor ouders/opvoeders (VVO)*. Zetten: Ottho Gerhard Heldringstichting.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39–55. doi:10.1037/a0018362
- *Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., Van der Laan, P. H., & Prins, P. J. M. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9(2), 169–187. doi:10.1007/s11292-012-9165-9
- *Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W., Van der Laan, P. H., Prins, P. J. M., Van Arum, S., & Dutch MST Cost-Effectiveness Group (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10(2), 227–243. doi:10.1007/s11292-013-9198-8
- Assemany, A. E., & McIntosh, D. E. (2002). Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the Schools*, 39(2), 209–220. doi:10.1002/pits.10032

- *Baglivio, M. T., Jackowski, K., Greenwald, M. A., & Wolff, K. T. (2014). Comparison of Multisystemic Therapy and Functional Family Therapy effectiveness: A multiyear statewide propensity score matching analysis of juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 41(9), 1033–1056. doi:10.1177/0093854814543272
- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal of Mental Retardation*, 107(6), 433–444. doi:10.1352/0895-8017(2002)107<0433:BPAPSI>2.0.CO;2
- Barkley, R. A. (1998). *Opstandige kinderen: Een compleet ouder-trainingsprogramma*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- *Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 926–941. doi:10.1037/0022-006X.69.6.926
- *Barnoski, R., & Aos, S. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia. Retrieved from www.wsipp.wa.gov
- *Bartelink, C. (1997). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving "Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma." Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Barth, R. P., & Liggett-Creel, K. (2014). Common components of parenting programs for children birth to eight years of age involved with child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 40, 6–12. doi:10.1016/j.chilyouth.2014.02.004
- Bartol, C. R. (2008). Resilience and antisocial behavior. In *Current perspectives in forensic psychology and criminal behavior* (pp. 81–95). London: Sage.
- *Bastiaanssen, I., Veerman, J. W., & De Mey, W. (2011). STOP4-7 vermindert gedragsproblemen bij jonge kinderen. *Jeugd En Co Kennis*, 5(2), 8–17. doi:10.1007/s12450-011-0014-7
- Beauchaine, T. P., & Gatzke-Kopp, L. M. (2012). Instantiating the multiple levels of analysis perspective in a program of study on externalizing behavior. *Development and Psychopathology*, 24(3), 1003–1018. doi:10.1017/S0954579412000508
- *Beerthuisen, M. G. C. J., De Wied, M. A., & Orobio de Castro, B. (2011). *Uitvoering van de gedragsinterventie Agressie Regulatie op Maat bij jongeren met een strafrechtelijke titel*. Den Haag: WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie.
- *Berends, I. (2010). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Signalering en Preventieve Interventie bij antisociaal gedrag (SPRINT). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- *Berger, M., Bierling, I., Van Dam, C., & Wijgergangs, H. (2006). *IOG-Erger voorkomen: De methodiekhandleiding*. Lichtenvoorde: Forum.

- Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., & Noble, S. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227–306). New York, NY: Wiley.
- Bevaart, F. (2013). *Ethnic differences in pathways in care for young children with problem behaviour: Road work in progress*. Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/39214>
- Big Brothers/Big Sisters of America. (1988). *Program Management Manual*. Philadelphia: Big Brothers/Big Sisters of America.
- *Bijlage 02 Overzicht OvTJ interventies ouders. (n.d.).
- *Bijlage 17b Theoretische onderbouwing OUDERS van tegendraadse Jeugd. (n.d.).
- *Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., & Ogden, T. (2015). Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following Parent Management Training. *Child & Family Behavior Therapy, 37*(1), 1–19. doi:10.1080/07317107.2015.1000227
- Blake-Beard, S., Bayne, M. L., Crosby, F. J., & Muller, C. B. (2011). Matching by race and gender in mentoring relationships: Keeping our eyes on the prize. *Journal of Social Issues, 67*(3), 622–643. doi:10.1111/j.1540-4560.2011.01717.x
- Blase, K., & Fixsen, D. (2013). *Core intervention components: Identifying and operationalizing what makes programs work*. ASPE Research brief. Washington, DC. Retrieved from <http://eric.ed.gov/?id=ED541353>
- *Boendermaker, L., Lekkerkerker, L., Deković, M., Foolen, N., & Vermeij, K. (2010). *Oudertrainingen bij de jeugdreclassering*. Utrecht: NJi en Universiteit Utrecht.
- Borden, L. A., Schultz, T. R., Herman, K. C., & Brooks, C. M. (2010). The Incredible Years Parent Training program: Promoting resilience through evidence-based prevention groups. *Group Dynamics, 14*(3), 230–241. doi:10.1037/a0020322
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- *Breg, A., Abrahamse, M., Heiner, W., & Coelman, F. (2014). *Parent-Child Interaction Therapy: Werkblad beschrijving interventie*. Amsterdam: De Bascule.
- *Breuk, R. E., Sexton, T. L., Van Dam, A., Disse, C., Doreleijers, T. A. H., Slot, W. N., & Rowland, M. K. (2006). The implementation and the cultural adjustment of Functional Family Therapy in a Dutch psychiatric day-treatment center. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*(4), 515–529. doi:10.1111/j.1752-0606.2006.tb01625.x
- Brookman-Fraze, L., Haine, R. A., Baker-Ericzén, M., Zoffness, R., & Garland, A. F. (2010). Factors associated with use of evidence-based practice strategies in usual care youth psychotherapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 37*(3), 254–269. doi:10.1007/s10488-009-0244-9

- *Brugman, D., & Bink, M. D. (2011). Effects of the EQUIP peer intervention program on self-serving cognitive distortions and recidivism among delinquent male adolescents. *Psychology, Crime & Law*, 17(4), 345–358. doi:10.1080/10683160903257934
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent psychology: A contextual approach* (second edi.). London: Routledge.
- *Cary, M., Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., & Byford, S. (2013). Economic evaluation of Multisystemic Therapy for young people at risk for continuing criminal activity in the UK. *PLoS ONE*, 8(4), 4–9. doi:10.1371/journal.pone.0061070
- *Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., ... Bonner, B. L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500–510. doi:10.1037/0022-006X.72.3.500
- *Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, outcomes, and progress in dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 303–312. doi:10.1016/S1077-7229(03)80048-2
- *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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 187–193. doi:10.1037/0022-006X.75.1.187
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1991). Using a specialized foster care community treatment model for children and adolescents leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology*, 19(3), 266–276. doi:10.1002/1520-6629(199107)19:3<266::AID-JCOP2290190310>3.0.CO;2-5
- Charles, J. M., Bywater, T., & Edwards, R. T. (2011). Parenting interventions: A systematic review of the economic evidence. *Child: Care, Health and Development*, 37(4), 462–474. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01217.x
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 566–579. doi:10.1037/a0014565
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7(1), 5–20. doi:10.1007/s11020-005-1962-6
- Clarke, K., & Churchill, H. (2012). “A chance to stand back”: Parenting programmes for parents of adolescents. *Children and Society*, 26(4), 316–327. doi:10.1111/j.1099-0860.2010.00346.x
- Collins, L. M., Murphy, S. A., Nair, V. N., & Strecher, V. J. (2005). A strategy for optimizing and evaluating behavioral interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(1), 65–73. doi:10.1207/s15324796abm3001_8
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1992). A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The FAST Track program. *Development and Psychopathology*, 4(4), 509–527. doi:10.1017/S0954579400004855

- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L., Whitbeck, L. B., ... Lorenz, F. (1992). A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Development, 63*(3), 526–541. doi:10.2307/1131344
- Conrod, P. J., Castellanos, N., & Mackie, C. (2008). Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 49*(2), 181–90. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01826.x
- Coyne, J. C., & Kwakkenbos, L. (2013). Triple P-Positive Parenting programs: the folly of basing social policy on underpowered flawed studies. *BMC Medicine, 11*(1), 11. doi:10.1186/1741-7015-11-11
- *Currie, M. R., Wood, C. E., Williams, B., & Bates, G. W. (2012). Aggression Replacement Training (ART) in Australia: A longitudinal youth justice evaluation. *Psychiatry, Psychology and Law, 19*(4), 577–604. doi:10.1080/13218719.2011.615807
- *Dam, P., & Prinsen, B. (2013). *Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: Verdonck, Klooster & Associates/de Opvoedzaak.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review, 18*(1), 23–45. doi:10.1016/S0272-7358(97)00043-3
- Davis, H., & Meltzer, L. (2007). *Working in partnership through early support: Distance learning text*.
- *De Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., De Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behavior Modification, 32*(5), 714–735. doi:10.1177/0145445508317134
- De Lange, M., Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2013). *Onderbouwing Richtlijn ernstige gedragsproblemen*. Utrecht: Nederlands jeugdinstituut.
- *De Mey, W. (2010). *Begeleiding van ouders van jonge kinderen met gedragsproblemen vanuit een sociaalpedagogisch en ontwikkelingspsychopathologisch perspectief*. Universiteit Gent, Gent.
- *De Mey, W. (2015). STOP 4-7 - Samen sterker Terug Op Pad: Werkblad beschrijving interventie. Gent: Universiteit van Gent.
- *De Mey, W., & Bastiaanssen, I. (2010). Samen sterker Terug Op Pad. In *EUSARF Groningen*.
- *De Mey, W., & Braet, C. (2011). STOP4–7, an early intervention for children with behavioural disorders: Client characteristics and preliminary findings. *European Journal of Developmental Psychology, 8*(2), 203–214. doi:10.1080/17405620903513943
- *De Mey, W., Coussée, F., Vandenbroeck, M., & Bouverne-De Bie, M. (2009). Social work and parent support in reaction to children's antisocial behaviour: Constructions and effects. *International Journal of Social Welfare, 18*(3), 299–306. doi:10.1111/j.1468-2397.2008.00609.x
- De Mey, W., Messiaen, V., Van Hulle, N., Merlevede, E., & Winters, S. (2005). *Samen sterker Terug Op Pad: Een vroege interventie voor jonge kinderen met gedragsproblemen*. Amsterdam: SWP.

- De Vries, S. L. A., Hoeve, M., Assink, M., Stams, G. J. J. M., & Asscher, J. J. (2015). Practitioner review: Effective ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency - recommendations for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*, 108–121. doi:10.1111/jcpp.12320
- *De Vries, W. (2008). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Triple P. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- *De Wit, D. J., Lipman, E., Manzano-Munguia, M., Bisanz, J., Graham, K., Offord, D. R., ... Shaver, K. (2007). Feasibility of a randomized controlled trial for evaluating the effectiveness of the Big Brothers Big Sisters community match program at the national level. *Children and Youth Services Review*, *29*(3), 383–404. doi:10.1016/j.childyouth.2006.09.003
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*(8), 1087–1098. doi:10.1111/1469-7610.00235
- *Dekkers, S., & Kriek, F. (2006). *Ontwikkelderzoek interventies "Ouders van tegendraadse jeugd": Eindrapport*. Amsterdam: Regioplan.
- Deković, M. (2010). Effecten van interventies: Baat het niet, dan schaadt het niet? *Kind & Adolescent*, *31*, 98–101.
- *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*, *80*(4), 574–587. doi:10.1037/a0028482
- Deković, M., Slagt, M. I., Asscher, J. J., Boendermaker, L., Eichelsheim, V. I., & Prinzie, P. (2011). Effects of early prevention programs on adult criminal offending: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*(4), 532–44. doi:10.1016/j.cpr.2010.12.003
- Deković, M., & Stoltz, S. (in press). Treatment of youth who show externalizing problem behavior. In M. Maric, P. J. M. Prins, & T. H. Ollendick (Eds.), *Mediators and moderators of youth treatment outcomes*. New York: Oxford University Press.
- Dionne, R., Davis, B., & Sheeber, L. (2009). Initial evaluation of a cultural approach to implementation of evidence-based parenting interventions in American Indian communities. *Journal of Community Psychology*, *37*(7), 911–921. doi:10.1002/jcop.20336
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *The American Psychologist*, *54*(9), 755–764. doi:10.1037/0003-066X.54.9.755
- Dishion, T. J., & McMahon, R. J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *1*(1), 61–75. doi:10.1023/A:1021800432380
- Dodge, K. A., Coie, J. D., & Lynam, D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3 Social, Emotional, and Personality Development* (6th ed., pp. 719–788). New York: Wiley.

- Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Sandercock, J., Bayliss, S., ... Taylor, R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment, 9*(50), 1–253.
- 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*(2), 157–197. doi:10.1023/A:1014628810714
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- *Dunsmore, J. C., Booker, J. A., Ollendick, T. H., & Greene, R. W. (2015). Emotion socialization in the context of risk and psychopathology: Maternal emotion coaching predicts better treatment outcomes for emotionally labile children with Oppositional Defiant Disorder. *Social Development. doi:10.1111/sode.12109*
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 327–350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Eddy, J. M., & Chamberlain, P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 857–863. doi:10.1037/0022-006X.68.5.857
- Eenshuistra, R. M., Regterschot-Van Lindheim, H., & Tjaden, J. (2014). *Uitkomsten 5 jaar FFT*. Duivendrecht: PI Research.
- *Elling, M. W. (2009). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving EQUIP. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Embry, D. D., & Biglan, A. (2008). Evidence-based kernels: Fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 11*, 75–113. doi:10.1007/s10567-008-0036-x
- Evenboer, K. E., Huyghen, A. M. N., Tuinstra, J., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2012). A taxonomy of care for youth: Results of an empirical development procedure. *Research on Social Work Practice, 22*(6), 637–646. doi:10.1177/1049731512448546
- *Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., Mcneil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy, 23*(4), 1–20. doi:10.1300/J019v23n04_01
- *Eyberg, S. M., & Members of the child study laboratory (1999). *Parent-Child Interaction Therapy: Integrity checklists and session materials*. Retrieved from [http://pcit.php.ufl.edu/Presentations/PCIT Integrity Checklists and Materials 4-13-06.pdf](http://pcit.php.ufl.edu/Presentations/PCIT%20Integrity%20Checklists%20and%20Materials%204-13-06.pdf)
- Fabes, R., & Eisenberg, N. (1992). Young children's coping with interpersonal anger. *Child Development, 63*, 116–128. doi:10.1111/j.1467-8624.1992.tb03600.x

- Farrington, D. (1986). Age and crime. *Crime and Justice: An Annual Review of Research*, 7, 189–250. doi:10.1086/449114
- Fisher, P., & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional Treatment Foster Care: A program for intensive parenting, family support, and skill building. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(3), 155–164. doi:10.1177/10634266000800303
- Foolen, N., Ince, D., De Baat, M., & Daamen, W. (2013). Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from http://www.jeugdinterventies.nl/nl/WatWerkt_Gedragsproblemen.pdf
- Forgatch, M. S. (1994). *Parenting through change: A training manual*. Eugene, OR: Oregon Social Learning Center.
- *Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of Parent Management Training. *Behavior Therapy*, 36(1), 3–13. doi:10.1016/S0005-7894(05)80049-8
- *Forgatch, M. S., Patterson, G. R., Degarmo, D. S., & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21(2), 637–660. doi:10.1017/S0954579409000340
- *Foster, E. M., Olchowski, A. E., & Webster-Stratton, C. (2007). Is stacking intervention components cost-effective? An analysis of the Incredible Years program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1414–1424. doi:10.1097/chi.0b013e3181514c8a
- Furey, W. M., & Basili, L. a. (1988). Predicting consumer satisfaction in parent training for noncompliant children. *Behavior Therapy*, 19(4), 555–564. doi:10.1016/S0005-7894(88)80023-6
- Furlong, M., & McGilloway, S. (2012). The Incredible Years Parenting program in Ireland: A qualitative analysis of the experience of disadvantaged parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(4), 616–630. doi:10.1177/1359104511426406
- 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(5), 505–514. doi:10.1097/CHI.0b013e31816765c2
- Gestsdóttir, S., & Lerner, R. M. (2007). Intentional self-regulation and positive youth development in early adolescence: Findings from the 4-h study of positive youth development. *Developmental Psychology*, 43(2), 508–521. doi:10.1037/0012-1649.43.2.508
- Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Goldstein, A. P. (1995). *The EQUIP program: Teaching youth to think and act responsibly through a peerhelping approach*. Champaign, Ill: Research Press.
- *Goldfine, M. E., Wagner, S. M., Branstetter, S. A., & McNeil, C. B. (2008). Parent-Child Interaction Therapy: An examination of cost-effectiveness. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5(1), 119–141. doi:10.1037/h0100414
- *Goldstein, A. P., & Glick, B. (1994). Aggression Replacement Training: Curriculum and evaluation. *Simulation & Gaming*, 25(1), 9–26. doi:10.1177/1046878194251003

- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, Ill: Research Press.
- *Green, J. M., Biehal, N., Roberts, C., Dixon, J., Kay, C., Parry, E., ... Sinclair, I. (2014). Multidimensional Treatment Foster Care for adolescents in English care: Randomised trial and observational cohort evaluation. *British Journal of Psychiatry*, 204(3), 214–221. doi:10.1192/bjp.bp.113.131466
- *Grossman, J. B., & Rhodes, J. E. (2002). The test of time: Predictors and effects of duration in youth mentoring relationships. *American Journal of Community Psychology*, 30(2), 199–219. doi:10.1023/a:1014680827552
- Grossman, J. B., & Tierney, J. P. (1998). Does mentoring work?: An impact study of the Big Brothers Big Sisters program. *Evaluation Review*, 22(3), 403–426. doi:10.1177/0193841X9802200304
- Hamilton, S. B., & MacQuiddy, S. L. (1984). Self-administered behavioral parent training: Enhancement of treatment efficacy using a time-out signal seat. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13(1), 61–69. doi:10.1080/15374418409533171
- *Harrison, N., Juris, N., Stern, D., & Stern, S. (2008). Cost-Benefit Evaluation for the Big Brother/Big Sister Program. Retrieved from www.people.virginia.edu
- Haspels, M., Teunissen, A., Egas Reparaz, I., Van Leeuwen, E., & Verdonk, M. (2009). *SPRINT-map voor trainers*. Duivendrecht: PI Research.
- *Helmond, P. (2013). *Inside out: Program integrity and effectiveness of the cognitive-behavioral program EQUIP for incarcerated youth* (Proefschrift). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- *Helmond, P., Overbeek, G., & Brugman, D. (2012). Program integrity and effectiveness of a cognitive behavioral intervention for incarcerated youth on cognitive distortions, social skills, and moral development. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1720–1728. doi:10.1016/j.childyouth.2012.05.001
- *Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 64–71. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021
- *Henggeler, S. W. (2011). Efficacy studies to large-scale transport: The development and validation of multisystemic therapy programs. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 351–381. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104615
- *Henggeler, S. W., & Lee, T. (2003). Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 301–322). New York: Guilford Press. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2003-88002-016&site=ehost-live> \n<http://www.barnaverndarstofa.is/files/file279.pdf>
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

- *Herrera, C., Sipe, C. L., & McClanahan, W. S. (2000). *Mentoring school-age children: Relationship development in community-based and school-based programs*. Philadelphia, PA: Public/Private Ventures.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Høglend, P. (2001). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71*(1), 18–27. doi:10.1159/000049340
- *Hodes, M. W., Meppelder, H. M., Schuengel, C., & Kef, S. (2014). Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities: A process evaluation. *Attachment & Human Development*, *16*(4), 387–401. doi:10.1080/14616734.2014.912490
- *Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J., & Liddle, H. (2006). Treatment techniques and outcomes in Multidimensional Family Therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Family Psychology*, *20*(4), 535–543. doi:10.1037/0893-3200.20.4.535
- *Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*(3), 419–429. doi:10.1207/S15374424JCCP3203_10
- *Hoogsteder, L. M. (2007). *Theoretische Handleiding: Agressie Regulatie op Maat*. Den Helder: R.I.J. De Doggershoek.
- Hoogsteder, L. M. (2009). *Theoretische handleiding Agressie Regulatie op Maat Ambulant*. Utrecht: De Waag.
- *Hoogsteder, L. M. (2014a). *Chapter 1: General introduction* (Hoofdstuk uit proefschrift). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- *Hoogsteder, L. M. (2014b). *Chapter 6: Summary and general discussion* (Hoofdstuk uit proefschrift). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- *Hoogsteder, L. M., Hendriks, J., Van Horn, J. E., & Wissink, I. B. (2012). Agressie Regulatie op maat: Een evaluatiestudie in een justitiële jeugdinrichting. *Orthopedagogiek: Onderzoek & Praktijk*, *51*(11), 481–495.
- *Hoogsteder, L. M., Kuijpers, N., Stams, G. J. J. M., Van Horn, J. E., Hendriks, J., & Wissink, I. B. (2014). Study on the effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, *13*(1), 25–35. doi:10.1080/14999013.2014.893711
- *Hordijk, S., & Nikken, P. (2009). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) - Erger Voorkomen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Horvath, A. O. [Ed], & Greenberg, L. S. [Ed]. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1994-97518-000>

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), 747–755. doi:10.1037/0022-006X.69.5.747
- *Ince, D. (2007). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- *Ince, D. (2009). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: Long-term follow-up. *Child: Care, Health and Development, 34*(3), 380–390. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x
- *Jonkman, C. S., Schuengel, C., Lindeboom, R., Oosterman, M., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2013). The effectiveness of Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P) for young children with severe behavioral disturbances: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 14*(1), 197. doi:10.1186/1745-6215-14-197
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2008). *Handleiding VIPP-SD: Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline*. Leiden: Universiteit Leiden.
- *Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2014). Attachment-based interventions: Sensitive parenting is the key to positive parent-child relationships. In P. Holmes & S. Farnfield (Eds.), *The Routledge handbook of attachment: Implications and interventions* (pp. 83–103). London: Routledge.
- *Kalinauskienė, L., Cekuoliene, D., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: The Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health and Development, 35*(5), 613–623. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00962.x
- Kaminski, J. W., 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. doi:10.1007/s10802-007-9201-9
- Kanchewa, S. S., Rhodes, J. E., Schwartz, S. E. O., & Olsho, L. E. W. (2014). An investigation of same- versus cross-gender matching for boys in formal school-based mentoring programs. *Applied Developmental Science, 18*(1), 31–45. doi:10.1080/10888691.2014.876251
- Karriker-Jaffe, K. J., Foshee, V. A., Ennett, S. T., & Suchindran, C. (2008). The development of aggression during adolescence: Sex differences in trajectories of physical and social aggression

- among youth in rural areas. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1227–1236.
doi:10.1007/s10802-008-9245-5
- *Kassenaar, F., Bleumer, P., De Bruyn, D., & Tiemesen, T. (2010). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving ART Aggression Replacement Training. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Kazdin, A. E. (2003). Problem-Solving Skills Training and parent management training for conduct disorder. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 241–262). New York: Guilford Press.
- Kenniscentrum PMTO Nederland. (2014). *Effectiviteit van PMTO in de praktijk: Uitkomsten van de behandeling (2012-2014)*. Duivendrecht: PI Research.
- Klein Velderman, M., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2008). A case study and process evaluation of video feedback to promote positive parenting alone and with representational attachment discussions. In F. Juffer, M. Bakermans-Kranenburg, & M. H. Van IJzendoorn (Eds.), *Promoting Positive Parenting: An attachment-based intervention* (pp. 23–36). New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- *Klietz, S. J., Borduin, C. M., & Schaeffer, C. M. (2010). Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 657–666.
doi:10.1037/a0020838
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2004). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental-health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 543–554. doi:10.1002/jclp.20008
- Kochanska, G., Coy, K. C., & Murray, K. T. (2001). The development of self-regulation in the first four years of life. *Child Development*, 72(4), 1091–111. doi:10.1111/1467-8624.00336
- Kok, J. M., Menkehorst, G. A. B. M., Naayer, P. M. H., & Zandberg, T. (1991). *Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma: Ontwikkeling, invoering en effectmeting*. Assen: Dekker & Van de Vegt.
- *Korte uitleg rond het STOP 4-7-programma. (n.d.). Retrieved from http://www.stop4-7.be/files/korte_uitleg_rond_het_STOP_4-7-programma.ppt
- Kratochwill, T. R., Elliott, S. N., Loitz, P. A., Sladeczek, I., & Carlson, J. S. (2003). Conjoint consultation using self-administered manual and videotape parent–teacher training: Effects on children’s behavioral difficulties. *School Psychology Quarterly*, 18(3), 269–302.
doi:10.1521/scpq.18.3.269.22574
- Kruuk, J. M. P., & Hüdepohl, M. H. (2007). *Handleiding Alles Kidzzz: Een preventief programma voor kinderen met externaliserende gedragsproblemen*. Den Bosch: Reinier van Arkel Groep.
- 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* (pp. 23–48). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Lang, A. J., Craske, M. G., Brown, M., & Ghaneian, A. (2001). Fear-related state dependent memory. *Cognition & Emotion*. doi:10.1080/02699930125811
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R., ... Binns, H. J. (2007). Treating Oppositional Defiant Disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 449–461. doi:10.1093/jpepsy/jsm047
- Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., ... Barth, R. P. (2014). Program and practice elements for placement prevention: A review of interventions and their effectiveness in promoting home-based care. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 244–256. doi:10.1037/h0099811
- *Leeman, L. W., Gibbs, J. C., & Fuller, D. (1993). Evaluation of a multi-component group treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior*, 19(4), 281–292. doi:10.1002/1098-2337(1993)19:4<281::AID-AB2480190404>3.0.CO;2-W
- Leijten, P., Dishion, T. J., Thomaes, S., Raaijmakers, M. A. J., Orobio de Castro, B., & Matthijs, W. (2015). Bringing parenting interventions back to the future: How randomized microtrials may benefit parenting intervention efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(1), 47–57. doi:10.1111/cpsp.12087
- *Leijten, P., Overbeek, G., & Janssens, J. M. A. M. (2012). Effectiveness of a parent training program in (pre)adolescence: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*, 35(4), 833–842. doi:10.1016/j.adolescence.2011.11.009
- *Leijten, P., Overbeek, G., & Janssens, J. M. A. M. (2013). Praten met Kinderen: Effectief voor ouders van (pre) adolescenten? *Kind & Adolescent*, 34(2), 80–91. doi:10.1007/s12453-013-0008-x
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A. J., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Does socioeconomic status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(3), 384–92. doi:10.1080/15374416.2013.769169
- Leijten, P., Thomaes, S., Overbeek, G., Raaijmakers, M. A. J., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2014). *What good is labeling what's good? A field experiment on labeled and unlabeled praise*. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- *Leung, C., Tsang, S., Sin, T. C. S., & Choi, S. -y. (2015). The efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Chinese families: Randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 117–128. doi:10.1177/1049731513519827
- Liddle, H. A. (2002). *Multidimensional family therapy (MDFT) for adolescent cannabis users*. DHHS Publication No.(SMA) 02-3660. *Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- *Liddle, H. A., Dakof, G. A., & Diamond, G. (1992). Adolescent substance abuse: Multidimensional family therapy in action. In E. Kaufman & P. Kaufmann (Eds.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse* (2nd ed., pp. 120–171). Needham Hts.: Allyn and Bacon.
- Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Becker, K. D., Lee, B. R., Barth, R. P., Daleiden, E. L., & Chorpita, B. F. (2014). Identifying the common elements of treatment engagement interventions in children's

- mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 283–298.
doi:10.1007/s10567-013-0163-x
- Lipsey, M. W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims & Offenders*, 4(2), 124–147.
doi:10.1080/15564880802612573
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (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). Thousand Oaks: Sage publications.
- *Lochman, J. E., Baden, R. E., Boxmeyer, C. L., Powell, N. P., Qu, L., Salekin, K. L., & Windle, M. (2014). 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*, 42(3), 367–381. 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(1), 34–46. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00713.x.
- Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2005). Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: Identifying offenders for residential placement. *Criminology & Public Policy*, 4(2), 263–290. doi:10.1111/j.1745-9133.2005.00021.x
- Lundahl, B. W., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86–104. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Lundahl, B. W., Tollefson, D., Risser, H., & Lovejoy, M. C. (2009). Research on social work practice A meta-analysis of father involvement in parent training. *Research on Social Work Practice*. doi:10.1177/1049731507309828
- Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: A transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 173–186.
doi:10.1007/s10567-013-0132-4
- *Martinez, C. R., & Forgatch, M. S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 416–428. doi:10.1037/0022-006X.69.3.416
- Matthews, J., Cameron, E., Fox, S., Hackworth, N., Kitanovski, M., & Vista, A. (2011). *Parental engagement: A review of the literature*. Melbourne: Partnerships division Department of education and early childhood development.
- Matthys, W. (2011). *Gedragstoornissen bij kinderen: Diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe uitgevers.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in childhood*. Chichester: John Wiley & Sons.

- McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*(4), 527–543. doi:10.1007/s10802-006-9031-1
- McMahon, R. J., & Forehand, R. L. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior (2nd ed.)*. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc4&NEWS=N&AN=2004-00004-000>
- *Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 901–913. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.006
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., ... Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *46*, 81–95. doi:10.1007/s12160-013-9486-6
- Mihalic, S. F., Irwin, K., Elliott, D., Fagan, A., & Hansen, D. (2001). Blueprints for violence prevention. *Juvenile Justice Bulletin*, (July). Retrieved from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/187079.pdf>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing for change. Motivational interviewing: Preparing for change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Mørch, W., Clifford, G., Larsson, B., Rypdal, P., Tjeflaat, T., Lurie, J., ... Reedtz, C. (2004). *The Incredible Years: The Norwegian Webster-Stratton Programme 1998-2004*. Trondheim: University of Trondheim.
- *Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn Jeugd. (2007). Werkblad beschrijving en beoordeling interventies: STOP4-7 - Samen sterker Terug Op Pad. Utrecht: NIZW Jeugd.
- *Nikken, P. (2006). Databank effectieve jeugdinterventies: OUDERS van tegendraadse jeugd - Oudertraining. Utrecht: Nederlands jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Nixon, R. D. V. (2002). Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review*, *22*(4), 525–546. doi:10.1016/S0272-7358(01)00119-2
- 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. doi:10.1017/S0033291706007082
- 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. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x
- *Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(4), 607–621. doi:10.1037/0022-006X.76.4.607

- *Okma, K. (2011). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Triple P: Positief Pedagogisch Programma Niveau 4. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., & Robinson, J. (1997). Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology*, 25(1), 9–25. doi:10.1002/(SICI)1520-6629(199701)25:1<9::AID-JCOP2>3.0.CO;2-V
- *Onrust, S. A., De Graaf, I. M., & Van der Linden, D. (2012). De meerwaarde van Triple P. *Kind & Adolescent*, 33(2), 60–74. doi:10.1007/s12453-012-0008-2
- *Orobio de Castro, B., Menting, A. T. A., & Rutten, E. (2013). *Betere Start - Recidive voorkomen door opvoedtraining voor gedetineerde moeders gedurende de overgang van detentie naar huis: Programmahandleiding*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- *Ottho Gerhard Heldringstichting. (n.d.). *Module: Vaardigheden Voor Ouders*. Zetten: Ottho Gerhard Heldringstichting.
- *Ozechowski, T. J. (2014). Empirical Bayes MCMC estimation for modeling treatment processes, mechanisms of change, and clinical outcomes in small samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(5), 854–867. doi:10.1037/a0035889
- *Pereira, M., Negrao, M., Soares, I., & Mesman, J. (2014). Decreasing harsh discipline in mothers at risk for maltreatment: A randomized control trial. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 604–613. doi:10.1002/imhj.21464
- *Poslawsky, I. E., Naber, F. B. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., De Jonge, M. V., Van Engeland, H., & Van IJzendoorn, M. H. (2014). Development of a Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting for Children with Autism (VIPP-AUTI). *Attachment & Human Development*, 16(4), 343–55. doi:10.1080/14616734.2014.912487
- Posthumus, J. A., Mangen, M.-J., Raaijmakers, M. A. J., De Wit, A., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2009). *Cost-effectiveness of the Incredible Years parent program as a preventive intervention*. Utrecht University, Utrecht.
- *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*. doi:10.1007/s10802-011-9580-9
- *Prinz, R. (2009). Implementation and cost benefits of the Triple P system. In *The Triple P Positive Parenting Symposium: A promising strategy to reduce child maltreatment*. Edmonton, Alberta.
- *Regterschot, H., Verhulp, E., & Orobio de Castro, B. (2015). Effectiviteit van SPRINT: Screening en Preventieve Interventie ter voorkoming van antisociale gedragsproblemen. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99–111. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x

- *Rigter, H. (2014). MDFT Van weeskind tot gezonde puber: De rol van onderzoek. In *Werkbijeenkoms Erkeningscommissie Justitie*.
- Romeo, R., Knapp, M., & Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behaviour in children - and who pays it. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 547-553. doi:10.1192/bjp.bp.104.007625
- *Rowe, C., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P., & Phan, O. (2013). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *44*(4), 391–399. doi:10.1016/j.jsat.2012.08.225
- *Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, *34*(4), 337–357. doi:10.1016/j.cpr.2014.04.003
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 624–640. doi:10.1037/0022-006X.68.4.624
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice, Monograph*(1), 1–24. Retrieved from <http://www.kindermishandeling.info/triplep/download/ArtikelMSanders.pdf>
- *Sanders, M. R., Turner, K. M. T., & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P - Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, *3*(3), 173–189. doi:10.1023/A:1019942516231
- *Sawyer, A. M., & Borduin, C. M. (2011). Effects of multisystemic therapy through midlife: A 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(5), 643–652. doi:10.1037/a0024862
- *Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 26. doi:10.1186/1471-244X-14-26
- Schirm, A., Stuart, E., & McKie, A. (2006). *The Quantum Opportunity Program demonstration: Final impacts*. Washington, DC: Mathematica Policy Research, Inc.
- *Schuiringa, H. D. (2014). *Children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior: Individual characteristics, family functioning and treatment effectiveness* (Proefschrift). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- *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*(2), 171–186. doi:10.1016/S0005-7894(96)80013-X
- *Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2004). *Functional Family Therapy clinical training manual*.

- *Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2005). Functional Family Therapy for externalizing disorders in adolescents. In J. L. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 164–191). Hoboken: John Wiley & Sons. Retrieved from http://books.google.com/books?id=1HpaGD2h1IQC&pgis=1\nhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=fchBsWqaOTQC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Handbook+of+Clinical+Family+Therapy&ots=SEPcHVmspE&sig=9ubkZQyWPAuAgULgJHj_VJm7gwl
- *Sexton, T. L., & 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*(3), 339–348. doi:10.1037/a0019406
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2013). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: SCP.
- Statham, J. (2000). *Outcomes and effectiveness of family support services: A research review*. Retrieved from <http://eprints.ioe.ac.uk/2653/>
- Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol Integratieve Therapie Gehechtheid en Gedrag. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 409–424). Amsterdam: Boom.
- Stichting Jeugdzorg St. Joseph/J.J.I. Het Keerpunt, & Montfoort, V. (2009a). *Programmahandleiding In Control!* Cadier en Keer: Stichting Jeugdzorg St. Joseph/J.J.I. Het Keerpunt.
- *Stichting Jeugdzorg St. Joseph/J.J.I. Het Keerpunt, & Montfoort, V. (2009b). *Samenvatting gedragsinterventie In Control!* Retrieved from http://www.devaktherapeuten.nl/web/images/uploads/In_Control__Samenvatting_2009-04-09_herindiening1_kopie.pdf
- *Stolk, M. N., Mesman, J., Van Zeijl, J., Alink, L. R. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., ... Koot, H. M. (2008). Early parenting intervention aimed at maternal sensitivity and discipline: A process evaluation. *Journal of Community Psychology, 36*(6), 780–797. doi:10.1002/jcop.20280
- *Stoltz, S. (2012). *Stay Cool Kids?: Effectiveness, moderation and mediation of a preventive intervention for externalizing behavior* (Proefschrift). Utrecht University, Utrecht.
- *Stoltz, S., Deković, M., Van Londen, M., Orobio de Castro, B., & Prinzie, P. (2013). What works for whom, how and under what circumstances? Testing moderated mediation of intervention effects on externalizing behavior in children. *Social Development, 22*(2), 406–425. doi:10.1111/sode.12017
- Stoltz, S., Prinzie, P., De Haan, A., Van Londen, M., Orobio de Castro, B., & Deković, M. (2013). Child personality as moderator of outcome in a school-based intervention for preventing externalising behaviour. *European Journal of Personality, 27*(3), 271–279. doi:10.1002/per.1892
- *Stoltz, S., Van Londen, M., 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*(5), 525–548. doi:10.1017/S1352465812000525

- *STOP4-7 (Samen sterker Terug Op Pad): Folder voor instellingen. (2013). Retrieved from www.stop4-7.nl/download.php?ID=1363946275
- Tackett, J. L. (2006). Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 26*(5), 584–599. doi:10.1016/j.cpr.2006.04.003
- *Taylor, W. D., Asgary-Eden, V., Lee, C. M., & LaRoche, K. J. (2015). Service providers' adherence to an evidence-based parenting program: What are they missing and why? *Journal of Child and Family Studies, 24*, 50–56. doi:10.1007/s10826-013-9812-4
- Tennyson, H. (2009). Reducing juvenile recidivism: A meta-analysis of treatment outcomes. *School of Professional Psychology*. Retrieved from <http://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1212&context=spp>
- *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*(3), 475–495. doi:10.1007/s10802-007-9104-9
- Tolan, P. H., & McKay, M. M. (1996). Preventing serious antisocial behavior in inner-city children: An empirically based family prevention program. *Family Relations, 45*(2), 148–155. doi:10.2307/585285
- Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Mâsse, L. C., Vitaro, F., & Pihl, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 560–568. doi:10.1037/0022-006X.63.4.560
- *Turner, W., & Macdonald, G. (2011). Treatment Foster Care for improving outcomes in children and young people: A systematic review. *Research on Social Work Practice, 21*(5), 501–527. doi:10.1177/1049731511400434
- *Van 't Hof, C., Eikelenboom, M., Matthys, W., Van Nieuwenhuizen, M., Orobio de Castro, B., & Schuiringa, H. D. (2014). *Samen Stevig Staan deel 1: Draaiboek*.
- *Van As, N., & Janssens, J. (2010). *Praten met kinderen: Een boek voor ouders en andere opvoeders*. Apeldoorn: Garant.
- Van As, N., & Janssens, J. M. A. M. (2011). *Praten met kinderen: Handboek voor de begeleider*. Apeldoorn: Maklu.
- *Van As, N., & Janssens, J. M. A. M. (2014). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Praten met kinderen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- *Van Dam, C., Veerman, J. W., & Wijgergangs, H. (2008). *Kan IOG-EV Erger Voorkomen?* Nijmegen: Praktikon.
- Van de Wiel, N. M. H., Hoppe, A., & Matthys, W. (2003a). *Minder boos en opstandig*. Alkmaar: Buro Extern.
- *Van de Wiel, N. M. H., Hoppe, A., & Matthys, W. (2003b). *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.

*Van de Wiel, N. M. H., Hoppe, A., & Matthys, W. (2003c). *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.

*Van de Wiel, N. M. H., Hoppe, A., & Matthys, W. (2014). *Minder boos en opstandig. Databank effectieve jeugdinterventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies

*Van de Wiel, N. M. H., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Maassen, G. H., Lochman, J. E., & Van Engeland, H. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification*, *31*(3), 298–312. doi:10.1177/0145445506292855

Van de Wiel, N. M. H., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., & Van Engeland, H. (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 cost and course of treatment. *Behavior Therapy*, *34*(4), 421–436. doi:10.1016/S0005-7894(03)80028-X

*Van den Hoofdakker, B. J., Van der Veen-Mulders, L., Sytma, S., Emmelkamp, P. M. G., Minderaa, R. B., & Nauta, M. H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(10), 1263–1271. doi:10.1097/chi.0b013e3181354bc2

Van der Laan, A. M., & Blom, M. (2011). *Jeugdcriminaliteit in de periode 1996-2010: Ontwikkelingen in zelfgerapporteerde daders, door de politie aangehouden verdachten en strafrechtelijke daders op basis van de Monitor Jeugdcriminaliteit 2010. Cahier 2011-2*. Den Haag. Retrieved from <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/0644989A-B7A6-44C8-89E4-785ED1084E52/0/2011jeugdcrimwodccbspub.pdf>

*Van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2007). Does brief, clinically based, intensive multimodal behavior therapy enhance the effects of methylphenidate in children with ADHD? *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*, 48–57. doi:10.1007/s00787-006-0574-z

*Van der Put, C. E., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Van der Laan, P. H., Breuk, R., Jongman, E., & Doreleijers, T. (2012). Recidivism after treatment in a forensic youth-psychiatric setting: The effect of treatment characteristics. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *57*(9), 1120–1139. doi:10.1177/0306624X12452389

*Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & Van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(6), 468–481. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.006

*Van der Veldt, M. C. A. E., Eenshuistra, R. M., & Campbell, E. E. (2011). *FFT versterkt: Een evaluatiestudie naar de implementatie en de effecten van Functional Family Therapy in Nederland*. Duivendrecht: PI Research.

- *Van Lanen, M. (2010). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Vaardigheden Voor Ouders (VVO). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- *Van Leeuwen, E., & Albrecht, G. (2008). Parent management training: Ernstig probleemgedrag neemt af met PMTO. Amsterdam: PI Research. Retrieved from http://www.pmt.nl/documenten/professionals/PMTO_Een_korte_beschrijving_van_de_behandeling.PDF
- *Van Leeuwen, E., & Bijl, B. (2003). *SPRINT Resultaten: Tweede deelrapport van het evaluatieonderzoek, over de uitkomsten van de interventie*. Duivendrecht: PI Research.
- *Van Londen, M. (2012). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving "Alles Kidzzz"*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Van Manen, T. G. (2001). *Zelfcontrole: Een sociaal cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- *Van Meerendonk, M. (2011). *Onderzoek naar de effectiviteit van "Alles Kidzzz" en de invloed van comorbiditeit* (Master's thesis). Utrecht University, Utrecht.
- *Van Rijn, J., & Okma, K. (2013). *Geen twijfels over het effect van Triple P*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- *Van Stam, M. A., Van der Schuur, W. A., Tserkezis, S., Van Vugt, E. S., Asscher, J. J., Gibbs, J. C., & Stams, G. J. J. M. (2014). The effectiveness of EQUIP on sociomoral development and recidivism reduction: A meta-analytic study. *Children and Youth Services Review, 38*, 44–51. doi:10.1016/j.chilyouth.2014.01.002
- *Van Veluw, N., Schlüter, M., Berger, M., & Van Harten, T. (2011). *ouders van tegendraadse jeugd - De oudertraining: Draaiboek van een groepstraining in combinatie met individuele begeleiding voor ouders van jeugd met strafbaar gedrag*. Gouda: JSO Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling.
- Van Yperen, T., Booy, Y., & Van der Veldt, M.-C. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg. NIZW Jeugd*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Van Yperen, T., Veerman, J. W., & Van den Berg, G. (2015). *Elementen die er toe doen: Overzicht van begrippen over werkzame elementen en een voorstel voor een indeling*.
- *Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., ... Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 994–1005. doi:10.1037/0022-006X.74.6.994
- Walcott, C. M., Carlson, J. S., & Beamon, H. L. (2009). Effectiveness of a self-administered training program for parents of children with ADHD. *School Psychology Forum: Research in Practice, 3*(1), 44–62. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/John_Carlson3/publication/236852594_Effectiveness_of_a_Self-

Administered_Training_Program_for_Parents_of_Children_With_ADHD/links/00b7d5196e69c944ac000000.pdf

- Walle, D. L., Hobbs, S. A., & Caldwell, H. S. (1984). Sequencing of parent training procedures: Effects on child noncompliance and treatment acceptability. *Behavior Modification, 8*(4), 540–552. doi:10.1177/01454455840084005
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Erlbaum.
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*(5), 479–492. doi:10.1007/BF00911103
- Webster-Stratton, C. (1992). Individually administered videotape parent training: "Who benefits?". *Cognitive Therapy and Research, 16*(1), 31–35.
- Webster-Stratton, C. (2001). *The Incredible Years: Parents and children videotape series: A parenting course (BASIC)*. Seattle, WA: Incredible Years.
- Webster-Stratton, C. (2006). *The Incredible Years Teacher Management Program*. Seattle, WA.
- *Webster-Stratton, C. (2014). Incredible Years Parent and Child Programs for maltreating families. In S. Timmer & A. Urquiza (Eds.), *Evidence-Based Approaches for Treatment of Maltreated Children* (pp. 81–104). Dordrecht: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-94-007-7404-9_6
- Webster-Stratton, C., Cantor, J., Eriks, J., Fookson, M., Hollinsworth, T., & Jarvis, M. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(4), 666–678.
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2004). Strengthening social and emotional competence in young children - the foundation for early school readiness and success: Incredible Years classroom social skills and problem-solving curriculum. *Infants and Young Children, 17*(2), 96–113. doi:10.1097/00001163-200404000-00002
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. (2011). Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(2), 191–203. doi:10.1080/15374416.2011.546044
- *Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 105–124. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_11
- *Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, J. M. (2011). Long-term outcomes of Incredible Years parenting program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health, 16*(1), 38–46. doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x

- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment on adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 21–43. doi:10.1037//0022-006X.70.1.21
- *Westermarck, P. K., Hansson, K., & Olsson, M. (2011). Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC): Results from an independent replication. *Journal of Family Therapy, 33*(1), 20–41. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00515.x
- *Westermarck, P. K., Hansson, K., & Vinnerljung, B. (2007). Foster parents in Multidimensional Treatment Foster Care: How do they deal with implementing standardized treatment components? *Children and Youth Services Review, 29*(4), 442–459. doi:10.1016/j.chilyouth.2006.10.003
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 33*(2 SUPPL.), 130–143. doi:10.1016/j.amepre.2007.04.011
- *Wongtongkam, N., Day, A., Ward, P. R., & Winefield, A. H. (2014). Assessing effectiveness of Aggression Replacement Training at a technical college in Thailand. *Social Behavior and Personality, 42*(6), 1047–1056. doi:10.2224/sbp.2014.42.6.1047
- *Yagmur, S., Mesman, J., Malda, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Ekmekci, H. (2014). Video-feedback intervention increases sensitive parenting in ethnic minority mothers: A randomized control trial. *Attachment & Human Development, 16*(4), 371–86. doi:10.1080/14616734.2014.912489
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO Kwaliteit van Leven.
- *Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., Van de Wiel, N. M. H., & Lochman, J. E. (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. doi:10.1097/01.chi.0000246051.53297.57
- *Zwikker, M., & Van Everdingen, J. (2008). Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving Parent Management Training Oregon (PMTO). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from www.nji.nl/jeugdinterventies
- Zwirs, B. W. C., Burger, H., Buitelaar, J. K., & Schulpen, T. W. J. (2006). Ethnic differences in parental detection of externalizing disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*(7), 418–426. doi:10.1007/s00787-006-0550-7
- Zwirs, B. W. C., Burger, H., Schulpen, T. W. J., & Buitelaar, J. K. (2006). Different treatment thresholds in non-Western children with behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(4), 476–483. doi:10.1097/01.chi.0000192251.46023.5a

ⁱ Geraadpleegde websites voor codering van de programma's:

- http://www.academia.edu/2894904/Multidimensional_Family_Therapy_MDFT_for_adolescent_cannabis_users (MDFT)
- <http://www.bbbs.org/site> (BBBS)
- www.nji.nl/jeugdinterventies (In control!; MDFT; MST)

-
- <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/ODD-CD-Gedragstoornis-1/Positief-Pedagogisch-Programma-Triple-P-niveau-4> (Triple P)
 - www.mtfc.com (MTFC)
 - <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=16> (MDFT)
 - <http://www.promisingpractices.net/program.asp?programid=125> (BBBS)
 - http://www.strengtheningfamilies.org/html/programs_1999/10_MDFT.html (MDFT)
 - <http://www.triplep.net/glo-en/the-triple-p-system-at-work/cost-effective/the-numbers> (Triple P)

Bijlage 1: Verantwoording kennisoverzicht en codering

Programma	Overzichten					Expert	C/K/ Exclusie ^c
	DEI ^a	RLEGP	Blueprints ^b	Garland et al. (2008)	≥ 5 referenties		
AR op maat	N2	X					C en K
AR op maat Ambulant	N2	X					K
Alles Kidzzz	N4g	X					C en K
Anger Coping program				X	X		f
Baltimore Mastery Learning and Good Behavior Game			X				nvt
Basic Trustmethode	N2						K
BASTA!	N2						K
Bewust actief leren	N2						a
Big Brothers Big Sisters			X				C en K
Brains 4 Use	N2						K
Buitenprogramma Work-Wise	N2						K
Bullying Prevention Program			X				c
CASASTART			X				nvt
Cogmed RM	N2						c
Dagbehandeling kinderen met autismespectrum- stoornis 3-7 jaar	N2						a
De Vreedzame school	N2				X		b
Denken en voelen		X					a
Directieve Thuisbehandeling	N2						K
Doen Wat Werkt	N2						K
Een Solide Basis voor de Toekomst	N2						a
EQUIP	N2	X					C en K
Fast track			X		X		(C en) K
Functional Family Therapy	N2	X	X				C en K

Programma	Overzichten					Expert	C/K/ Exclusie ^c
	DEI ^a	RLEGP	Blueprints ^b	Garland et al. (2008)	≥ 5 referenties		
Gedrag: ik doe ertoe!	N2						b
Gezin Centraal	N2						a
Gordon-cursus “Effectief omgaan met kinderen”	N2						b
Helping the Non-compliant child				X			(C en) K
Home-Start	N2						b
I Can Problem Solve			X				nvt
In Control!	N2	X					C en K
Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag	N3						(C en) K
Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling – Erger Voorkomen	N2					X	C en K
Intensive Protective Supervision Project			X				nvt
Kopstoring	N2						a
Kortdurende Video-Hometraining in gezinnen	N2						b
Leefstijl	N2						b
Leren van delict	N2						K
Life Skills Training			X				d
Linking the Interests of Families and Teachers			X				nvt
Metropolitan Area Child Study					X		(C en) K
Minder boos en opstandig	N4 g	X					C en K
Montreal Prevention Program				X			(C en) K
Move2Learn	N2						a
Multidimensional Family Therapy	N2	X					C en K

Programma	Overzichten					Expert	C/K/ Exclusie ^c
	DEI ^a	RLEGP	Blueprints ^b	Garland et al. (2008)	≥ 5 referenties		
Multidimensional Treatment Foster Care	N2	X	X				C en K
Multisystemic Therapy	N2	X	X		X		C en K
Nieuwe Perspectieven	N2						K
Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer LVB	N2						K
Onderwijszorgarrangement Optimist	N2						K
Opstandige kinderen	N2	X					C en K
Ouders van tegendraadse jeugd – opvoedworkshops	N2						K
Ouders van tegendraadse jeugd – oudercursus	N2						K
Ouders van tegendraadse jeugd – oudertraining	N2	X					C en K
Ouders van tegendraadse jeugd – themabijeenkomsten	N2						K
Ouderschap met liefde en grenzen	N2						K
Out of the Circle	N2						K
Parent Child Development Center			X				nvt
Parent Management Training Oregon	N2	X		X			C en K
Parent-Child Interaction Therapy	N2	X		X	X		C en K
Perry Preschool Program			X				nvt
Portage	N2						a

Programma	Overzichten					Expert	C/K/ Exclusie ^c
	DEI ^a	RLEGP	Blueprints ^b	Garland et al. (2008)	≥ 5 referenties		
Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding	N2						a
Praten met kinderen	N4g						C en K
Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses			X				(C en) K
Preparation through responsive edu- cation programs					X		e
Preparing for the Drug-Free Years			X				nvt
Preventive Intervention			X				nvt
Preventive Treat- ment Program			X				nvt
Problem-Solving Skills Training				X			(C en) K
Programma Alternatieve Denkstrategieën	N4g	X	X				b
Project CREST					X		e
Project Northland			X				nvt
Project PATHE			X				nvt
Project STATUS			X				nvt
Residentieel Gedragstherapeu- tisch Behandelings- programma		X					K
Respect limits	N2						K
Rots en Water	N2						a
Samen Stevig Staan	N2					X	C en K
School Time Out Project	N2						K
School Transitional Environmental Program			X				nvt
School-Wide Positive Behavior Support	N2						b

Programma	Overzichten					Expert	C/K/ Exclusie ^c
	DEI ^a	RLEGP	Blueprints ^b	Garland et al. (2008)	≥ 5 referenties		
Seattle Social Development Project			X				nvt
Signalering en PREventieve INTerventie bij antisociaal gedrag	N2	X					C en K
Sociale vaardigheden op maat	N2	X					c
So-Cool	N2						K
STOP4-7		X					C en K
Strengthening Families Program			X				nvt
Syracuse Family Development Research Program			X				nvt
Taakspel	N4s	X					b
The Incredible Years Series – parent training	N4s	X		X			C en K
The Incredible Years Series – child training			X		X		(C en) K
The Incredible Years Series – teacher training							(C en) K
The Midwestern Prevention Project			X				d
The Quantum Opportunities Program			X				(C en) K
Time-Out With Signal Seat				X			(C en) K
Tools4U	N2						K
Training Agressie Controle	N2	X					C en K
Triple P	N2	X			X		C en K
Triple P – Niveau 4	N2						f

Programma	Overzichten					Expert	C/K/ Exclusie ^c
	DEI ^a	RLEGP	Blueprints ^b	Garland et al. (2008)	≥ 5 referenties		
Vaardigheden Voor Ouders	N2	X					C en K
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline	N4s						C en K
Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding	N2						K
Yale Child Welfare Project			X				nvt
Zelfcontrole		X					(C en) K

Opmerkingen. DEI = Databank Effectieve Jeugdinterventies; RLEGP = Onderbouwing Richtlijn Ernstige Gedragsproblemen (2013); Blueprints = Blueprints for Violence Prevention; Garland et al. (2008) = Evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems volgens Garland et al. (2008; zie referenties); ≥ 5 referenties = vijf referenties of meer in bibliografieën meta-analyses (zie paragraaf 2.2.3); Expert = aanvulling van expert na raadplegen conceptlijst met programma's; C/K/Exclusie = weergave opname programma in de huidige rapportage.

^a = N2 = Niveau 2, goed onderbouwd; N3 = Niveau 3, eerste aanwijzingen; N4g = Niveau 4, goede aanwijzingen; N4s = Niveau 4, sterke aanwijzingen; Alleen niveau 4 (weergegeven in zwart) was reden voor opname.

^b = X = model program; X = promising program; Alleen niveau 4 (weergegeven in zwart) was reden voor opname.

^c = C = Codering van werkzame elementen; (C) = nog niet gecodeerd, prioriteit 2; K = opname in Kennisoverzicht; nvt = programma kwam niet naar voren voor Codering of Kennisoverzicht; overige (kleine) letters verwijzen naar redenen voor exclusie: a = programma niet specifiek op externaliseren gericht, b = universele preventie ofwel programma gericht op alledaagse problemen, c = overlap met andere consortia te groot: specifiek gericht op ADHD, sociale vaardigheden/pesten, d = specifiek gericht op (preventie van) middelengebruik/-misbruik; e = oud programma, geen aanwijzingen dat dit nu nog gegeven wordt; f = gelijkens met ander programma (derde programma uit Tabel 10 was ART, dat in dit overzicht al gelijk getrokken was aan TACT).

Bijlage 2: Kennisoverzicht

Het onderstaande overzicht is een zo volledig mogelijk overzicht van datgene wat voor verschillende programma's bekend is qua effectiviteit (voor externaliserend gedrag/delinquentie). Wij hebben zoveel mogelijk getracht om mensen die bij de betreffende programma's betrokken zijn te benaderen om het overzicht voor hun programma aan te leveren of te completeren. Desondanks zal het overzicht niet voor alle programma's compleet zijn. Dit betekent bijvoorbeeld ook dat er toch onderzoek beschikbaar kan zijn of op dit moment uitgevoerd wordt op plekken waar "Geen" staat. Wij hebben dit onderzoek dan echter niet kunnen achterhalen of hebben het betreffende onderzoek bijvoorbeeld uit het overzicht verwijderd omdat er geen effect op externaliserend gedrag/delinquentie werd of zal worden gemeten. Ook zijn er bijvoorbeeld scripties of Nederlandstalige publicaties verwijderd, omdat dezelfde gegevens ook in een andere publicatie waren opgenomen. Hiermee hebben we getracht te voorkomen dat het "bewijs" voor met name de relatief veel-onderzochte interventies overdreven werd.

Opname in dit overzicht betekent overigens niet dat de uitkomst van het betreffende onderzoek ook daadwerkelijk wijst op de effectiviteit van het betreffende programma. Enerzijds is het zeer goed mogelijk dat hier onderzoeken met nulresultaten of zelfs negatieve resultaten tussen staan. Gezien de beperkingen in de tijd, was het niet mogelijk om alle studies hier inhoudelijk op te beoordelen. Anderzijds betekent het feit dat het overzicht zo volledig mogelijk is ook dat kwalitatief minder goed onderzoek tevens is meegenomen, en dat er ook in die zin tussen verschillende studies en/of programma's onderscheid zit in de "bewijskracht". Bij een deel van de onderstaande studies zal het bijvoorbeeld slechts gaan om veranderingsonderzoek, werden groepen niet gerandomiseerd en/of ging het om kleine groepen (N kleiner dan 35 per groep). Hoewel we dit soort facetten wel in de codering van programma's naar voren hebben proberen te brengen, was dit in de huidige voorstudie helaas niet mogelijk voor het gehele kennisoverzicht. Hier hebben wij dus in principe al het kwantitatieve onderzoek met externaliserend gedrag/delinquentie als uitkomstmaat meegenomen. Omdat kosteneffectiviteitsstudies en meta-analyses ook deel uit maken van datgene wat bekend is over de effectiviteit van het programma, zijn ook dergelijke studies in het overzicht opgenomen.

Programma's in de databank effectieve jeugdinterventies (DEI)

Agressieregulatie (AR) op maat

Gepubliceerde literatuur

Hoogsteder, L. M., Hendriks, J., Van Horn, J. E., & Wissink, I. B. (2012). Agressie Regulatie op Maat: Een evaluatiestudie in een justitiële jeugdinrichting. *Orthopedagogiek: Onderzoek & Praktijk*, 51(11), 481–495.

Hoogsteder, L. M., Kuijpers, N., Stams, G. J. J. M., Van Horn, J. E., Hendriks, J., & Wissink, I. B. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 25–35.
doi:10.1080/14999013.2014.893711

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Er wordt op dit moment door Dr. Larissa Hoogsteder onderzoek verricht naar de werking van AR op maat bij jongeren met een LVB. Verder loopt er onderzoek naar recidive bij De Doggershoek.

Agressieregulatie (AR) op maat Ambulant

Gepubliceerde literatuur

Hoogsteder, L. M., Van Horn, J. E., Stams, G. J. J. M., Wissink, I. B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre- and post-test changes of Responsive-Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient: A pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. Advance online publication. doi:10.1177/0306624X14554828

Grijze literatuur

Fokkinga, C. (2014). *De doeltreffendheid van Agressieregulatie op Maat bij jongeren met een LVB*. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Gedik, T., & Jongeneel, S. (2013). *Pilot-onderzoek naar de programma-integriteit en doeltreffendheid van Agressieregulatie op Maat Ambulant* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Helmus, J. M. (2014). *Evaluatieonderzoek naar de doeltreffendheid van Agressie Regulatie op Maat Ambulant voor meisjes in vergelijking met jongens* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Hoogsteder, L. M., & Stams, G. J. J. M. (2014). *De programma-integriteit en de doeltreffendheid van de AR op Maat Ambulant*. Utrecht: De Waag.

Van der Meulen, R. (2014). *Agressie Regulatie op Maat Ambulant in multicultureel perspectief* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Van Duijvenbode, G. M. (2013). *De programma-integriteit en doeltreffendheid van Agressie Regulatie op Maat Ambulant: Een pilot-onderzoek* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Lopend onderzoek

Er loopt op dit moment onderzoek naar recidive bij De Waag.

Alles Kidzzz

Gepubliceerde literatuur

Stoltz, S., Deković, M., Van Londen, M., Orobio de Castro, B., & Prinzie, P. (2013). What works for whom, how and under what circumstances? Testing moderated mediation of intervention effects on externalizing behavior in children. *Social Development*, 22(2), 406–425. doi:10.1111/sode.12017

- Stoltz, S., Prinzie, P., De Haan, A. D., Van Londen, M., Orobio de Castro, B., & Deković, M. (2012). Child personality as moderator of outcome in a school-based intervention for preventing externalizing behaviour. *European Journal of Personality*, 27(3), 271-279. doi:10.1002/per.1892
- Stoltz, S., Van Londen, M., & Deković, M. (2015). Effects of parent and child characteristics on participation and outcome of an individualized booster parent intervention for children with externalizing behaviour. *European Journal of Developmental Psychology*. Advance online publication. doi:10.1080/17405629.2015.1018172
- Stoltz, S., Van Londen, M., Deković, M., Orobio de Castro, B., Prinzie, P., & Lochman, J. E. (2012). Effectiveness of an individual school-based intervention for children with aggressive behaviour: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1–24. doi:10.1017/S1352465812000525

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

- Stoltz, S., Deković, M., Van Londen, M., Homberg, J., Cillessen, A. H. N., & De Weerth, C. (2013). What works? For whom? Testing Genetic Moderation of Intervention Efficacy for Externalizing Behavior in Elementary School Children. Funded by Jacobs Foundation
Routine Outcome Monitoring (Nederlandse paper in voorbereiding)

Aggression Replacement Training (ART)

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is; zie TACT.

Basic Trustmethode

Gepubliceerde literatuur

- Colonnesi, C., Wissink, I. B., Noom, M. J., Asscher, J. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., Polderman, N., & Kellaert-Knol, M. G. (2012). Basic Trust: An attachment-oriented intervention based on mind-mindedness in adoptive families. *Research on Social Work Practice*, 23(2), 179-188. doi:10.1177/1049731512469301

Grijze literatuur

- Duinmaijer, M. A. (2011). *The Basic Trust Method: The role of naming and confirmation of receipt in parental sensitivity, child responsiveness, and behavioural problems* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Juffer, F. (2004). Eindrapportage pilotonderzoek Video Interactiebegeleiding (VIB) in Pleeggezinnen.

Lopend onderzoek

Universiteit van Amsterdam

BASTA! Vroegsignalering en aanpak 12minners met strafbaar gedrag (voorheen: JPT 12-min)

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Hoogenboezem, G. (2013). *JPT 12-min: Implementatie, professionaliteit en effectiviteit van een preventieve interventie*. Gouda: JSO Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling.

Lopend onderzoek

Geen

Bewust actie leren (BAL)

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Brains 4 Use

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Hoekstra, N. M., Lodewijks, H. P. B., & Van Domburgh, L. (n.d.). Brains4Use: Gebruik je hersenen in plaats van drugs om recidive te voorkomen: Effectonderzoek. *Ongepubliceerd manuscript*.

Lopend onderzoek

Er zou onderzoek worden uitgevoerd binnen de GGZ Eindhoven en Intermetzo (een evaluatie).

Buitenprogramma Work-Wise

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Cogmed RM

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Dagbehandeling kinderen met autismespectrumstoornis 3-7 jaar

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

De Vreedzame School

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Directieve Thuisbehandeling (DT)

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Doen Wat Werkt (DWW)

Binnen Doen Wat Werkt vindt ook multisysteembehandeling plaats: zie voor overzichten MST, MDFT en FFT.

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Aggelen, M. H., Roosma, A. H. (2011). *Doen Wat Werkt 2009-2010: Effectrapportage*. Papenvoort: PIONN.

Van Aggelen, M., Willemsen, N., De Meyer, R., Roosma, A. H. (2009). *Eindrapportage Doen Wat Werkt: Projectperiode 2006-2008*. Papenvoort: PIONN.

Lopend onderzoek

Geen

Een solide basis voor de toekomst

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

EQUIP

Gepubliceerde literatuur

- Brugman, D., & Bink, M. D. (2011). Effects of the EQUIP peer intervention program on self-serving cognitive distortions and recidivism among delinquent male adolescents. *Psychology, Crime & Law*, 17, 345-358. doi:10.1080/10683160903257934
- Brugman, D., Bink, M. D., Nas, C. N., & Van den Bos, J. K. (2007). Kunnen delinquente jongeren elkaar helpen in hun sociale ontwikkeling? Effecten peer-hulpprogramma EQUIP op denkfouten en recidive. *Tijdschrift voor Criminologie*, 49(2), 153-168.
- Devlin, R. S., & Gibbs, J. C. (2010). Responsible Adult Culture (RAC): Cognitive and behavioral changes at a community-based correctional facility. *Journal of Research in Character Education*, 8(1), 1-20.
- Helmond, P., Overbeek, G., & Brugman, D. (2012). Program integrity and effectiveness of a cognitive behavioral intervention for incarcerated youth on cognitive distortions, social skills, and moral development. *Children and Youth Services Review*, 34, 1720-1728. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.05.001
- Langdon, P. E., Murphy, G. H., Clare, I. C., Palmer, E. J., & Rees, J. (2013). An evaluation of the EQUIP treatment programme with men who have intellectual or other developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 167-180.
- Leeman, L. W., Gibbs, J. C., & Fuller, D. (1993). Evaluation of a multi-component group treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior*, 19, 281-292. doi:10.1002/1098-2337
- Liau, A. K., Shively, R., Horn, M., Landau, J., Barriga, A., & Gibbs, J. C. (2004). Effects of psychoeducation for offenders in a community correctional facility. *Journal of Community Psychology*, 32, 543-558. doi:10.1002/jcop.20018
- Van Stam, M. A., Van der Schuur, W. A., Tserkezis, S., Van Vugt, E. S., Asscher, J. J., Gibbs, J. C., & Stams, G. J. J. M. (2014). The effectiveness of EQUIP on sociomoral development and recidivism reduction: A meta-analytic study. *Children and Youth Services Review*, 38, 44-51. doi:10.1016/j.chilyouth.2014.01.002

Grijze literatuur

- Van der Velden, F. (2010). *EQUIPPing High School Student: Effects of a universal prevention program on antisocial behavior* (Doctoral dissertation). Universiteit Utrecht, Utrecht.

Daarnaast zou Chijs van Nieuwenhuizen (via GGZe; 2005-2012) een evaluatieonderzoek hebben gedaan naar EQUIP

(<https://www.forca.nu/Wetenschappelijkonderzoek/Onderzoeksdetails/tabid/680/NewsListId/1/NewsItemId/16/Default.aspx>).

Lopend onderzoek

Geen

Functional Family Therapy (FFT)

Gepubliceerde literatuur

- Alexander, J. F., Pugh, C., Parsons, B. V., & Sexton, T. L. (2000). Functional family therapy. In D. S. Elliott. (Ed.) *Blueprints for Violence Prevention (Vol 3) (2nd ed.)*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado.
- Baglivio, M. T., Jackowski, K., Greenwald, M. A., & Wolff, K. T. (2014). Comparison of Multisystemic Therapy and Functional Family Therapy effectiveness A multiyear statewide propensity score matching analysis of juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior, 41*(9), 1033-1056. doi:10.1177/0093854814543272
- Gordon, D. A., Graves, K., & Arbuthnot, J. (1995). The effect of Functional Family Therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior, 22*, 60-73. doi:10.1177/0093854895022001005
- Gordon, D. A., Arbuthnot, J., Gustafson K. E., & McGreen, P. (1988) Home-based behavioral- systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *The American Journal of Family Therapy, 16*, 243–255. doi:10.1080/01926188808250729
- Klein, N. C., Alexander J. F., Parsons, B. V. (1977). Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 469–474. doi:10.1037/0022-006X.45.3.469
- Ozechowski, T. J. (2014). Empirical Bayes MCMC estimation for modeling treatment processes, mechanisms of change, and clinical outcomes in small samples. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*, 854-867. doi:10.1037/a0035889
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2003). Levels of evidence for the models and mechanism of therapeutic change in family and couple therapy. In M. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, NY: Wiley.
- 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*, 339. doi:10.1037/a0019406
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 802-813. doi:10.1037//0022-006X.69.5.802

Grijze literatuur

- Aultman-Bettridge, T. (2007). A gender-specific analysis of community-based juvenile justice reform: The effectiveness of family therapy programs for delinquent girls (Proefschrift). University of Colorado, Denver.
- Eenshuistra, R. M., Regterschot-Von Lindheim, H., & Tjaden, J. (2014). *Uitkomsten 5 jaar FFT*. Duivendrecht: PI Research.
- Van der Rijken, R., & Van Eeren, H. (2014). *Uitkomsten FFT De Viersprong*. Etten-Leur: De Viersprong.
- Van der Veldt, M. C. A. E., Eenshuistra, R. M., & Campbell, E. E. (2011). *FFT versterkt: Een evaluatiestudie naar de implementatie en de effecten van Functional Family Therapy in Nederland*. Duivendrecht: PI Research.

Lopend onderzoek

Kosteneffectiviteit Systeeminterventies: Dit promotieproject betreft methoden van kosteneffectiviteitsonderzoek en vergelijkend onderzoek naar de kosteneffectiviteit van

stelsysteminterventies, waaronder FFT. De onderzoeksgroep bestaat uit: Hester van Eeren (promovenda Erasmus MC/de Viersprong), Dr. Rachel van der Rijken (copromotor de Viersprong), Prof. dr. Jan van Busschbach (promotor Erasmus MC Rotterdam), Prof. dr. Ron Scholte (Radboud Universiteit Nijmegen).

Verder start FFT Nederland vanaf dit jaar een doelmatigheidsonderzoek: voor- en nametingen van de lopende behandelingen worden landelijk verzamelen en teruggekoppeld.

Gedrag: ik doe ertoe!

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Gezin Centraal (GC)

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Gordon-cursus “Effectief omgaan met kinderen”

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Home-Start

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

In control!

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)

Gepubliceerde literatuur

Sterkenburg, P. S., Janssen, C. G. C., & Schuengel, C. (2008). The effect of an attachment-based behaviour therapy for children with visual and severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 126-135.

Sterkenburg, P. S., Schuengel, C., & Janssen, C. G. C. (2008). Developing a therapeutic relationship with a blind client with a severe intellectual disability and persistent challenging behaviour. *Disability and Rehabilitation*, 30(17), 1318-1327.

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Intensieve Orthopedische Gezinsbehandeling (IOG) – Erger voorkomen

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Van Dam, C., Veerman, J. W., & Wijgergangs, H. (2008). *Kan IOG-EV Erger Voorkomen?* Nijmegen: Praktikon. Gedownload van <http://www.wijgergangs.nl/wp-content/themes/framework/publicaties/Eindrapport-IOG-EV.pdf>

Lopend onderzoek

Geen: IOG-EV wordt vermoedelijk als zodanig niet meer uitgevoerd (C. van Dam, persoonlijke communicatie, 13 april 2015)

Kopstoring

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Kortdurende Video-Hometraining in gezinnen met jonge kinderen

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Leefstijl (Skills for Adolescence voor vo)

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Leren van delict

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Minder boos en opstandig

Gepubliceerde literatuur

- Lochman, J. E., Baden, R. E., Boxmeyer, C. L., Powell, N. P., Qu, L., Salekin, K. L., & Windle, M. (2014). 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*, *42*(3), 367-381. doi:10.1007/s10802-013-9727-y.
- Lochman, J. E., Boxmeyer, C. L., Powell, N. P., Qu, L., Wells, K., & Windle, M. (2012). Coping Power dissemination study: Intervention and special education effects on academic outcomes. *Behavioral Disorders*, *37*, 192-205.
- Lochman, J. E., Boxmeyer, C., Powell, N., Qu, L., Wells, K., & Windle, M. (2009). Dissemination of the Coping Power program: Importance of intensity of counselor training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 397-409.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2002). Contextual social-cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power program. *Development and Psychopathology*, *14*(4), 945-967.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2002). The Coping Power Program at the middle school transition: Universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, *16*, S40-S54.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2003). Effectiveness of the Coping Power Program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy*, *34*(4), 493-515.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2004). The Coping Power program for preadolescent aggressive boys and their parents: Outcome effects at the one-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 571-578.
- Lochman, J. E., Wells, K. C., Qu, L., & Chen, L. (2013). Three year follow-up of Coping Power intervention effects: Evidence of neighborhood moderation? *Prevention Science*, *14*(4), 364-376.
- Van de Wiel, N., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., Maassen, G. H., Lochman, J. E., & Van Engeland, H. (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. doi:10.1177/0145445506292855
- Van de Wiel, N., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., & Van Engeland, H. (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. doi:10.1016/S0005-7894(03)80028-X
- Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., Van de Wiel, N. M. H., & Lochman, J. E. (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. doi:10.1097/01.chi.0000246051.53297.57

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Move2Learn

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Gepubliceerde literatuur

- Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., ... Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology, 29*(2), 232-241. doi:10.1037/fam0000053
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence, 119*(1-2), 64–71. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021
- Hogue A. T., Liddle H. A., Becker D., & Johnson-Leckrone (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: Immediate outcomes. *American Journal of Community Psychology, 30*(1), 1-22. doi:10.1002/jcop.1047
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27*, 651–688. doi:10.1081/ADA-100107661
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Henderson, C., & Rowe, C. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy – Detention to community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 55*(4), 587-604. doi:10.1177/0306624X10366960
- Liddle, H. A., Rowe, C., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 12–25. doi:10.1037/a0014160
- Liddle, H. A., Rowe, C., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcome of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 36*, 49–63. doi:10.1080/02791072.2004.10399723
- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry, 14*:26. doi:10.1186/1471-244X-14-26

Grijze literatuur

Meta-analyse Thimo van der Pol?

Lopend onderzoek

Promotieonderzoek Thimo van der Pol?

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)

Gepubliceerde literatuur

- Barth, R. P. (2005). Foster home care is more cost-effective than shelter care: Serious questions continue to be raised about the utility of group care in child welfare services. *Child Abuse & Neglect*, 29(6), 623-625. doi:10.1016/j.chiabu.2005.05.001
- Biehal, N., Ellison, S., & Sinclair, I. (2011). Intensive fostering: An independent evaluation of MTFC in an English setting. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 2043-2049. doi:10.1016/j.chilyouth.2011.05.033
- Chamberlain, P., & Fisher, P. A. (2003). An application of multidimensional treatment foster care for early intervention. In Chamberlain, Patricia Ed. *Treating chronic juvenile offenders: Advances made through the Oregon multidimensional treatment foster care model. Law and public policy.*, (pp. 129-140). Washington, DC, US: American Psychological Association, xvi, 186 pp. doi:10.1037/10596-008
- 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 187-193. doi:10.1037/0022-006X.75.1.187
- Chamberlain, P., Price, J., Leve, L. D., Laurent, H., Landsverk, J. A., & Reid, J. B. (2008). Prevention of behavior problems for children in foster care: Outcomes and mediation effects. *Prevention Science*, 9(1), 17-27. doi:10.1007/s11121-007-0080-7
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1994). Differences in risk factors and adjustment for male and female delinquents in treatment foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 3(1), 23-39. doi:10.1007/BF02233909
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1998). Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(4), 624. doi:10.1037/0022-006X.66.4.624
- Eddy, J. M., & Chamberlain, P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 857-863. doi:10.1037/0022-006X.68.5.857
- Eddy, J. M., Whaley, R. B., & Chamberlain, P. (2004). The prevention of violent behavior by chronic and serious male juvenile offenders: A 2-Year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 12(1), 2-8. doi:10.1177/10634266040120010101
- Fisher, P. A., Stoolmiller, M., Mannering, A. M., Takahashi, A., & Chamberlain, P. (2011). Foster placement disruptions associated with problem behavior: Mitigating a threshold effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 481-487. doi:10.1037/a0024313
- Hansson, K., & Olsson, M. (2012). Effects of Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1929-1936. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.06.008

- Holmes, L., Ward, H., & McDermid, S. (2012). Calculating and comparing the costs of multidimensional treatment foster care in English local authorities. *Children and Youth Services Review, 34*(11), 2141-2146. doi:10.1016/j.chidyouth.2012.07.010
- Jonkman, C. S., Bolle, E. A., Lindeboom, R., Schuengel, C., Oosterman, M., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2012). Multidimensional treatment foster care for preschoolers: Early findings of an implementation in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(38), 1-5.
- Lee, B. R., & Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care. *Children and Youth Services Review, 30*(7), 746-757. doi:10.1016/j.chidyouth.2007.12.002
- Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2005). Association with delinquent peers: Intervention effects for youth in the juvenile justice system. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(3), 339-347. doi:10.1007/s10802-005-3571-7
- Leve, L. D., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2005). Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: Effects on delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1181-1185. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1181
- Rhoades, K. A., Chamberlain, P., Roberts, R., & Leve, L. D. (2013). MTFC for high-risk adolescent girls: A comparison of outcomes in England and the United States. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 22*(5), 435-449. doi:10.1080/1067828X.2013.788887
- Smith, D. K. (2004). Risk, reinforcement, retention in treatment, and reoffending for boys and girls in Multidimensional Treatment Foster Care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*(1), 38-48. doi:10.1177/10634266040120010501
- Smith, D. K., & Chamberlain, P. (2010). Multidimensional Treatment Foster Care for adolescents: Processes and outcomes. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 2*, 243-258.
- Smith, D. K., Chamberlain, P., & Eddy, J. M. (2010). Preliminary support for Multidimensional Treatment Foster Care in reducing substance use in delinquent boys. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 19*(4), 343-358. doi:10.1080/1067828X.2010.511986
- Van Ryzin, M. J., & Leve, L. D. (2012). Affiliation with delinquent peers as a mediator of the effects of Multidimensional Treatment Foster Care for delinquent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 588-596. doi:10.1037/a0027336
- Westermarck, P. K., Hansson, K., & Olsson, M. (2011). Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC): Results from an independent replication. *Journal of Family Therapy, 33*(1), 20-41. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00515.x

Grijze literatuur

- Holmes, L., Westlake, D., & Ward, H. (2008). Calculating and comparing the costs of Multidimensional Treatment Foster Care, England (MTFCE). *Report to the Department for Children, Schools and Families.*

Lopend onderzoek

Geen

Multisystemic Therapy (MST)

Gepubliceerde literatuur

- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., Van der Laan, P. H., & Prins, P. J. M. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of Multisystemic Therapy in the Netherlands: Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology, 9*(2), 169–187. doi:10.1007/s11292-012-9165-9
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W., Van der Laan, P. H., Prins, P. J. M., Van Arum, S., & Dutch MST cost-effectiveness study group (2014). Sustainability of the effects of Multisystemic Therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology, 10*, 227-243. doi:10.1007/s11292-013-9198-8
- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D. I., & Van Busschbach J. J. (2009). Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: Twee jaar follow-up studie. *Systeemtherapie, 21*, 94-105.
- Boonstra, C., & Van der Rijken, R. (2010). Multisysteemtherapie voor jongeren met seksueel grensoverschrijdend gedrag. *Kind en Adolescent Praktijk, 4*, 150-157.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 35*, 105-114. doi:10.1037/a0014352
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 569-578. doi:10.1037/0022-006X.63.4.569
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of Multisystemic Therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 26-37. doi:10.1037/a0013035
- Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of Multisystemic Therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(12), 1220-1235. doi:10.1016/j.jaac.2011.09.017
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of family psychology, 18*(3), 411-419. doi:10.1037/0893-3200.18.3.411
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., Heiblum, N., & Crellin, K. (2009). Dissemination and effectiveness of multisystemic treatment in New Zealand: A benchmarking study. *Journal of Family Psychology, 23*, 119-129. doi:10.1037/a0014974
- Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J., & Van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 574-587. doi:10.1037/a0028482
- Glisson, C., Schoenwald, S. K., Hemmelgarn, A., Green, P., Dukes, D., Armstrong, K. S., & Chapman, J. E. (2010). Randomized trial of MST and ARC in a two-level EBT implementation strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 537-555. doi:10.1037/a0019160
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using Multisystemic Therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 953-961. doi:10.1037/0022-006X.60.6.953

- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 821-833. doi:10.1037/0022-006X.65.5.821
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research, 1*(3), 171-184.
- Lange, A., De Vuyst, K., & Van der Rijken, R. (2014). Multi Systeem Therapie voor mensen met een LVB: Een pilotonderzoek. *Onderzoek & Praktijk, 12*, 15-22.
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic Therapy for juvenile sexual offenders: 1-Year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 23*, 89-102. doi:10.1037/a0014352
- Löfholm, A., Olsson, T., Sundell, K., & Hansson, K. (2009). Multisystemic Therapy with conduct disordered youth: Stability of treatment outcomes two years after intake. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice, 5*(4), 373-397. doi:10.1332/174426409X478752
- Manders, W. A., Deković, M., Asscher, J. J., Van der Laan, P. H., & Prins, P. J. M. (2011). De implementatie van Multisysteem Therapie in Nederland: De invloed van behandelintegriteit en nonspecifieke factoren op behandeluitkomsten. *Gedragstherapie, 44*(4), 327-340. doi:10.1007/s10802-013-9749-5
- Manders, W. A., Deković, M., Asscher, J. J., Van der Laan, P. H., & Prins, P. J. M. (2013). Psychopathy as predictor and moderator of Multisystemic Therapy outcomes among adolescents treated for antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*, 1121-1132. doi:10.1007/s10802-013-9749-5
- Mitchell-Herzfeld, S., Shady, T. A., Mayo, J., Han Kim, D. H., Marsh, K., Dorabawila, V., et al. (2008). *Effects of Multisystemic Therapy (MST) on recidivism among juvenile delinquents in New York State*. New York: New York State & Office of children and family services.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic Therapy of serious behaviour problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *Journal of Child and Adolescent Mental Health, 11*, 142-149. doi:10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child & Adolescent Mental Health, 9*(2), 77-83. doi:10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x
- Rowland, M. R., Halliday-Boykins, C. A., Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Lee, T. G., Kruesi, M. J. P., & Shapiro, S. B. (2005). A randomized trial of Multisystemic Therapy with Hawaii's Felix Class youths. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 13*, 13-23. doi:10.1177/10634266050130010201
- Sawyer, A. M., & Borduin, C. M. (2011). Effects of MST through midlife: A 21.9-year follow up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 643-652. doi:10.1037/a0024862
- Stambaugh, L. F., Mustillo, S. A., Burns, B. J., Stephens, R. L., Baxter, B., Edwards, D., & DeKraai, M. (2007). Outcomes from wraparound and Multisystemic Therapy in a center for mental health services system-of-care demonstration site. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, 143-155. doi:10.1177/10634266070150030201

- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H., & Kadesjo, C. (2008). The transportability of MST to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct disordered youth. *Journal of Family Psychology*, *22*, 550-560. doi:10.1037/a0012790
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A., & Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of Multisystemic Therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*, 227-236. doi:10.1207/s15374424jccp3502_6
- Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & Van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(6), 468–481. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.006
- Weiss, B., Han, S., Harris, V., Catron, T., Ngo, V. K., Caron, A., Gallop, R., & Guth, C. (2013). An independent randomized clinical trial of Multisystemic Therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 1027-1039. doi:10.1037/a0033928

Grijze literatuur

- Barnoski, R. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy, Document No. 04-01-1201.
- Boender, M. (2013). *Voorspellers van het behandelingsucces van Multi Systeem Therapie en Functionale Family Therapy: Welke jongere is het meest gebaat bij welke behandeling* (Master's thesis)? Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Coenen, P. (2014). *Voorspellende factoren van een vroegtijdig afgebroken behandeling bij Multi Systeem Therapie en Functionele Familie Therapie* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Mayfield, J. (2011). *Multisystemic Therapy outcomes in an evidence-based practice pilot*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy, Document No. 11-04-3901.
- Van der Rijken, R. E. A., Bijlsma, E., Wilpert, J., Van Horn, J. E., Van Geffen, W., & Van Busschbach, J. (2015). *Using interpreters in mental health care: An exploration of Multisystemic Therapy outcomes*. Manuscript submitted for publication.

Lopend onderzoek

Alle MST-behandelingen worden voortdurend gemonitord via het kwaliteitsbewakingssysteem van MST-Nederland (doelgroep, behandelintegriteit, behandelresultaten tot anderhalf jaar na behandeling). Daarnaast lopen in Nederland momenteel verschillende onderzoeksprojecten:

1. Behandelintegriteit en alliantie

Beschrijving: Dit promotieproject heeft als doel de Nederlandse TAM-R (maat voor behandelintegriteit van MST-therapeuten) te valideren en de relatie tussen de behandelintegriteit en de behandeluitkomsten nader te onderzoeken. Daarnaast wordt de invloed van de cliënt-therapeut relatie (alliantie) onderzocht.

Onderzoeksgroep: Aurelie Lange (promovenda Erasmus MC/de Viersprong), Dr. Rachel van der Rijken (copromotor de Viersprong), Prof. dr. Jan van Busschbach (promotor Erasmus MC Rotterdam), Prof. dr. Ron Scholte (promotor Radboud Universiteit Nijmegen). Dit multicenter onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met MST-Nederland, Praktikon, de Waag, Dimence, Vincent van Gogh en Het Ambulatorium.

2. Kosteneffectiviteit Systeminterventies

Beschrijving: Dit promotieproject betreft methoden van kosteneffectiviteitsonderzoek en vergelijkend onderzoek naar de kosteneffectiviteit van systeeminterventies, waaronder MST.

Onderzoeksgroep: Hester van Eeren (promovenda Erasmus MC/de Viersprong), Dr. Rachel van der Rijken (copromotor de Viersprong), Prof. dr. Jan van Busschbach (promotor Erasmus MC Rotterdam), Prof. dr. Ron Scholte (Radboud Universiteit Nijmegen).

3. Multi Systeem Therapie voor jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (MST-LVB)

Beschrijving: Reguliere MST sluit onvoldoende aan bij de behoeften van de LVB-doelgroep. Daarom is een adaptatie van het MST-programma ontwikkeld: MST-LVB. In dit onderzoek wordt getoetst of de aanpassingen die gedaan zijn aan het reguliere MST-programma de effectiviteit ervan vergroten.

Onderzoeksgroep: Puck Coenen (onderzoekmedewerker de Viersprong), Aurelie Lange (junior onderzoeker de Viersprong/Erasmus MC Rotterdam), Dr. Rachel van der Rijken (Principal Investigator de Viersprong), Prof. dr. Ron Scholte (verbonden hoogleraar Radboud Universiteit Nijmegen). Dit multicenter onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met Stichting Prisma, De La Salle, Universiteit van Amsterdam, Praktikon, MST-Nederland, het Amerikaanse MST Services en alle instellingen die in Nederland MST aanbieden.

4. Multi Systeem Therapie voor kindermishandeling en verwaarlozing (MST-CAN)

Beschrijving: MST-CAN is een aanpassing van de reguliere MST-behandeling voor gezinnen waarin kindermishandeling en/of verwaarlozing plaatsvindt. Buiten de Verenigde Staten is de effectiviteit van deze behandeling nog niet aangetoond. Daarom is de implementatie van MST-CAN in Nederland gekoppeld aan wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid en effectiviteit van de behandeling.

Onderzoeksgroep: Femke Kamphuis (junior onderzoeker/psychiater de Viersprong), Dr. Rachel van der Rijken (Principal Investigator de Viersprong), Prof. dr. Ron Scholte (verbonden hoogleraar Radboud Universiteit Nijmegen), Dr. Odette Brand-de Wilde (manager RD&E de Viersprong), Monique Slot (MST-CAN supervisor de Viersprong).

5. Multi Systeem Therapie voor jongeren met ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag (MST-PSB)

Beschrijving: MST-PSB is een adaptatie van het reguliere MST-programma, die gericht is op de behandeling van jongeren die ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. In dit onderzoek worden de doelgroep en de werkzaamheid van verschillende (ambulante en gesloten) behandelvormen voor jeugdige zedendelinquenten vergeleken.

Onderzoeksgroep: Ellis ter Beek (promovenda Universiteit van Amsterdam), Dr. Rachel van der Rijken (copromotor de Viersprong), Prof. dr. Geert Jan Stams (promotor Universiteit van Amsterdam), Prof. dr. Jan Hendriks (promotor Vrije Universiteit Amsterdam).

6. Thuis Best: combinatie van kortdurende gesloten jeugdzorg met Multi Systeem Therapie

Beschrijving: Het zorgtraject Thuis Best is bedoeld voor jongeren met dermate ernstige gedragsproblemen, dat een machtiging uithuisplaatsing gesloten jeugdzorg wordt uitgesproken. Het zorgtraject Thuis Best beoogt de jongere zo snel mogelijk weer terug te laten keren naar de thuissituatie en is een combinatie van kortdurende gedwongen uithuisplaatsing en Multi Systeem Therapie (MST). Thuis Best is een nieuw zorgtraject, waarvan de effectiviteit nog niet is onderzocht. Daarom worden sinds de start van dit behandelprogramma gegevens verzameld over de doelgroep en de behandelresultaten.

Onderzoeksgroep: Dr. Rachel van der Rijken (Principal Investigator de Viersprong), Prof. dr. Ron Scholte (verbonden hoogleraar Radboud Universiteit Nijmegen). Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met SJSJ Almata en Stichting Prisma

Nieuwe Perspectieven

Gepubliceerde literatuur

James, C., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., & Van der Laan, P. H. (2015). The effectiveness of aftercare for juvenile and young adult offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. Advance online publication. doi:0306624X15576884

Grijze literatuur

Bürmann, A., Geldrop, M., Groen, H., Hilhorst, N., & Rietveld, M. (2004). Evaluatie Nieuwe Perspectieven 1998-2003. Amsterdam: DSPgroep.

Noorda, J. J., & Veenbaas, R. H. (1997). Eindevaluatie Nieuwe Perspectieven Amsterdam West/Nieuw-West. Amsterdam: Instituut Jeugd en Welzijn, Vrije Universiteit.

Lopend onderzoek

Geen

Nieuwe perspectieven bij Terugkeer LVB

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Onderwijszorgarrangement Optimist

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Opstandige kinderen: Een compleet oudertrainingsprogramma

Gepubliceerde literatuur

- Barkley, R. A., Shelton, T. L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L., & Metevia, L. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 319-332. doi:10.1111/1469-7610.00616
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavioural management training alone and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 926-941.
- Ercan, E. S., Varan, A., & Deniz, U. (2005). Effects of combined treatment of Turkish children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: A preliminary report. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *15*, 203-219. doi:10.1089/cap.2005.15.203.
- Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., ... & Metevia, L. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two-year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(3), 253-266. doi:10.1023/A:1005144304071
- Van den Hoofdakker, B. J., Hoekstra, P. J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P. M. G., Minderaa, R. B., & Nauta, M. H. (2014). Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(11), 1071-1079. doi:10.1007/s00787-014-0557-4
- Van den Hoofdakker, B. J., Nauta, M. H., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P. M. G., Minderaa, R. B., & Hoekstra, P. J. (2010). Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Moderators of treatment response. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(3), 317-326. doi:10.1093/jpepsy/jsp060
- Van den Hoofdakker, B. J., Van der Veen-Mulders, L., Systema, S., Emmelkamp, P. M., Minderaa, R. B., & Nauta, M. H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: A randomized controlled study. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 1263-1271. doi:10.1097/chi.0b013e3181354bc2
- Van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2007). Does brief, clinically based, intensive multimodal behavior therapy enhance the effects of methylphenidate in children with ADHD? *European Child and Adolescent Psychiatry*, *16*, 48-57. doi:10.1007/s00787-006-0574-z
- Van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: Predictors of treatment outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*(2), 73-81. doi:10.1007/s00787-007-0638-8
- Van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). The adolescent outcome of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder treated with methylphenidate or methylphenidate combined with multimodal behaviour therapy: Results of a naturalistic follow-up study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(3), 270-278. doi:10.1002/cpp.750

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Ouders van tegendraadse jeugd – Opvoedworkshop

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Boendermaker, L., Lekkerkerker, L., Deković, M., Foolen, N., & Vermeij, K. (2010). *Oudertrainingen bij de jeugdreclassering: Onderzoek naar de uitvoering en de uitkomsten van de Opvoedworkshop en de Oudertraining uit het pakket 'Ouders van Tegendraadse Jeugd', toegepast bij de jeugdreclassering*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut en Universiteit Utrecht.

Lopend onderzoek

Geen

Ouders van tegendraadse jeugd - Oudercursus

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Ouders van tegendraadse jeugd – Oudertraining

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Boendermaker, L., Lekkerkerker, L., Deković, M., Foolen, N., & Vermeij, K. (2010). *Oudertrainingen bij de jeugdreclassering: Onderzoek naar de uitvoering en de uitkomsten van de Opvoedworkshop en de Oudertraining uit het pakket 'Ouders van Tegendraadse Jeugd', toegepast bij de jeugdreclassering*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut en Universiteit Utrecht.

Lopend onderzoek

Geen

Ouders van tegendraadse jeugd – Themabijeenkomst

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Ouderschap met liefde en grenzen

Gepubliceerde literatuur

Baruch, G., Vrouva, I., & Wells, C. (2011). Outcome findings from a parent training programme for young people with conduct problems. *Child & Adolescent Mental Health, 16*(1), 47-54. doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00574.x

Sells, S. P., Smith, T. E., Rodman, J., & Reynolds, L. R. (2003). Reducing adolescent substance abuse and delinquency: Pilot research of a family-oriented psychoeducation curriculum. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 15*, 105-115.

Sells, S. P., Winokur-Early, K., & Smith, T. E. (2011). Reducing adolescent oppositional and conduct disorders: An experimental design using Parenting with Love and Limits. *Professional Issues in Criminal Justice, 6*(3), 9-30.

Winokur Early, K., Chapman, S. F., & Hand, G. A. (2013). Family-focused juvenile reentry services: A quasi-experimental design evaluation of recidivism outcomes. *OJJDP Journal of Juvenile Justice, 2*(1), 1-22.

Grijze literatuur

Hand, G., Winokur Early, K., & Blankenship, J. (2011). *Parenting with Love and Limits: Evaluation 2011*. Tallahassee, FL: Justice Research Center.

Hogendoorn, M. L. (2013). *Ouderschap met Liefde en Grenzen: Doeltreffendheid van de behandeling op de opvoedingscompetenties van ouder(s)* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Van Rosevelt, E., & Schoenmaker, J. (2013). *Een single case study naar de interventie 'Ouderschap met Liefde en Grenzen'* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Lopend onderzoek

Op dit moment vinden er binnen De Waag twee onderzoeken naar Ouderschap met Liefde en Grenzen plaats: een doeltreffendheidsonderzoek dat vermoedelijk in 2016 wordt afgerond en een quasi-experimenteel onderzoek (op basis van matching) dat net is opgestart.

Out of the Circle

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Parent Management Training Oregon (PMTO)

Gepubliceerde literatuur

- Bank, L., Marlowe, J. H., Reid, J. B., Patterson, G. R., & Weinrott, M. R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *19*(1), 15-33.
- Bernal, M. E., Klinnert, M. D., & Schultz, L. A. (1980). Outcome evaluation of behavioral parent training and client centered parent counseling for children with conduct problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *13*, 677-691.
- Christensen, A., Johnson, S. M., Phillips, S., & Glasgow, R. E. (1980). Cost effectiveness in behavioral family therapy. *Behavior Therapy*, *11*, 208-226.
- DeGarmo, D. S., & Forgatch, M. S. (2004). Putting problem solving to the test: Replicating experimental interventions for preventing youngsters' problem behaviors. In: R. D. Conger, F. O. Lorenz and K. A. S. Wickrama (Eds.), *Continuity and change in family relations*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- DeGarmo, D. S., & Forgatch, M. S. (2005). Early development of delinquency within divorced families: Evaluating a randomized preventive intervention trial. *Developmental Science*, *8*, 229-239. doi:10.1111/j.1467-7687.2005.00412.x
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, *5*, 73-89. doi:10.1023/B:PREV.0000023078.30191.e0
- Firestone, P., Kelly, M. J., & Fike, S. (1980). Are fathers necessary in parent training groups? *Journal of Clinical Child Psychology*, *9*, 44-47.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, *21*, 637-660. doi:10.1017/S0954579409000340
- Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*(2), 165-178. doi:10.1080/15374416.2011.546050
- Martinez, C. R., & Forgatch, M. S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 416-428. doi:10.1037//0022-006X.69.3.416

- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 607-621. doi:10.1037/0022-006X.76.4.607
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy, 13*, 638-650.
- Patterson, G. R., DeGarmo, D., & Forgatch, M. S. (2004). Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*, 621-633. doi:10.1023/B:JACP.0000047211.11826.54
- Sigmarsdóttir, M., DeGarmo, D. S., Forgatch, M. S., & Vikar Guðmundsdóttir, E. (2013). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*, 468-476. doi:0.1111/famp.12109
- Walter, H. I., & Gilmore, S. K. (1973). Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behavior of aggressive boys. *Behavior Therapy, 4*, 361-377. doi:10.1016/S0005-7894(73)80116-9
- Wiltz, N. A., & Patterson, G. R. (1974). An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy, 5*, 215-221. doi:10.1016/S0005-7894(74)80137-1

Grijze literatuur

- Bertling, L. (2012). *Verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van het kind, voor en na de PMTO behandeling* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Ellens, R. (2014). *De effecten van PMTO, een veranderingsstudie en een casestudie* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Lubberts, E. (2013). *Voor wie werkt PMTO (niet)? Welke buiten de methodiek gelegen factoren hebben invloed op het effect van de interventie PMTO* (Master's thesis)? Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Van Dam, C., & Damen, H. (2012). *Evaluatie Kenniscentrum PMTO: Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van het Kenniscentrum PMTO*. Praktikon: Nijmegen.

Jaarlijkse analyse van doelgroep en behandeluitkomsten PMTO bij de uitvoerende instellingen (Kenniscentrum PMTO Nederland), periodes: 2007-2010, 2011-2012, en 2012-2014.

Lopend onderzoek

Op dit moment loopt er in Nederland een RCT naar PMTO in reguliere gezinnen (Corine de Ruiter; Maastricht University) en een RCT naar PMTO in pleeggezinnen (Anne Maaskant; Universiteit van Amsterdam). Daarnaast wordt er een kosteneffectiviteitsonderzoek uitgevoerd (KEA; Menno Reijneveld; Rijksuniversiteit Groningen).

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Gepubliceerde literatuur

- Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2012). Parent-Child Interaction Therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in

- the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 24.
doi:10.1186/1753-2000-6-24
- Abrahamse, M. E., Junger, M., & Lindauer, R. J. (2012). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy in the Netherlands: Preliminary results of a randomized controlled trial. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, S88.
- Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2007). Parent-Child Interaction Therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 418-429. doi:10.1080/15374410701448448
- Bagner, D. M., Sheinkopf, S. J., Vohr, B. R., & Lester, B. M. (2010). Parenting intervention for externalizing behavior problems in children born premature: An initial examination. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(3), 209-216.
doi:10.1097/DBP.0b013e3181d5a294
- Berkovits, M. D., O'Brien, K. A., Carter, C. G., & Eyberg, S. M. (2010). Early identification and intervention for behavior problems in primary care: A comparison of two abbreviated versions of Parent-Child Interaction Therapy. *Behavior Therapy*, 41(3), 375-387.
doi:10.1016/j.beth.2009.11.002
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D., & Hood, K. K. (2004). Outcome of Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy*, 26(4), 1-22.
- Borrego, J., Anhalt, K., Terao, S. Y., Vargas, E. C., & Urquiza, A. J. (2006). Parent-Child Interaction Therapy with a Spanish-speaking family. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 121-133.
doi:10.1016/j.cbpra.2005.09.001
- Brestan, E. V., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1997). Parent-Child Interaction Therapy: Parents' perceptions of untreated siblings. *Child & Family Behavior Therapy*, 19, 13-28.
doi:10.1300/j019v19n03_02
- Budd, K. S., Hella, B., Bae, H., Meyerson, D. A., & Watkin, S. C. (2011). Delivering Parent-Child Interaction Therapy in an urban community clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 502-514. doi:10.1016/j.cbpra.2010.12.002
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., & Bonner, B. L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510. doi:10.1037/0022-006X.72.3.500
- Cohen, M. L., Heaton, S. C., Ginn, N., & Eyberg, S. M. (2012). Parent-Child Interaction Therapy as a family-oriented approach to behavioral management following pediatric traumatic brain injury: A case report. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 251-261. doi:10.1093/jpepsy/jsr086
- Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E., & Mullis, A. K. (2014). Parent-Child Interaction Therapy: A meta-analysis of child behavior outcomes and parent stress. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 191-208. doi:10.1080/10522158.2014.888696
- Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina (1995). Parent-Child Interaction Therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-91.
- Eyberg, S. M., Boggs, S., & Jaccard, J. (2014). Does maintenance treatment matter? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 355-366. doi:10.1007/s10802-013-9842-9
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: One and two year

- maintenance of treatment effects in the family. *Child and Family Behavior Therapy*, 23, 1-19. doi:10.1300/J019v23n04_01
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1982). Parent-Child Interaction Training: Effects on family functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 130-137. doi:10.1207/s15374424jccp1102_6
- Fernandez, M. A., Butler, A. M., & Eyberg, S. M. (2011). Treatment outcome for low socioeconomic status African American families in Parent-Child Interaction Therapy: A pilot study. *Child & Family Behavior Therapy*, 33, 32-48. doi:10.1080/07317107.2011.545011
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T., & Capage, L. (1993). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child and Family Behavior Therapy*, 20, 17-38. doi:10.1300/J019v20n02_02
- Gallagher, N. (2003). Effects of Parent-Child Interaction Therapy on young children with disruptive behavior disorders. *Bridges: Practice-Based Research Syntheses*, 1, 1-17
- Graziano, P. A., Bagner, D. M., Slavec, J., Hungerford, G., Kent, K., Babinski, D., Derefinko, K., & Patalich, D. (2015). Feasibility of Intensive Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT): Results from an open trial. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 38-49. doi:10.1007/s10862-014-9435-0
- Gresl, B. L., Fox, R. A., & Fleischmann, A. (2014). Home-based Parent-Child Therapy in low-income African America, Caucasian, and Latino Families: A comparative examination of treatment outcomes. *Child and Family Behavior Therapy*, 36, 33-50. doi:10.1080/07317107.2014.878193
- Hatamzadeh, A., Pouretamad, H., Hassanabadi, H. (2010). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for children with high functioning autism. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 5, 994-997. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.224
- Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 419-429. doi:10.1207/S15374424JCCP3203_10
- Kimonis, E. R., & Armstrong, K. (2012). Adapting Parent-Child Interaction Therapy to treat severe conduct problems with callous-unemotional traits: A case study. *Clinical Case Studies*, 11, 234-252. doi:10.1177/1534650112448835
- Kohlhoff, J., & Morgan, S. (2014). Parent-Child Interaction Therapy for toddlers: A pilot study. *Child and Family Behavior Therapy*, 36, 121-139. doi:10.1080/07317107.2014.910733
- Lanier, P., Kohl, P. L., Benz, J., Swinger, D., Moussette, P., & Drake, B. (2011). Parent-Child Interaction Therapy in a community setting: Examining outcomes, attrition, and treatment setting. *Research on Social Work Practice*, 21(6), 689-698. doi:10.1177/1049731511406551
- Lesack, R., Bearss, K., Celano, M., & Sharp, W. G. (2014). Parent-Child Interaction Therapy and autism spectrum disorder: Adaptations with a child with severe developmental delays. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2, 68-82. doi:10.1037/cpp0000047
- Leung, C., Tsang, S., Sin, T. C. S., & Choi, S. -y. (2015). The efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Chinese families: Randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 117-128. doi:10.1177/1049731513519827
- Lyon, A. R., & Budd, K. S. (2010). A community mental health implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *Journal of Child and Family Studies*, 19, 654-668. doi:10.1007/s10826-010-9353-z

- Matos, M., Bauermeister, J. J., Bernal, G. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behaviour problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48, 232-252. doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x
- Matos, M., Torres, R., Santiago, R., Jurado, M., & Rodriguez, I. (2006). Adaption of Parent-Child Interaction Therapy for Puerto Rican families: A preliminary study. *Family Process*, 45(2), 205-222. doi:10.1111/j.1545-5300.2006.00091.x
- McCabe, K., & Yeh, M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Mexican Americans: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 753-759. doi:10.1080/15374410903103544
- McNeil, C. B., Capage, L. C., Bahl, A., & Blanc, H. (1999). Importance of early intervention for disruptive behavior problems: Comparison of treatment and waitlist-control groups. *Early Education and Development*, 10, 445-454. doi:10.1207/s15566935eed1004_2
- McNeil, C. B., Eyberg, S., Eisenstadt, T. H., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1991). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 140-151. doi:10.1207/s15374424jccp2002_5
- Mohajeri, A. S., Pouretamad, H. R., & Shokri, O. (2012). P-310-Parent-child interaction therapy for children with high functioning autism: A single-subject report. *European Psychiatry*, 27, 1. doi:10.1016/s0924-9338(12)74477-2
- Morgan, S. S. J., & Kohlhoff, J. R. (2012). Parent-Child Interaction Therapy delivered to families with children aged less than 2 years in Australia. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60, 88. doi:10.1016/j.neurenf.2012.05.361
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1), 195-210. doi:10.1017/s0954579410000738
- Nieter, L., Thornberry, T., Brestan-Knight, E. (2013). The effectiveness of group Parent-Child Interaction Therapy with community families. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 490-501. doi:10.1007/s10826-012-9601-5
- Nixon, R. D. V. (2001). Changes in hyperactivity and temperament in behaviorally disturbed preschoolers after Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *Behavior Change*, 18, 168-176. doi:10.1375/behc.18.3.168
- Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Erickson, D. B., & Touyz, S. W. (2003). Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260. doi:10.1037/0022-006X.71.2.251
- Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Erickson, D. B., & Touyz, S. W. (2004). Parent-Child Interaction Therapy: One and two year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 263-271. doi:10.1023/B:JACP.0000026140.60558.05
- Pearl, E., Thieken, L., Olafson, E., Boat, B., Connelly, L., Barnes, J., & Putnam, F. (2012). Effectiveness of community dissemination of Parent-Child Interaction Therapy. *Psychological Trauma, Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 204-213. doi:10.1037/a0022948
- Phillips, J., Morgan, S., Cawthorne, K., & Barnett, B. (2008). Pilot evaluation of Parent-Child Interaction Therapy delivered in an Australian community early childhood clinic setting.

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42, 712–719.

doi:10.1080/00048670802206320

- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Welsh, B. C., Tremblay, R., & Jennings, W. G. (2009). Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 5(2), 83-120. doi:10.1007/s11292-009-9072-x
- Schimek, M., Walter, T., Bussing, R., & Briegel, W. (2014). Parent-Child Interaction Therapy in a multi-stressed family setting: A case report. *Verhaltenstherapie*, 24, 40-46
- Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1998). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 34-45. doi:10.1207/s15374424jccp2701_4
- Self-Brown, S., Valente, J. R., Wild, R. C., Whitaker, D. J., Galanter, R., Dorsey, S., & Stanley, J. (2012). Utilizing benchmarking to study the effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy implemented in a community setting. *Journal of Child and Family Studies*, 21(6), 1041-1049. doi:10.1007/s10826-012-9566-4
- Solomon, M., Ono, M., Timmer, S., & Goodlin-Jones, B. (2008). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for families of children on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1767-1776. doi:10.1007/s10803-008-0567-5
- 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(3), 475–495. doi:10.1007/s10802-007-9104-9
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating evidence for Parent-Child Interaction Therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development*, 82, 177-192. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2012). Parent Child Interaction Therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment. *Child Maltreatment*, 17, 253-266. doi:10.1177/1077559512459555
- Timmer, S. G., Ho, L. K. L., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., & Boys, D. (2011). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with depressive mothers: The changing relationship as the agent of individual change. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(4), 406–423. doi:10.1007/s10578-011-0226-5.
- Timmer, A. G., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., & McGrath, J. M. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse & Neglect*, 29, 825–842. doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.003
- Ware, L. M., McNeill, C. B., Masse, J., Stevens, S. (2008). Efficacy of in-home Parent-Child Interaction Therapy. *Child and Family Behavior Therapy*, 30, 99-126. doi:10.1080/07317100802060302
- Werba, B. E., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (2006). Predicting outcome in Parent-Child Interaction Therapy: Success and attrition. *Behavior Modification*, 30, 618-646. doi:10.1177/0145445504272977

Grijze literatuur

- Abrahamse, M. E., Junger, M., Van Wouwe, A. M. M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2015). *Treating child behavioural problems in a community mental health centre: A randomised controlled trial on the effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy and Family-Creative Therapy*. Manuscript in preparation.

- Budd, K. S., Gershenson, R., Lyon, A., Farahmand, F., Behling, S., & Thaxler, P. (2007). Effectiveness of group PCIT: Adapting PCIT to an urban daycare for ethnic minority children. In *annual meeting of the Parent-Child Interaction Therapy Conference, Oklahoma City, OK*.
- Masse, J. J. (2009). *Examining the efficacy of parent-child interaction therapy with high-functioning autism* (Doctoral dissertation). West Virginia University.
- Mersky, J. P. (2014). *Translational Child Welfare Research: Integrating PCIT Into Foster Care*. Annual Conference of the Society for Social Work and Research. San Antonio, Texas
- Perez, J. C. (2008). *Predictors of patterns of change in child disruptive behavior and parenting stress during parent child interaction therapy and its relation to treatment outcome* (Doctoral dissertation). University of Florida.
- Stokes, J. (2014). *Effectiveness of community delivered Parent-Child Interaction Therapy compared to treatment as usual* (Doctoral dissertation). University of West Virginia.
- Tsang, S. K. M., Leung, C., Chan, M., & Choi, T. (2007). *Good practices in applying Parent Child Interaction Therapy (PCIT) on Chinese Families with Children having serious behaviour problems*. Conference Paper. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10722/115591>
- Vess, S. F. (2008). *Theoretical justification and evaluation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) to families of children with autism spectrum disorders* (Doctoral dissertation). University of Georgia.

Lopend onderzoek

- Gross, D. A., Belcher, H. M., Ofonedu, M. E., Breitenstein, S., Frick, K. D., & Budhathoki, C. (2014). Study protocol for a comparative effectiveness trial of two parent training programs in a fee-for-service mental health clinic: Can we improve mental health services to low-income families? *Trials*, 15(1), 70. doi:10.1186/1745-6215-15-70

Op dit moment vindt er bij de Basule/het AMC (gefinancierd door Kinderpostzegels) een onderzoek plaats naar PCIT-Home. PCIT-Home is een korte, preventieve interventie bij ouders thuis. In acht bijeenkomst worden ouders thuis dezelfde vaardigheden geleerd als binnen de 'reguliere variant'.

Portage

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Praten met Kinderen

Gepubliceerde literatuur

- Leijten, P., Overbeek, G., & Janssens, J. M. A. M. (2012). Effectiveness of a parent training program in (pre) adolescence: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*, 35(4), 833-842. doi:10.1016/j.adolescence.2011.11.009

Grijze literatuur

Van As, N. M. C. (1999). *Family functioning and child behavior problems* (Doctoral dissertation). Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.

Lopend onderzoek

Aan de Universiteit van Amsterdam wordt een RCT uitgevoerd, waarbij gekeken wordt naar mediatie (o.a. parental self-efficacy) en moderatie (o.a. genotype) effecten van het effect van Praten Met Kinderen op het gedrag van ouders en kinderen. Naar verwachting wordt dit onderzoek in 2018 afgerond.

Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD; Promoting Alternative Thinking Strategies, PATHS)

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Respect limits

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Rots en Water

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Samen Stevig Staan

Gepubliceerde literatuur

Schuiringa, H. D., Van Nieuwenhuizen, M., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Samen Stevig Staan: Een kind-ouder interventie voor jeugdigen met externaliserende gedragsproblemen en een licht verstandelijke beperking. *Met het Oog op Behandeling*, 85-90.

Grijze literatuur

Schuiringa, H. D. (2014). *Children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior: Individual characteristics, family functioning and treatment effectiveness* (Doctoral dissertation). Universiteit Utrecht, Utrecht.

Lopend onderzoek

Hilde Schuiringa (Universiteit Utrecht) en collega's zijn op het moment bezig met het aanpassen van de train de trainer (uitgebreidere training in versterken therapeut-cliënt relatie en werken vanuit gedragstherapeutische principes), waarvan zij uiteindelijk opnieuw de effectiviteit zullen testen in vergelijking met de oorspronkelijke train de trainer zoals gebruikt in het eerdere effectonderzoek. Daarnaast kijken zij naar cliënt en therapeut factoren die van invloed zijn op de effectiviteit van Samen Stevig Staan.

School Time Out Project (STOP)

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

School-Wide Positive Behavior Support

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag (SPRINT)

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Berends, I. E., Wijnen-Lunenburg, P., Wijgergangs, E., Bijl, B., & Slot, N. W. (2009). *SPRINT onderzoek 2005-2007: Een evaluatie van SPRINT*. Duivendrecht: PI Research.

Van Leeuwen, E., & Bijl, B. (2003). *SPRINT resultaten: Tweede deelrapport van het evaluatieonderzoek, over de uitkomsten van de interventie*. Duivendrecht: PI Research.

Lopend onderzoek

Regterschot, H., Verhulp, E., & Orobio de Castro, B. (2015). Effectiviteit van SPRINT: Screening en PReventieve INTerventie ter voorkoming van antisociale gedragsproblemen. Manuscript in voorbereiding.

Sociale vaardigheden op maat

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

So-Cool

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Taakspel (Good Behavior Game)

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is.

The Incredible Years oudertraining

Gepubliceerde literatuur

- August, G. J., Realmuto, G. M., Hektner, J. M., & Bloomquist, M. L. (2001). An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early Risers program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 614-626. doi:10.1037/0022-006X.69.4.614
- Axberg, U., & Broberg, A. G. (2012). Evaluation of 'The Incredible Years' in Sweden: The transferability of an American parent-training to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*, 224-232. doi:10.1111/j.1467-9450.2012.00955.x
- Axberg, U., Hansson, K., & Broberg A. G. (2007). Evaluation of the Incredible Years series – An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(2), 143-151. doi:10.1080/08039480701226120
- Azevedo, A. F., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homen, T. C. (2013). The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors: Does it make a difference? *Child and Youth Care Forum, 42*, 403-424. doi:10.1007/s10566-013-9207-0
- Azevedo, A. F., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homen, T. C. (2014). A parent-based intervention programme involving pre-schoolers with AD/HD behaviours: Are children's and mothers' effects sustained over time? *European Child and Adolescent Psychiatry, 23*, 437-450. doi:10.1007/s00787-013-0470-2
- Baker-Henningham, H., Walker, D., Powell, C., & Gardner, J. M. (2009). A pilot study of the Incredible Years teacher training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child: Care, Health, and Development, 1*, 1–8. doi:10.1111/j.1365-2214.00964.x
- Barrera, M. J., Biglan, A., Taylor, T. K., Gunn, B. K., Smolkowski, K., Black, C., ... Fowler, R. C. (2002). Early elementary school intervention to reduce conduct problems: A randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prevention Science, 3*(2), 83-94. doi:10.1023/A:1015443932331
- Baydar, N., Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development, 74*(5), 1433-1453. doi:10.1111/1467-8624.00616

- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 371-388. doi:10.1037/0022-006X.73.3.371
- Brotman, L. M., Dawson-McClure, S., Gouley, K. K., McGuire, K., Burraston, B., & Bank, L. (2005). Older siblings benefit from a family-based preventive intervention for preschoolers at risk for conduct problems. *Journal of Family Psychology, 19*(4), 581-591. doi:10.1037/0893-3200.19.4.581
- Brotman, L. M., Gouley, K. K., Chesir-Teran, D., Dennis, T., Klein, R. G., & Shrout, P. (2005). Prevention for preschoolers at high risk for conduct problems: Immediate outcomes on parenting practices and child social competence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 34*(4), 724-734. doi:10.1207/s15374424jccp3404_14
- Brotman, L. M., Gouley, K. K., Huang, K. -Y., Rosenfelt, A., O'Neal, C., & Klein, R. G. (2008). Preventive intervention for preschoolers at high risk for antisocial behaviour: Long-term effects on child physical aggression and parenting practices. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(2), 386-396. doi:10.1080/15374410801955813
- Brotman, L. M., Klein, R. G., Kamboukos, D., Brown, E. J., Coard, S. I., & Sosinsky, L. S. (2003). Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: A randomized pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(2), 246-257. doi:10.1207/S15374424JCCP3202_10
- Brotman, L. M., O'Neal, C. R., Huang, K. -Y., Gouley, K. K., Rosenfelt, A., & Shrout, P. E. (2009). An experimental test of parenting practices as a mediator of early childhood physical aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(3), 235-245. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01929.x
- Connolly, L., Sharry, J., & Fitzpatrick, C. (2001). Evaluation of a group treatment programme for parents of children with behavioural disorders. *Child and Adolescent Mental Health, 6*(4), 159-165. doi:10.1111/1475-3588.00340
- Cummings, J. G., & Wittenberg, J. (2008). Supportive expressive therapy--parent child version: An exploratory study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(2), 148-164. doi:10.1037/0033-3204.45.2.148
- Dababnah, S., Parish, S. L. (2014). Incredible Years Program tailored to parents of preschoolers with autism: Pilot results. *Research on Social Work Practice*. Advance online publication. doi:10.1177/1049731514558004
- Dionne, R., Davis, B., Sheeber, L., & Madrigal, L. (2009). Initial evaluation of a cultural approach to implementation of evidence-based parenting interventions in American Indian communities. *Journal of Community Psychology, 37*, 911-921. doi:10.1002/jcop.20336
- Doubleday, E., & Hey, C. (2004). Is statistical significance enough? Behavioural parent training programmes in real life. *Clinical Psychology, 37*, 5-9.
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B., & Mørch, W. T. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 559-565. doi:10.1007/s00787-009-0083-y
- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2006). Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalisation effects to day-care and school settings. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(7), 392-399. doi:10.1007/s00787-006-0546-3

- Drugli, M. B., Larsson, B., & Clifford, G. (2007). Changes in social competence in young children treated because of conduct problems as viewed by multiple informants. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*(6), 370-378. doi:10.1007/s00787-007-0609-0
- Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S., & Mørch, W. T. (2009). Five-to-six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(5), 559-566. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x
- Edwards, R. T., Céilleachair, A. O., Bywater, T., Hughes, D. A., & Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: Cost effectiveness analysis. *BMJ, 334*, 682-687. doi:10.1136/bmj.39126.699421.55
- Fergusson, D., Stanley, L., & Horwood, J. (2009). Preliminary data on the efficacy of the Incredible Years Basic Parent Programme in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*, 76-79. doi:10.1080/00048670802534382
- Fossum, S., Mørch, W.-T., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology, 50*, 173-181. doi:10.1111/j.1467-9450.2008.00700.x
- Foster, E. M., Olchowski, A. E., & Webster-Stratton, C. (2007). Is stacking intervention components cost-effective?: An analysis of the Incredible Years program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1414-1424. doi:10.1097/chi.0b013e3181514c8a
- Garcia, R., & Turk, J. (2007). The applicability of Webster-Stratton parenting programmes to deaf children with emotional and behavioural problems, and autism, and their families: Annotation and case report of a child with Autistic Spectrum Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*, 125-136. doi:10.1177/1359104507071091
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 47*(11), 1123-1132. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(4), 568-580. doi:10.1080/15374416.2010.486315
- Gross, D., Fogg, L., & Tucker, S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Research in Nursing & Health, 18*(6), 489-499. doi:10.1002/nur.4770180605
- Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julion, W., & Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 261-278. doi:10.1037/0022-006X.71.2.261
- Hartman, R. R., Stage, S., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *The Child Psychology and Psychiatry Journal, 44*, 388-398. doi:10.1111/1469-7610.00129
- Helfenbaum-Kun, E. D., & Ortiz, C. (2007). Parent-training groups for fathers of Head Start children: A pilot study of their feasibility and impact on child behavior and intra-familial relationships. *Child & Family Behavior Therapy, 29*(2), 47-64. doi:10.1300/J019v29n02_04

- Henderson, K., & Sargent, N. (2005). Developing the Incredible Years Webster-Stratton parenting skills training programme for use with adoptive families. *Adoption and Fostering*, 29, 34-44. doi:10.1177/030857590502900406
- Hurlburt, M. S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C., & Zhang, J. (2013). Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37, 531-543. doi:10.1016/j.chiabu.2012.10.008
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K., ... Edwards, R. T. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7595), 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55
- Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M. E., Shakespeare, M. K., & Whitaker, C. (2009). Evidence for the extended School Aged Incredible Years parent programme with parents of high-risk 8 to 16 year olds. Retrieved from http://67.199.123.90/library/items/evidence-for-the-extended-school-aged_pathfinder_09.pdf
- Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M. E., Whitaker, C., Lane, E., & Shakespeare, K. (2011). The Extended School Ages Incredible Years Programme. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 136-143. doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00590.x
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care Health and Development*, 33, 749-756.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: Long-term follow-up. *Child: Care, Health and Development*, 34(3), 380-390. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x
- Kim, E., Cain, K. C., & Webster-Stratton, C. (2008). The preliminary effect of a parenting program for Korean American mothers: A randomized controlled experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1261-1273. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.10.002
- Kleve, L., Crimlisk, S., Shoebridge, P., Greenwood, R., Baker, B., & Mead, B. (2011). Is the Incredible Years programme effective for children with neuro-developmental disorders and for families with Social Services involvement in the "real world" of community CAMHS? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 253-264. doi:10.1177/1359104510366280
- Kratochwill, T. R., Elliott, S. N., Loitz, P. A., Sladeczek, I., & Carlson, J. S. (2003). Conjoint consultation using self-administered manual and videotape parent-teacher training: Effects on children's behavioral difficulties. *School Psychology Quarterly*, 18(3), 269-302. doi:10.1521/scpq.18.3.269.22574
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H., & Mørch, W. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42-52. doi:10.1007/s00787-008-0702-z
- Lau, A. S., Fung, J. J., Ho, L. Y., Liu, L. L., & Gudino, O. G. (2011). Parent training with high-risk immigrant Chinese families: A pilot group randomized trial yielding practice-based evidence. *Behavior Therapy*, 42, 413-426.
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochlyly, J., Arend, R., ... Binns, H. J. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 449-461. doi:10.1093/jpepsy/jsm074

- Lees, D. G., & Ronan, K. R. (2008). Engagement and effectiveness of parent management training (Incredible Years) for solo high-risk mothers: A multiple baseline evaluation. *Behaviour Change*, 25(2), 109-128. doi:10.1375/behc.25.2.109
- Letarte, M., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 253-261. doi:10.1016/j.chiabu.2009.06.003
- Linares, L. O., Montalto, D., Li, M., & Oza, V. S. (2006). A promising parenting intervention in foster care. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(1), 32-41. doi:10.1037/0022-006x.74.1.32
- Manby, M. (2005). Evaluation of the impact of the Webster-Stratton parent-child videotape series on participants in a Midlands town in 2001-2002. *Children and Society*, 19, 316-328. doi:10.1002/chi.862
- Marcynyszyn, L. A., Maher, E. J., & Corwin, T. W. (2011). Getting with the (evidence-based) program: An evaluation of the Incredible Years Parenting Training program in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 33, 747-757. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.11.021.
- McDaniel, B., Braiden, H. J., Onyekwelu, J., Murphy, M., & Regan, H. (2011). Investigating the effectiveness of the Incredible Years Basic Parenting programme for foster carers in Northern Ireland. *Child Care in Practice*, 17, 55-67. doi:10.1080/13575279.2010.522979
- McGilloway, S., Ni Mhaille, G., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., Bywater, T., Comiskey, C., & Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: A randomized controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 116-127. doi:10.1037/a0026304
- McIntyre, L. L. (2008). Parent training for young children with developmental disabilities: Randomized controlled trial. *American Journal on Mental Retardation*, 113(5), 356-368. doi:10.1352/2008.113:356-368
- McIntyre, L. L. (2008b). Adapting Webster-Stratton's Incredible Years parent training for children with developmental delay: Findings from a treatment group only study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1176-1192. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01108.x
- McMenamy, J., Sheldrick, R. C., & Perrin, E. C. (2011). Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 77-86. doi:10.1016/j.pedhc.2009.08.008
- Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901-913. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.006
- Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., Wijngaards-de Meij, L. D. N. V., & Matthys, W. (2014). A trial of parent training for mothers being released from incarceration and their children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 381-396. doi:10.1080/15374416.2013.817310
- Nilsen, W. (2007). Fostering futures: A preventive intervention program for school-age children in foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 45-63. doi:10.1177/1359104507071055
- Ogg, J. A., & Carlson, J. S. (2009). The self-administered Incredible Years Parent Training Program: Perceived effectiveness, acceptability, and integrity with children exhibiting symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Evidence-Based Practices for Schools*, 10(2), 143-166. doi:10.1080/15377901003709369

- Olchowski, A. E., Foster, M. E., & Webster-Stratton, C. H. (2007). Implementing behavioral intervention components in a cost-effective manner: Analysis of the Incredible Years program. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 4*, 284-304. doi:10.1037/h0100345
- O'Neill, D., McGilloway, S., Donnelly, M., Bywater, T., & Kelly, P. (2013). A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *The European Journal of Health Economics, 14*, 85-94. doi:10.1007/s10198-011-0342-y
- Patterson, J., Barlow, J., Mockford, C., Klimes, I., Pyper, C., & Stewart-Brown, S. (2002). Improving mental health through parenting programmes: Block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood, 87*(6), 472-477. doi:10.1136/adc.87.6.472
- Perrin, E. C., Sheldrick, C., McMenemy, J. M., Henson, B. S., & Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association Pediatrics, 168*(1), 16-24. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2919.
- Posthumus, J. A., Raaijmakers, M. A. J., Maassen, G. H., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(4), 487-500. doi:10.1007/s10802-011-9518-9
- Presnall, N., Webster-Stratton, C. H., Constantino, J. N. (2014). Parent training: Equivalent improvement in externalizing behavior for children with and without familial risk. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*, 879-887. doi:10.1016/j.jaac.2014.04.024
- Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2001). The Incredible Years parent, teacher, and child intervention: Targeting multiple areas of risk for a young child with pervasive conduct problems using a flexible, manualized treatment program. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 377-386. doi:10.1016/S1077-7229(01)80011-0
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). Halting the development of conduct problems in Head Start children: The effects of parent training. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology, 33*(2), 279-291. doi:10.1207/s15374424jccp3302_10
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Beauchaine, T. P. (2001). Parent training in Head Start: A comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prevention Science, 2*(4), 209-227. doi:10.1023/A:1013618309070
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2003). Follow-up of children who received the Incredible Years intervention for Oppositional-Defiant Disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Behavior therapy, 34*(4), 471-491. doi:10.1016/S0005-7894(03)80031-X
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2007). Enhancing a classroom social competence and problem-solving curriculum by offering parent training to families of moderate- to high-risk elementary school children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 36*(4), 605-620. doi:10.1080/15374410701662741
- Scott, S. (2005). Do parenting programmes for severe child antisocial behaviour work over the longer term, and for whom? One year follow-up of a multi-centre controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*(4), 403-421. doi:10.1017/S135246580500233X
- Scott, S., Briskman, J., & O'Connor, T. G. (2014). Early prevention of antisocial personality: Long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *American Journal of Psychiatry, 171*, 649-657. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13050697

- Scott, S., O'Connor, T. G., Futh, A., Matias, C., Price, J., & Doolan, M. (2010). Impact of a parenting program in a high-risk, multiethnic community: The PALS trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(12), 1331-1341. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02302.x
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ: British Medical Journal*, *323*(7306), 194-197. doi:10.1136/bmj.323.7306.194
- Scott, S., Sylva, K., Doolan, M., Price, J., Jacobs, B., Crook, C., & Landau, S. (2010). Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behaviour targeting multiple risk factors: The SPOKES project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(1), 48-57. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02127.x
- Spaccarelli, S., Cotler, S., & Penman, D. (1992). Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research*, *16*(1), 1-17. doi:10.1007/BF01172953
- Stanger, C., Ryan, S. R., Fu, H., & Budney, A. J. (2011). Parent training plus contingency management for substance abusing families: A complier average causal effects (CACE) analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *118*(2-3), 119-126. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.03.007
- Stewart-Brown, S., Patterson, J., Mockford, C., Barlow, J., Klimes, I., & Pyper, C. (2004). Impact of a general practice based group parenting programme: Quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Archives of Disease in Childhood*, *89*(6), 519-525. doi:10.1136/adc.2003.028365
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., & Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *29*(2), 221-240. doi:10.1016/S0005-7894(98)80004-X
- Taylor, T. K., Webster-Stratton, C., Feil, E. G., Broadbent, B., Widdop, C. S., & Sevenson, H. H. (2008). Computer-based intervention with coaching: An example using the Incredible Years program. *Cognitive Behavior Therapy*, *37*, 233-246. doi:10.1080/16506070802364511
- Trillingsgaard, R., Trillingsgaard, A., & Webster-Stratton, C. (2014). Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years parent training' to parents of young children with ADHD symptoms – A preliminary report. *Scandinavian Journal of Psychology*, *55*, 538-545. doi:10.1111/sjop.12155
- Tucker, S., Gross, D., Fogg, L., Delaney, K., & Lapporte, R. (1998). The long-term efficacy of a behavioural parent training intervention for families with 2-year-olds. *Research in Nursing & Health*, *21*(3), 199-210. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3%3C199::AID-NUR3%3E3.0.CO;2-C
- Walcott, C. M., Carlson, J. S., & Beamon, H. L. (2009). Effectiveness of a self-administered training program for parents of children with ADHD. *School Psychology Forum: Research in Practice*, *3*(1), 44-62.
- Webster-Stratton, C. (1982). Teaching mothers through videotape modeling to change their children's behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, *7*(3), 279-294. doi:10.1093/jpepsy/7.3.279
- Webster-Stratton, C. (1982). The long-term effects of a videotape modelling parent-training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, *13*, 702-714. doi:10.1016/S0005-7894(82)80026-9
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*(4), 666-678. doi:10.1037/0022-006X.52.4.666

- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 479-492. doi:10.1007/bf00911103
- Webster-Stratton, C. (1990). Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(2), 144-149. doi:10.1207/s15374424jccp1902_6
- Webster-Stratton, C. (1992). Individually administered videotape parent training: "Who benefits?". *Cognitive Therapy and Research*, 16(1), 31-52. doi:10.1007/BF01172955
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 583-593. doi:10.1037/0022-006x.62.3.583
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 715-730. doi:10.1037/0022-006X.66.5.715
- 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. doi:10.1037/0022-006X.65.1.93
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 550-553. doi:10.1037//0022-006X.57.4.550
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 558-566. doi:10.1037/0022-006X.56.4.558
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2008). Strengthening social and emotional competence in socio-economically disadvantaged young children: Preschool and kindergarten school-based curricula. *Social competence of young children: Risk, disability, and intervention*, 185-203. doi:10.1177/10634266030110030101
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 251-261, doi:10.1080/15374416.2012.723263
- Webster-Stratton, C. H., Reid, M. J., & Beauchaine, T. (2011). Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 191-203. doi:10.1080/15374416.2011.546044
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 283-302. doi:10.1207/S15374424JCCP3003_2
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105-124. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_11
- Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, J. M. (2011). Long-term outcomes of Incredible Years parenting program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 38-46. doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x

- White, C. J., Agnew, J., & Verduyn, C. (2002). The Little Hulton Project – A pilot child clinical psychology service for pre-school children and their families. *Child and Adolescent Mental Health, 7*(1), 10-15. doi:10.1111/1475-3588.00004
- Williford, A. P., & Shelton, T. L. (2008). Using mental health consultation to decrease disruptive behaviors in preschoolers: Adapting an empirically-supported intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(2), 191-200. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01839.x

Grijze literatuur

- Axberg, U. (2007) *Assessing and treating three to twelve-year-olds displaying disruptive behaviour problems* (Doctoral dissertation). Göteborg University, Sweden.
- Bussel, A. G. (2009). *Invloed van het ouderprogramma 'Pittige Jaren' op het agressieve gedrag van kinderen bij twee jaar follow-up* (Master's thesis). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Gordon, J., & Richards, J. (2008). *Incredible Years Parent Training success in Essex*. Colchester: North Essex Partnership Foundation Trust NHS.
- Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M. E., Shakespeare, M. K., & Whitaker, C. (2009). Evidence for the extended School Aged Incredible Years parent programme with parents of high-risk 8 to 16 year olds. Retrieved from http://67.199.123.90/library/items/evidence-for-the-extended-school-aged_pathfinder_09.pdf
- Letarte, M., & Normandeau, S. (2008). *Parent training program with ADHD: Who benefits?* Paper presented at the biennial meeting of the ISSBD.
- Leijten, P., Raaijmakers, M., Orobio de Castro, B., van den Bamn, E., & Matthys, W. (in press). Effectiveness of the Incredible Years parenting program for low socioeconomic status and ethnic minority families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Lindsay, G., Davies, H., Band, S., Cullen, M. A., Cullen, S., Strand, S., ... Stewart-Brown, S. (2008). *Parenting early intervention pathfinder evaluation* (No. DCSF-RW054). Coventry: University of Warwick.
- Posthumus, J., Mangen, M.-J., Raaijmakers, M., De Wit, A., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2009). *Cost-effectiveness of the Incredible Years parent program as a preventive intervention* (Hoofdstuk proefschrift). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Webster-Stratton, C., & Shoecraft, K. (2009). Washington State Child Welfare Report: Delivering of Incredible Years Parenting Program. Retrieved from http://67.199.123.90/library/items/washington-state-child-welfare-report_6-25-09%20.pdf

Lopend onderzoek

- Chhangur, R. R., Weeland, J., Overbeek, G., Matthys, W., & Orobio de Castro, B. (2012). ORCHIDS: An Observational Randomized Controlled Trial on Childhood Differential Susceptibility. *BMC Public Health, 12*:917
- Doorlopende monitoring “Betere Start: opvoedingsondersteuning voor ex-gedetineerde moeders” (Universiteit Utrecht)
- Lange termijn follow-up “Betere Start”: effecten op moeders en kinderen tot 10 jaar na interventie (Universiteit Utrecht)
- Effecten van cliënt- en therapeutfactoren en cliënttherapeut alliantie bij de bewezen effectieve oudertraining Incredible Years voor diverse doelgroepen (Universiteit Utrecht).

European data-pooling study for parenting intervention studies with Incredible Years at the University of Oxford (PI Frances Gardner, Oxford University).

Tools4U

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., & Stams, G. J. J. M. (2013). *Doeltreffendheid Tools4U: Onderzoek naar de doelgroep, uitvoering en doeltreffendheid van leerstraf Tools4U*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Lopend onderzoek

Er loopt nu de volgende stap in het Erkenningstraject: vergelijking met een controlegroep (werkstraf) op de programmadoelen en op recidive na twee jaar. Dit wordt uitgevoerd door Jessica Asscher (Universiteit van Amsterdam).

Training Agressie Controle (TACt)/ART

Gepubliceerde literatuur

Currie, M. R., Wood, C. E., Williams, B., & Bates, G. W. (2012). Aggression Replacement Training (ART) in Australia: A longitudinal youth justice evaluation. *Psychiatry, Psychology and Law, 19*, 577-604. doi:10.1080/13218719.2011.615807

Goldstein, A. P., Glick, B., Irwin, M. J., Pask-McCartney, C., & Rubama, I. (1989). *Reducing delinquency: Intervention in the community*. New York: Pergamon Press.

Holmqvist, R., Hill, T., & Lang, A. (2009). Effects of Aggression Replacement Training in young offender institutions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 53*(1), 74-92. doi:10.1177/0306624X07310452

Leeman, L. W., Gibbs, J. C., & Fuller, D. (1993). Evaluation of a multi-component treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior, 19*, 281-292.

Van der Put, C. E., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Van der Laan, P. H., Breuk, R., Jongman, E., & Doreleijers, T. (2012). Recidivism after treatment in a forensic youth-psychiatric setting: The effect of treatment characteristics. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*, 1120-1139. doi:10.1177/0306624X12452389

Wongtongkam, N., Day, A., Ward, P. R., & Winefield, A. H. (2014). Assessing effectiveness of Aggression Replacement Training at a technical college in Thailand. *Social Behavior and Personality, 42*, 1047-1056. doi:10.2224/sbp.2014.42.6.1047

Grijze literatuur

Barnoski, R., & Aos, S. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia. Retrieved from www.wsipp.wa.gov

- Coleman, M., Pfeiffer, S., & Oakland, T. (1991). Aggression replacement training with behavior disordered adolescents. Unpublished manuscript. (Available from Coleman, Special Education, University of Texas)
- Curulla, V. L. (1990). Aggression replacement training in the community for adult learning disabled offenders. Unpublished manuscript. (Available from Curulla, Special Education, University of Washington)
- Leeman, L. W., Gibbs, J. C., Fuller, D., & Potter, G. (1991). Evaluation of multi-component treatment program for juvenile delinquents. Unpublished manuscript. (Available from Gibbs, Psychology Dept., Ohio State University)

Lopend onderzoek

Geen

Triple P – Positief Pedagogisch Programma

Gepubliceerde literatuur

- Adamson, M., Morawska, A., & Sanders, M. R. (2013). Childhood feeding difficulties: A randomised controlled trial of a group-based parenting intervention. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 34*, 293-302. doi:10.1097/DBP.0b013e3182961a38
- Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., & Sanders, M. R. (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 411-427. doi:10.1016/j.brat.2008.01.001
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 571-587. doi:10.1023/A:1020807613155
- Cann, W., Rogers, H., & Matthews, J. (2003). Family Intervention Services program evaluation: A brief report on initial outcomes for families. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*. doi:10.5172/jamh.2.3.208
- Chu, J., Bullen, P., Farruggia, S. P., Dittman, C. K., & Sanders, M. R. (2014). Parent and adolescent effects of a universal group program for the parenting of adolescents. *Prevention Science*. doi:10.1007/s11121-014-0516-9
- Cina, A., Rösli, M., Schmid, H., Lattmann, U. P., Barbara Fähr, Schönenberger, M., ... Bodenmann, G. (2011). Enhancing positive development of children: Effects of a multilevel randomized controlled intervention on parenting and child problem behavior. *Family Science, 2*, 43-57. doi:10.1080/19424620.2011.601903
- Connell, S., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (1997). Self-directed behavioural family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification, 21*, 379-408. doi:10.1177/01454455970214001
- Crisante, L., & Ng, S. (2003). Implementation and process issues in using Group Triple P with Chinese parents: Preliminary findings. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*. doi:10.5172/jamh.2.3.226

- De Graaf, I. M., Speetjens, P., Smit, F., De Wolff, M., & Tavecchio (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioural problems in children: A meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32, 714-735. doi:10.1177/0145445508317134
- Dean, C., Myors, K., & Evans, E. (2003). Community-wide implementation of a parenting program: The South East Sydney Positive Parenting Project. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2. doi:10.5172/jamh.2.3.179
- Eichelberger, I., Pluck, J., Hanish, C., Hautmann, C., Janen, N., & Dopfner, M. (2010). Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 24-32.
- Eisner, M., Nagin, D., Ribeaud, D., & Malti, T. (2012). Effects of a universal parenting program for highly adherent parents: A propensity score matching approach. *Prevention Science*, 13(3), 252-266. doi:10.1007/s11121-011-0266-x
- Feldmann, M., Heinrichs, N., Hahlweg, K., & Bertram, H. (2007). Bibliothherapie zur Verbesserung elterlicher Erziehungscompetenz: Eine randomisierte Evaluationsstudie [Bibliotherapy for improvement of parental competencies: A randomized evaluation study]. *Verhaltenstherapie*, 17, 26-35.
- Fujiwara, T., Kato, N., & Sanders, M. R. (2011). Effectiveness of group Positive Parenting Program (Triple P) in changing child behavior, parenting style, and parental adjustment: An intervention study in Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 804-813. doi:10.1007/s10826-011-9448-1
- Gallart, S. C., & Matthey, S. (2005). The effectiveness of Group Triple P and the impact of the four telephone contacts. *Behaviour Change*, 22(2), 71-80. doi:10.1375/bech.2005.22.2.71
- Glazemakers, I., & Deboutte, D. (2012). Modifying the 'Positive Parenting Program' for parents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 616-626. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01566.x
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., & Feldmann, M. (2008). Therapist-assisted, self-administered bibliotherapy to enhance parental competence: Short- and long-term effects. *Behavior Modification*, 32(5), 659-681. doi:10.1177/0145445508317131
- Hampel, O. A., Schaadt, A. K., Hasmann, S. E., Petermann, F., Holl, R., & Hasmann, R. (2010). Evaluation von Stepping Stones Triple P: Zwischenergebnisse der Stepping-Stones-SPZMulticenterstudie [Evaluation of Stepping Stones Triple P: Interims analysis of the Stepping-Stones-SPC-Multicentric Study]. *Klinische Pädiatrie*, 222(1), 18-25.
- Haslam, D. M., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2012). Reducing work and family conflict in teachers: A randomised controlled trial of workplace Triple P. *School Mental Health*. doi:10.1007/s12310-012-9091-z
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., & Harstick, S. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter [Long term effectiveness of a parent training for universal prevention of child behavior disorders]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 72-86.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Naumann, S., Kuschel, A., Bertram, H., & Stander, D. (2009). Universelle Prävention kindlicher Verhaltensstörungen mithilfe einer elternzentrierten Maßnahme: Ergebnisse drei Jahre nach Teilnahme [Universal prevention of child behavior problems with a

- parent training]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 38, 79-88.
- Heinrichs, N., Krüger, S., & Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Präventiven Elterntrainings [The effects of incentives on recruitment rates of parents and the effectiveness of a preventative parent training]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 97-108.
- Hoath, F. E., & Sanders, M. R. (2002). A feasibility study of Enhanced Group Triple P—Positive Parenting Program for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behaviour Change*, 19(4), 191-206. doi:10.1375/behc.19.4.191
- Ireland, J. L., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2003). The impact of parent training on marital functioning: A comparison of two group versions of the Triple P-Positive Parenting Program for parents of children with early-onset conduct problems. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 127-142. doi:10.1017/S1352465803002017
- Kirby, J. N., & Sanders, M. R. (2014). A randomized controlled trial evaluating a parenting program designed specifically for grandparents. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 35-44. doi:10.1016/j.brat.2013.11.002
- Leung, C., Fan, A., & Sanders, M. R. (2013). The effectiveness of Group Triple P with Chinese parents who have a child with developmental disabilities: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34(3), 976-984. doi:10.1016/j.ridd.2012.11.023
- Leung, C., Sanders, M. R., Ip, F., & Lau, J. (2006). Implementation of Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong: Predictors of programme completion and clinical outcomes. *Journal of Children's Services*, 1, 4-17. doi:10.1108/17466660200600010
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R., & Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*, 42, 531-544. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00531.x
- Lindsay, G., Strand, S., & Davis, H. (2011). A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental-well being and children's behaviour when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: The parenting early intervention pathfinder (PEIP). *BMC Public Health*, 11:962. doi:10.1186/1471-2458-11-962
- Little, M., Berry, V., Morpeth, L., Blower, S., Axford, N., Taylor, R., ... Tobin, K. (2012). The impact of three evidence-based programmes delivered in public systems in Birmingham, UK. *International Journal of Conflict and Violence*, 6, 260-272. doi:0070-ijcv-2012293
- Markie-Dadds, C., & Sanders, M. R. (2006a). A controlled evaluation of an enhanced self-directed behavioural family intervention for parents of children with conduct problems in rural and remote areas. *Behaviour Change*, 23(1), 55-72. doi:10.1375/behc.23.1.55
- Markie-Dadds, C., & Sanders, M. R. (2006b). Self-directed Triple P (Positive Parenting Program) for mothers with children at-risk of developing conduct problems. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 259-275. doi:10.1017/S1352465806002797
- Martin, A. J., & Sanders, M. R. (2003). Balancing work and family: A controlled evaluation of the Triple P-Positive Parenting Program as a work-site intervention. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 161-169. doi:10.1111/1475-3588.00066
- Matsumoto, Y., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2007). The efficacy and acceptability of the Triple P-Positive Parenting Program with Japanese parents. *Behaviour Change*, 24, 205-218. doi:10.1375/behc.24.4.205.

- Matsumoto, Y., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2010). Investigation of the effectiveness and social validity of the Triple P Positive Parenting Program in Japanese society. *Journal of Family Psychology, 24*, 87-91. doi:10.1037/a0018181
- McTaggart, P. G., & Sanders, M. R. (2003). The transition to school project: Results from the classroom. *Australian e-Journal for Advancement of Mental Health, 2*(3). 10.5172/jamh.2.3.144
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2006). Self-administered behavioural family intervention for parents of toddlers: Part I—Efficacy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 74*(1), 10-19. doi:10.1037/0022-006X.74.1.10
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2006b). Self-administered behavioural family intervention for parents of toddlers: Effectiveness and dissemination. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1839-1848. doi:10.1016/j.brat.2005.11.015
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2009). An evaluation of a behavioural parenting intervention for parents of gifted children. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 463-470. doi:10.1016/j.brat.2009.02.008
- Nicholson, J. M., & Sanders, M. R. (1999). Randomized controlled trial of behavioral family intervention for the treatment of child behavior problems in stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage, 30*, 1-23. doi:10.1300/J087v30n03_01
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review, 11*, 114-144. doi:10.1007/s10567-008-0033-0
- Onrust, S. A., De Graaf, I. M., & Van der Linden, D. (2012). De meerwaarde van Triple P. *Kind & Adolescent, 33*(2), 60-74. doi:10.1007/s12453-012-0008-2
- Penthin, R., Schrader, C., & Mildebrandt, N. (2005). Erfahrungen mit der deutschen Version des Triple P-Elterntrainings bei Familien mit und ohne ADHS-Problematik [Experiences with the German version of Triple P parent training with families with and without ADHS problems]. *Zeitschrift fuer Heilpädagogik, 5*, 186-192.
- Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 28*, 362-385. doi:10.1016/j.ridd.2006.02.009
- Ralph, A., & Sanders, M. R. (2003). Preliminary evaluation of the group Teen Triple P program for parents of teenagers making the transition to high school. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*, 169-178. doi:10.5172/jamh.2.3.169
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M. R. (2006). Behavioral family intervention for children with developmental disabilities and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 180-193. doi:10.1207/s15374424jccp3502_2
- Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V. (2003). Evaluation of the family intervention service for children presenting with characteristics associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*, 216-225. doi:10.5172/jamh.2.3.216
- Roux, G., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2013). A Randomized controlled trial of Group Stepping Stones Triple P: A mixed-disability trial. *Family Process, 52*, 411-424. doi:10.1111/famp.12016
- Salmon, K., Dittman, C., Sanders, M., Burson, R., & Hammington, J. (2014). Does adding an emotion component enhance the Triple P—Positive Parenting Program? *Journal of Family Psychology, 28*(2), 244-255. doi:10.1037/a0035997

- Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. T. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early onset conduct problems. *Behaviour Research and Therapy, 50*(11), 675-684. doi:10.1016/j.brat.2012.07.004
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: A comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 983-998. doi:10.1007/s10802-007-9148-x
- Sanders, M., Calam, R., Durand, M., Liversidge, T., & Carmont, S. A. (2008). Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P-Positive Parenting Programme? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 924-932. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01901.x
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review, 34*, 337-357. doi:10.1016/j.cpr.2014.04.003
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self directed behavioural family intervention for parents of children with early conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 624-640. doi:10.1037//0022-006X.68.4.624
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2000). Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy, 31*, 89-112. doi:10.1016/s0005-7894(00)80006-4
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy, 35*, 513-535. doi:10.1016/s0005-7894(04)80030-3
- Sanders, M. R., Rebgetz, M., Morrison, M., Bor, W., Gordon, A., Dadds, M., & Shepherd, R. (1989). Cognitive-behavioral treatment of recurrent nonspecific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 294-300. doi:10.1037/0022-006x.57.2.294
- Sanders, M. R., Shepherd, R. W., Cleghorn, G., & Woolford, H. (1994). The treatment of recurrent abdominal pain in children: A controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 306-314. doi:10.1037/0022-006X.62.2.306
- Stallman, H. M., & Ralph, A. (2007). Reducing risk factors for adolescent behavioural and emotional problems: A pilot randomised controlled trial of a self-administered parenting intervention. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 6*. doi:10.5172/jamh.6.2.125
- Stallman, H. M., & Sanders, M. R. (2014). A randomized controlled trial of family transitions Triple P: A group-administered parenting program to minimize the adverse effects of parental divorce on children. *Journal of Divorce & Remarriage, 55*(1), 33-48. doi:10.1080/10502556.2013.862091
- Turner, K. M. T., Richards, M., & Sanders, M. R. (2007). A randomised clinical trial of a group parent education program for Australian indigenous families. *Journal of Pediatrics and Child Health, 43*, 429-437. doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01053.x
- Turner, K. M. T., Sanders, M. R., & Wall, C. R. (1994). Behavioural parent training versus dietary education in the treatment of children with persistent feeding difficulties. *Behaviour Change, 11*, 242-258.

- West, F., Sanders, M. R., Cleghorn, G. J., & Davies, P. S. W. (2010). Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 1170-1179. doi:10.1016/j.brat.2010.08.008
- Wiggins, T. L., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2009). Pathways Triple P-Positive Parenting Program: Effects on parent-child relationships and child behavior problems. *Family Process*, *48*, 517-530. doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01299.x
- Winter, L., Morawska, A., & Sanders, M. R. (2011). The effect of behavioral family intervention on knowledge of effective parenting strategies. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(6), 881-890. doi:10.1007/s10826-011-9548-y
- Zubrick, S. R., Ward, K. A., Silburn, S. R., Lawrence, D., Williams, A. A., Blair, E., Robertson, D., & Sanders, M. R. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science*, *6*(4), 287-304. doi:10.1007/s11121-005-0013-2

Grijze literatuur

- Aurin, S. (2012). *Survival kit for adolescents' parents? A randomized control trial of a universal preventative Positive Parenting Program for parents of teenagers: Group teen Triple P* (Master's thesis). Braunschweig, Germany.
- Bjornstad, G. (2009). *An investigation of self-help behavioural interventions for conduct problems in children* (Doctoral dissertation). University of Oxford, Oxford, UK.
- Brown, S. (2010). *Surviving multiples: An evaluation of a group behavioural parenting intervention for parents of twins and triplets* (Doctoral dissertation). The University of Queensland, Brisbane, Australia.
- Chan, S. K.-C., & Leung, C. S., & Sanders, M. R. (2013). *A randomized controlled trial to compare the effects of directive and non-directive parenting programs*. Unpublished manuscript.
- Cina, A., Ledermann, T., Meyer, J., Gabriel, B., & Bodenmann, G. (2004). *Triple P in der Schweiz: Zufriedenheit, Akzeptanz und Wirksamkeit* (No. 162) [Triple P in Switzerland: Satisfaction, acceptance, and effectiveness]. Institute for Family Research and Counseling, University of Fribourg, Switzerland.
- De Graaf, I., Haverman, M., Onrust, S., & Tavecchio, L. (2009). *Improving parenting and its impact on parental psychopathology: Trial of the Triple P Positive Parenting Program*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Doherty, F. (2012). *Positive Parenting Program (Triple P) for families of adolescents with type 1 diabetes: A randomised controlled trial of self-directed Teen Triple P*. (Doctoral thesis). University of Manchester, Manchester, UK.
- Glazemakers, I. (2012). *A population health approach to parenting support: Disseminating the Triple P-Positive Parenting Program in the province of Antwerp* (Doctoral dissertation). Universiteit Antwerpen, Antwerp, Belgium.
- Harrison, J. (2006). *Evaluation of a group behavioural family intervention for families of young children with developmental disabilities* (Honours thesis). Charles Sturt University, Wagga Wagga, Australia.
- Lake, J. (2010). *An evaluation of the Stepping Stones Triple P Parenting Program and an investigation of parental perceptions of children recently diagnosed with autism: A focus group and pilot study* (Doctoral dissertation). The University of Queensland, St. Lucia, Australia.

- McTaggart, P., & Sanders, M. R. (2005). *The transition to school project: A controlled evaluation of a universal population trial of the Triple P Positive Parenting Program*. School of Psychology, The University of Queensland, Australia. Unpublished manuscript.
- Ollefs, B. (2008). *Jugendliche mit externalem Problemverhalten Effekte von Elterncoaching* [Young people with externalising problem behavior and effects of parent coaching] (Doctoral dissertation). University of Osnabrück, Osnabrück, Germany.
- Reis, A. (2004). *Behavioural family intervention for families with pre-school children with disabilities and challenging behaviours: Assessing effects on parent and child play interactions* (Master's thesis). Curtin University of Technology, Perth, Australia.
- Salari, R. (2009). *Parent Training Programs for Parents of Teenagers* (Doctoral dissertation). The University of Queensland, Brisbane, Australia.
- Schmid, H., Anliker, S., Bodenmann, G., Cina, A., Fah, B., Kern-Scheffelt, W., ... Schonenberger, M. (2007). *Empowerment in family and school (EIFAS): A randomised controlled trial*. Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems (SIPA), Switzerland.
- Schmidt, F. (2012). *Effectiveness of Triple P services at the Children's Centre Thunder Bay: Final Report for Years 2007 to 2011*. Thunder Bay, Ontario: Children's Centre Thunder Bay.
- Valvoi, J. (2010). *Evaluating efficacy of a parent only intervention for childhood anxiety and parenting styles as potential mediators of change: A pilot study* (Doctoral dissertation). The University of Queensland, Brisbane, Australia.
- Walsh, N. (2008). *The impact of therapy process on outcomes for families of children with disabilities and behaviour problems attending group parent training* (Doctoral dissertation). Curtin University of Technology, Perth, Australia.
- Whittingham, K. (2007). *Implementation and evaluation of the parenting program stepping stones Triple P for children with autism spectrum disorders* (Doctoral dissertation). The University of Queensland, Brisbane, Australia.

Lopend onderzoek

Geen

Triple P: Positief Pedagogisch Programma Niveau 4

Geen kennisoverzicht, omdat het programma geexclueerd is; zie Triple P – Positief Pedagogisch Programma

Vaardigheden voor Ouders (VVO)

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

Waarschijnlijk één onderzoeksrapport (persoonlijke communicatie John Boers)

Lopend onderzoek

Geen

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP-SD)

Gepubliceerde literatuur

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Pijlman, F. T. A., Mesman, J., & Juffer, F. (2008). Experimental evidence for differential susceptibility: Dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial. *Developmental Psychology, 44*(1), 293-300. doi:10.1037/0012-1649.44.1.293
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., Mangelsdorf, S. C., Zevallink, J. (2006). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal, 27*(5), 466-593. doi:10.1002/imhj.20104
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology, 23*, 195-210. doi:10.1017/S0954579410000738
- Negrão, M., Pereira, M., Soares, I., & Mesman, J. (2014). Enhancing positive parent-child interactions and family functioning in a poverty sample: A randomized control trial. *Attachment & Human Development, 16*(4), 315-328. doi:10.1080/146734.2014.912485
- Stams, G. J. J. M., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Hoksbergen, R. A. C. (2001). Attachment-based intervention in adoptive families in infancy and children's development at age 7: Two follow-up studies. *British Journal of Developmental Psychology, 19*, 159-180.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., ... Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 994-1005. doi:10.1037/0022-006X.74.6.994

Grijze literatuur

Geen (met externaliserend gedrag als uitkomst)

Lopend onderzoek

Geen (met externaliserend gedrag als uitkomst)

Wijkgerichte intensieve gezinsbegeleiding

Gepubliceerde literatuur

Orobio de Castro, B. (2008). *Onderzoek WIG*. In A. Kemper & B. Rutten (Red.). *Waar een WIG is, is een weg, over wijkgerichte intensieve gezinsbegeleiding*. SWP Amsterdam.

Grijze literatuur

Orobio de Castro, B., Veerman, J. W., Bons, E., & De Beer, L. (2002). *Kansen gekeerd? Criminaliteitspreventie door Gezinsondersteuning*. PI Research BV & Capaciteitsgroep Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht.

Lopend onderzoek

Geen

Programma's die niet in de DEI zijn opgenomen

Big Brothers, Big Sisters of America

Gepubliceerde literatuur

- Abbott, D. A., Meredith, W. H., Self-Kelly, R., & Davis, M. E. (1997). The influence of a Big Brothers program on the adjustment of boys in single-parent families. *Journal of Psychology, 131*, 143–156. doi:10.1080/00223989709601959
- De Wit, D. J., Lipman, E., Manzano-Munguia, M., Bisanz, J., Graham, K., Offord, D. R., ... Shaver (2007). Feasibility of a randomized controlled trial for evaluating the effectiveness of the Big Brothers Big Sisters community match program at the national level. *Children and Youth Services Review, 29*, 383-404. doi:10.1016/j.chilyouth.2006.09.003
- DuBois, D. L., Holloway, B. E., Valentine, J. C., & Cooper, H. M. (2002). Effectiveness of mentoring programs for youth: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 30*, 157–197. doi:10.1023/A:1014628810714
- Frecknall, P., & Luks, A. (1991). An evaluation of parental assessment of the Big Brothers/Big Sisters program in New York City. *Adolescence, 27*(107), 715-718.
- Grossman, J. B., & Rhodes, J. E. (2002). The test of time: Predictors and effects of duration in youth mentoring relationships. *American Journal of Community Psychology, 30*, 199-219. doi:10.1023/A:1014680827552
- Grossman, J. B., & Tierney, J. P. (1998). Does mentoring work? An impact study of the Big Brothers Big Sisters program. *Evaluation Review, 22*, 403-426. doi:10.1177/0193841X9802200304
- Herrera, C., Grossman, J. B., Kauh, T. J., & McMaken, J. (2011). Mentoring in schools: An impact study of Big Brothers Big Sisters school-based mentoring. *Child Development, 82*, 346-361. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01559.x
- Rhodes, J. E., Grossman, J. B., & Resch, N. L. (2000). Agents of change: Pathways through which mentoring relationships influence adolescents' academic adjustment. *Child Development, 71*, 1662-1671. doi:10.1111/1467-8624.00256
- Turner, S., & Scherman, A. (1996). Big Brothers: Impact on little Brothers' self-concepts and behaviors. *Adolescence, 31*, 875-882

Grijze literatuur

- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M. Pennucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Green, B. C. (1979). An evaluation of a Big Brothers' program for father-absent boys: An ecobehavioral analysis (Doctoral thesis, New York University, 1979). Dissertation Abstracts International, 41(02), 0671B.
- Harrison, N., Juris, N., Stern, D., & Stern, S (n.d.). Cost-benefit evaluation for the Big Brother/Big Sister program. Retrieved from <http://people.virginia.edu/~sns5r/ccfstf/BBBSA.doc>.

Keenan, J. T. (1992). Evaluation of a Big Brothers/Big Sisters program for children of alcoholics (Doctoral thesis) University of Pennsylvania, 1992). Dissertation Abstracts International, 53(07), 2249A.

Lopend onderzoek

Het Trimbos-instituut (dr. Simone Onrust en drs. Paula Speetjens) doet momenteel onderzoek naar de effectiviteit van schoolmatches.

FAST Track

Gepubliceerde literatuur

- Conduct Problems Prevention Research Group (1999). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 631-647. doi:10.1037/0022-006X.67.5.631
- Conduct Problems Prevention Research Group (1999). Initial impact of the Fast Track Prevention Trial for Conduct Problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 648-657.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 19-35. doi:10.1037//0022-006X.70.1.179
- Conduct Problems Prevention Research Group (2004). The effects of the Fast Track program on serious problem outcomes at the end of elementary school. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 650-661. doi:10.1207/s15374424jccp3304_1
- Conduct Problems Prevention Research Group (2007). Fast Track randomized controlled trial to prevent externalizing psychiatric disorders: Findings from grades 3 to 9. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1250-1266. doi:10.1097/chi.0b013e31813e5d39
- Conduct Problems Prevention Research Group (2010). Fast Track intervention effects on youth arrests and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 6, 131-157. doi:10.1007/s11292-010-9091-7
- Conduct Problems Prevention Research Group (2010). The difficulty of maintaining positive intervention effects: A look at disruptive behavior, deviant peer relations, and social skills during the middle school years. *Journal of Early Adolescence*, 6, 131-157. doi:10.1177/0272431609340513
- Conduct Problems Prevention Research Group (2011). The effects of the Fast Track preventive intervention on the development of conduct disorder across childhood. *Child Development*, 82, 331-345. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01558.x

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Helping the Noncompliant child

Gepubliceerde literatuur

- Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Miller Brotman, L., ... & Sonuga-Barke, E. (2015). Parent training for preschool ADHD: A randomized controlled trial of specialized and generic programs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/jcpp.12346
- Breiner, J., & Forehand, R. (1981). An assessment of the effects of parent training on clinic-referred children's school behavior. *Behavioral Assessment, 3*, 31-42.
- Forehand, R., & King, H. E. (1974) Pre-school children's non-compliance: Effects of short-term behavior therapy. *Journal of Community Psychology, 2*, 42-44. doi:10.1002/1520-6629(197401)
- Forehand, R., Breiner, J., McMahon, R. J., & Davies, G. (1981). Predictors of cross setting behavior change in the treatment of child problems. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 12*, 311-313. doi:10.1016/0005-7916(81)90069-0
- Forehand, R., Rogers, T., McMahon, R. J., Wells, K. C., & Griest, D. L. (1981). Teaching parents to modify child behavior problems: An examination of some follow-up data. *Journal of Pediatric Psychology, 6*, 313-322. doi:10.1093/jpepsy/6.3.313
- Forehand, R., Steffe, M., Furey, W. M., & Walley, P. M. (1983). Mothers' evaluation of a parent training program completed three and one-half years earlier. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14*, 339-342. doi:10.1016/0005-7916(83)90077-0
- 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. doi:10.1097/CHI.0b013e31816765c2
- Honeycutt, A. A., Khavjou, O. A., Jones, D. J., Cuellar, J., & Forehand, R. L. (2013). Helping the noncompliant child: An assessment of program costs and cost-effectiveness. *Journal of Child and Family Studies, 24*(2), 499-504.
- Long, P., Forehand, R., Wierson, M., & Morgan, A. (1994). Moving into adulthood: Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behaviour Research and Therapy, 32*, 101-107. doi:10.1016/0005-7967(94)90088-4
- Forehand, R., & King, H. E. (1977). Noncompliant children: Effects of parent training on behavior and attitude change. *Behavior Modification, 1*, 93-108. doi:10.1177/014544557711006
- Forehand, R., Sturgis, E. T., McMahon, R. J., Aguar, D., Green, K., & Wells, K. (1979). Parent behavioral training to modify child noncompliance: Treatment generalization across time and from home to school. *Behavior Modification, 3*, 3-25. doi:10.1177/014544557931001
- Peed, S., Roberts, M., & Forehand, R. (1977). Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behavior Modification, 1*, 323-350. doi:10.1177/014544557713003
- Shapiro, J. P., Youngstrom, J. K., Youngstrom, E. A., & Marcinick, H. F. (2012). Transporting a manualized treatment for children's disruptive behavior to a community clinic. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 42*, 215-225. doi:10.1007/s10879-012-9206-8
- Wells, K. C., Forehand, R., & Griest, D. L. (1980). Generality of treatment effects from treated to untreated behaviors resulting from a parent training program. *Journal of Clinical Child Psychology, 9*, 217-219. doi:10.1080/15374418009532993

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Katz, L. F., & McMahon, R. J. (2014-2017). Parent training and emotion coaching for children with limited prosocial emotions. Seattle, WA: University of Washington.

Metropolitan Area Child Study (MACS)

Gepubliceerde literatuur

- Eron, L., Huesmann, R., Spindler, A., Guerra, N., Henry, D., & Tolan, P. (2002). A cognitive-ecological approach to preventing aggression in urban settings: Initial outcomes for high-risk children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 179-194.
- Boxer, P., Guerra, N. G., Huesmann, L. R., & Morales, J. (2005). Proximal peer-level effects of a small group selected prevention on aggression in elementary school children: An investigation of the peer contagion hypothesis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*, 325-338.
doi:10.1007/s10802-005-3568-2
- Grant, S. H., Van Acker, R., Guerra, N., Duplechain, R., Coen, M. (1998). A school and classroom enhancement program to prevent the development of antisocial behavior in children from high-risk neighborhoods. *Preventing School Failure, 42*, 121-127
- Gorman-Smith, D., & Metropolitan Area Child Study Research Group (2003). Effects of teacher training and consultation on teacher behavior toward students at high risk for aggression. *Behavior Therapy, 34*(4), 437-452.
- Huesmann, L. R., Maxwell, C. D., Eron, L., Dahlberg, I. L., Guerra, N. G., Tolan, P. H., VanAcker, R., Henry, D. (1996). Evaluating a cognitive/ecological program for the prevention of aggression among urban children. *American Journal of Preventive Medicine, 12*, 120-128.
- Metropolitan Area Child Study Research Group (2002). A cognitive-ecological approach to preventing aggression in urban settings: Initial outcomes for high-risk children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 179-194. doi:10.1016/S0005-7894(03)80029-1

Grijze literatuur

Guerra, N., Tolan, P., Henry, D., Van Acker, R., Huesmann, L. R., & Eron, L. (1998). Developmental and contextual influences on the prevention of aggression in urban settings: Preliminary outcomes from the Metropolitan Area Child Study. Paper presented at the meeting of the Annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.

Lopend onderzoek

Geen

Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses

Gepubliceerde literatuur

Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Cole, R., Kitzman, H., ... & Olds, D. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths:

- 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *164*, 9-15. doi:10.1001/archpediatrics.2009.240.
- Eckenrode, J., Zielinski, D., Smith, E., Marcynyszyn, L. A., Henderson, J., Charles, R., ... & Olds, D. L. (2001). Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology*, *13*, 873-890.
- Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T., ... & Zapart, S. (2011). Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: A randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, *96*, 533-540. doi:10.1136/adc.2010.196279
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., ... & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, *82*, 443-451. doi:10.1136/adc.82.6.443
- Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J., ... & Holmberg, J. R. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *164*, 412-418. doi:10.1001/archpediatrics.2010.76.
- Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, *3*, 153-172. doi:10.1023/A:1019990432161
- Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, *27*, 5-25. doi:10.1002/imhj.20077
- Olds, D. L. (2007). Preventing crime with prenatal and infancy support of parents: The nurse-family partnership. *Victims and Offenders*, *2*, 205-225. doi:10.1080/15564880701263569
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., ... & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, *278*(8), 637-643. doi:10.1001/jama.1997.03550080047038.
- Olds, D., Henderson Jr, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., ... & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Jama*, *280*, 1238-1244. doi:10.1001/jama.280.14.1238.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., & Kitzman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, *93*, 89-98.
- Olds, D., Henderson, C., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R., & Tatelbaum, R. (1998). The promise of home visitation: Results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology*, *26*(1), 5-21. doi:10.1002/(SICI)1520-6629(199801)26:1<5
- Olds, D. L., Henderson Jr, C. R., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The future of Children*, *9*(1), 44-65.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, *77*, 16-28.
- Olds, D. L., Hill, P. L., O'Brien, R., Racine, D., & Moritz, P. (2003). Taking preventive intervention to scale: The nurse-family partnership. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*, 278-290. doi:10.1016/S1077-7229(03)80046-9

- Olds, D., Hill, P., Robinson, J., Song, M. N., & Little, C. (2000). Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Current Problems in Pediatrics*, *30*, 109-141. doi:10.1067/mps.2000.105091
- Olds, D. L., & Kitzman, H. (1990). Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics*, *86*, 108-116.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., ... & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, *114*, 1550-1559. doi:10.1542/peds.2004-0962
- Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., ... & Bondy, J. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, *120*, e832-e845. doi:10.1542/peds.2006-2111
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., ... & Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, *110*, 486-496.
- Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., ... & Henderson, C. R. (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, *114*, 1560-1568. doi:10.1542/peds.2004-0961
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, *75*, 1435-1456. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00750.x

Grijze literatuur

- Olds, D., Hill, P. L., & Ramsey, E. (1998). *Prenatal and early childhood nurse home visitation*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Lopend onderzoek

Geen

Montreal Prevention Program

Gepubliceerde literatuur

- Boisjoli, R., Vitaro, F., Lacourse, E., Barker, E., & Tremblay, R. (2007). Impact and clinical significance of a preventive intervention for disruptive boys: 15 year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, *191*, 415-419. doi:0.1192/bjp.bp.106.030007
- McCord, J., Tremblay, R. E., Vitaro, F., & Desmarais-Gervais, L. (1994). Boys' disruptive behavior, school adjustment, and delinquency: The Montreal Prevention Experiment. *International Journal of Behavioral Development*, *17*, 739-752. doi:10.1177/016502549401700410
- Tremblay, R. (2010). The Montreal Longitudinal and Experimental Study: Tracing the developmental trajectories of behavior problems and assessing their prevention. *International Society of the Study of Behavioural Development*, *57*(1), 21-24.
- Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Mâsse, L. C., Vitaro, F., & Pihl, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(4), 560-568. doi:10.1037/0022-006X.63.4.560

Tremblay, R. E., Masse, L., Pagani, L., & Vitaro, F. (1996). From childhood physical aggression to adolescent maladjustment: The Montreal Prevention Experiment. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.) *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (1994). Impact of a prevention program on aggressive-disruptive children's friendships and social adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 457-475. doi:10.1037/0022-006X.63.4.560

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Problem-Solving Skills Training (Kazdin)

Gepubliceerde literatuur

Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H., & Unis, A. S. (1987). Effects of parent management training and Problem-Solving Skills Training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 416-424.

Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H., & Unis, A. S. (1987). Problem-Solving Skills Training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 76-85. doi:10.1037/0022-006X.55.1.76

Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive Problem-Solving Skills Training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 733-747. doi:0022-006X/92/S3.00

Lali, M., Malekpour, M., Molavi, H., Abedi, A., & Asgari, K. (2012). The effects of parent management training, Problem-Solving Skills Training and the eclectic training on conduct disorder in Iranian elementary school students. *International Journal of Psychological Studies*, 4, 154-161. doi:10.5539/ijps.v4n2p154

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)

Gepubliceerde literatuur

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.

Grijze literatuur

Van den Bogaart, P., & Van Muijen, H. (2000). *Residentiële gedragstherapeutische behandeling in Het Keerpunt. Onderzoek naar doelgroep, behandeling en resultaten van Het Keerpunt*. Groningen: E&M Syntax bv.

Lopend onderzoek

Geen

STOP4-7

Gepubliceerde literatuur

- Bastiaanssen, I., Veerman, J. W., & Mey, W. (2011). STOP4-7 vermindert gedragsproblemen bij jonge kinderen. *Jeugd en Co Kennis*, 5(2), 8–17. doi:10.1007/s12450-011-0014-7
- De Mey, W., & Braet, C. (2011). STOP4–7, an early intervention for children with behavioural disorders: Client characteristics and preliminary findings. *European Journal of Developmental Psychology*, 8(2), 203–214. doi:10.1080/17405620903513943
- Van Brussel, M. van, De Meijer, R., Veerman, J. W., & De Mey, W. (2009). Evaluatie van een multimodale behandeling voor kleuters met ernstige gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 30(2), 66-81.

Grijze literatuur

- Bastiaanssen, I. L. W., Sijbers, J. M. C., & Veerman, J. W. (2008). *Stop4-7 Nederland: Resultaten 2006-2007*. Nijmegen: Praktikon.
- Bastiaanssen, I. L. W., Sijbers, J. M. C., & Veerman, J. W. (2008). *Stop 4-7 Nederland: Resultaten 2007-2008 bij Entréa, Trajectum, Lindenhout en 't Kabouterhuis*. Nijmegen: Praktikon.
- Bastiaanssen, I. L. W., & Veerman, J. W. (2009). *Stop 4-7 Nederland: Resultaten 2008-2009*. Nijmegen: Praktikon.
- Bastiaanssen, I. L. W., Geijsen, L., & Veerman, J. W. (2011). *STOP4-7 Nederland: Resultaten 2009-2010*. Nijmegen: Praktikon.
- Bastiaanssen, I. L. W., & Veerman, J. W. (2012). *Stop 4-7 2011-2012: Verbetering van externaliserend probleemgedrag volgens ouders*. Nijmegen: Praktikon.
- Bastiaanssen, I. L. W. (2013). *Stop 4-7 2012-2013: Verbetering van externaliserend probleemgedrag volgens ouders*. Nijmegen: Praktikon.
- Bastiaanssen, I. L. W. (2014). *Factsheet Stop 4-7 2013-2014*. Nijmegen: Praktikon.
- De Mey, W. (2010). *Begeleiding van ouders van jonge kinderen met gedragsproblemen vanuit een sociaalpedagogische en ontwikkelingspsychopathologisch perspectief*. Universiteit Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen.
- Geijsen, L., Veerman, J. W., & Bastiaanssen, I. L. W. (2011). *STOP4-7 Nederland: Resultaten 2010-2011*. Nijmegen: Praktikon.
- Hullegie, H. A. J. (2012). *Doelgroeponderzoek STOP4-7* (Master's thesis). Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Van der Woude, E. E. (2009). Het lange termijn effect van de training STOP4-7 op het agressieve gedrag van kinderen tussen de 4 en 7 jaar en de rol die ouderlijk gedrag hierin speelt (Master's thesis). Radboud Universiteit, Nijmegen.

Vonk, S. (2014). De Verkorte Schaal Ouderlijk Gedrag (VSOG) en STOP 4-7: Klinisch onderscheid en gemeten verandering (Master's thesis). Radboud Universiteit, Nijmegen.

Lopend onderzoek

Doorlopende uitkomstenmonitor

The Incredible Years child training

Gepubliceerde literatuur

- August, G. J., Realmuto, G. M., Hektner, J. M., & Bloomquist, M. L. (2001). An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early Risers program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 614-626. doi:10.1037/0022-006X.69.4.614
- Barrera, M. J., Biglan, A., Taylor, T. K., Gunn, B. K., Smolkowski, K., Black, C., ... Fowler, R. C. (2002). Early elementary school intervention to reduce conduct problems: A randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prevention Science, 3*(2), 83-94. doi:10.1023/A:1015443932331
- Brotman, L. M., Gouley, K. K., Chesir-Teran, D., Dennis, T., Klein, R. G., & Shrout, P. (2005). Prevention for preschoolers at high risk for conduct problems: Immediate outcomes on parenting practices and child social competence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 34*(4), 724-734. doi:10.1207/s15374424jccp3404_14
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B., & Mørch, W. T. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 559-565. doi:10.1007/s00787-009-0083-y
- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2006). Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalisation effects to day-care and school settings. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(7), 392-399. doi:10.1007/s00787-006-0546-3
- Drugli, M. B., Larsson, B., & Clifford, G. (2007). Changes in social competence in young children treated because of conduct problems as viewed by multiple informants. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*(6), 370-378. doi:10.1007/s00787-007-0609-0
- Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S., & Mørch, W. T. (2009). Five-to-six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(5), 559-566. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., & Lane, E. (2007). A pilot study of the Webster-Stratton Incredible Years Therapeutic Dinosaur School programme. *Clinical Psychology Forum, 170*, 21-24.
- Hutchings, J., Bywater, T., Gridley, N., Whitaker, C. J., Martin, P., & Gruffydd, S. (2012). The Incredible Years therapeutic social and emotional skills programme: A pilot study. *School Psychology International, 33*(3), 285-293. doi:10.1177/0143034311415899.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H., & Mørch, W. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(1), 42-52. doi:10.1007/s00787-008-0702-z
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2007). Enhancing a classroom social competence and problem-solving curriculum by offering parent training to families of moderate- to high-

risk elementary school children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(4), 605-620. doi:10.1080/15374410701662741

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. doi:10.1037/0022-006X.65.1.93

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 943-952.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105-124. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_11

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., & Lane, E. (2007). A pilot study of the Webster-Stratton Incredible Years Therapeutic Dinosaur School Programme. *Clinical Psychology Forum*, 170, 21-24.

The Incredible Years teacher training

Gepubliceerde literatuur

Baker-Henningham, H., Scott, S., Jones, K., & Walker, S. (2012). Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 101-108.

Baker-Henningham, H., Walker, S., Powell, C., & Meeks Gardner, J. (2009). A pilot study of the Incredible Years Teacher Training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child: care, health and development*, 35(5), 624-631.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Stanley, L. (2013). A preliminary evaluation of the Incredible Years Teacher Programme. *New Zealand Journal of Psychology*, 42, 51-56.

Ford, T., Edwards, V., Sharkey, S., Ukoumunne, O. C., Byford, S., Norwich, B., & Logan, S. (2012). Supporting teachers and children in schools: The effectiveness and cost-effectiveness of the incredible years teacher classroom management programme in primary school children: A cluster randomised controlled trial, with parallel economic and process evaluations. *BMC Public Health*, 12(719). doi:10.1186/1471-2458-12-719

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K., et al. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomized controlled trial. *BMJ*, 334, 678-684. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55

Hutchings, J., Daley, D., Jones, K., Martin, P., Bywater, T., & Gwyn, R. (2007). Early results from developing and researching the Webster-Stratton Incredible Years Teacher Classroom Management Training programme in North West Wales. *Journal of Children's Services*, 2, 15-26. doi:10.1108/17466660200700023

- Hutchings, J., Martin-Forbes, P., Daley, D., & Williams, M. E. (2013). A randomized controlled trial of the impact of a teacher classroom management program on the classroom behavior of children with and without behavior problems. *Journal of School Psychology, 51*(5), 571–585.
- Kratochwill, T. R., Elliott, S. N., Loitz, P. A., Sladeczek, I., & Carlson, J. S. (2003). Conjoint consultation using self-administered manual and videotape parent-teacher training: Effects on children's behavioral difficulties. *School Psychology Quarterly, 18*(3), 269-302.
doi:10.1521/scpq.18.3.269.22574
- Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grinning, C. P., Metzger, M., Champion, K. M., & Sardin, L. (2008). Improving preschool classroom processes: Preliminary findings from a randomized trial implemented in Head Start settings. *Early Childhood Research Quarterly, 23*, 10-26.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(3), 283-302. doi:10.1207/S15374424JCCP3003_2
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 105-124. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_11
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the Incredible Years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(5), 471-488.
- Williford, A. P., & Shelton, T. L. (2008). Using mental health consultation to decrease disruptive behaviors in preschoolers: Adapting an empirically-supported intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(2), 191-200. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01839.x

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

The Quantum Opportunities Program

Gepubliceerde literatuur

Geen

Grijze literatuur

- Hahn, A., Leavitt, T., & Aaron, P. (1994). *Evaluation of the Quantum Opportunities Program (QOP): Did the program work? A report on the post secondary outcomes and cost effectiveness of the QOP program (1989-1993)*. Waltham, MA: Brandeis University, Center for Human Resources.
- Schirm, A., Stuart, E., & McKie, A. (2006). *The Quantum Opportunity Program Demonstration: Final impacts* (Document No. PR06-70). Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

Lopend onderzoek

Geen

Time Out Signal Seat

Gepubliceerde literatuur

Hamilton, S. B., & MacQuiddy, S. L. (1984). Self-administered behavioral parent training: Enhancement of treatment efficacy using a time-out signal seat. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 13(1), 61-69.

Grijze literatuur

Geen

Lopend onderzoek

Geen

Zelfcontrole

Gepubliceerde literatuur

Muris, P., Meesters, C., Vincken, M., & Eijkelenboom, A. (2005). Reducing children's aggressive and oppositional behaviors in the schools: Preliminary results on the effectiveness of a social-cognitive group intervention program. *Child & Family Behavior Therapy*, 27(1), 17-32. doi:10.1300/J019v27n01_02

Van Manen, T. G., Prins, P. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (1999). Een sociaal-cognitief interventieprogramma voor gedragsgestoorde kinderen, een vooronderzoek. *Gedragstherapie*, 32, 33-56.

Van Manen, T. G., Prins, P. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2004). Reducing aggressive behavior in boys with a social-cognitive group treatment: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(12), 1478-1487. doi:10.1097/01.chi.0000142669.36815.3e

Vincken, M., Eijkelenboom, A., Muris, P., & Meesters, C. (2004). 'Zelfcontrole': Een effectief interventie-programma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag. *Kind & Adolescent Praktijk*, 3(1), 132-138. doi:10.1007/BF03059528

Grijze literatuur

Warmer, E. T. M. (2012). *De effectiviteit van de training Zelfcontrole Plus* (Master's thesis). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Lopend onderzoek

Geen

Bijlage 3: Definities uit de coding manual

24/7 access	24/7 availability via hotline, pager, or on-call crisis support (Lee et al., 2014).
Accessibility promotion	Any strategy used to make services convenient and accessible.
Action planning	Prompt detailed planning of performance of the behaviour (must include at least one of context, frequency, duration and intensity). Context may be environmental (physical or social) or internal (physical, emotional or cognitive); Included implementation intention (Michie et al., 2013).
Affect Education	Strategies intended to teach youth to understand, identify, and label emotions; to recognize physical and environmental cues of emotions (Garland et al., 2008).
Ancillary services	Program included supplementary content beyond that specific to the (mental health) program (Kaminski et al., 2008).
Anger management	Strategies intended to teach a youth how to control feelings of anger (Lee et al., 2014).
Assertiveness training	Strategies intended to explain the different ways that people relate to one another, to teach youth how to use socially appropriate strategies to express feelings, stand up for themselves, and disagree with others, or to assist youth in practicing situations in which assertive strategies would be appropriate to teach youth how to express needs or intentions appropriately. Assertiveness is a response that seeks to maintain an appropriate balance between passivity and aggression. Assertive responses promote fairness and equality in human interactions, based on a positive sense of respect for self and others.
Assessment of treatment barriers	Discussion to elicit and identify barriers that prevent youth/family participation in treatment such as practical issues (e.g., transportation, scheduling), previous experiences with services, stigma, etc. (Lindsey et al., 2014).
Attributions about child misbehaviors	Any techniques designed to alter parental hostile or negative attributions. Parental “hostile” attributions refer to descriptions of a child’s behavior as careless, selfish, defiant, inconsiderate, bad, or hostile. Moreover, many of these parents tend to blame the misconduct on the basic traits of the child (Bartol, 2008).
Behavioral Contracting	Creating and using a contract or agreement to obtain youth/family commitment (Lindsey et al., 2014).
Case Management	Providing coordination and oversight of multiple formal and informal support/services for the identified client such that families receive a lot of assistance navigating multiple domains (e.g., home, school, medical, behavioral health, juvenile justice ; Lindsey et al., 2014).

Checklists	Het invullen van checklists na iedere sessie om na te gaan of alle activiteiten zijn uitgevoerd.
Child development knowledge and care	Providing developmentally appropriate physical care and environment (e.g., feeding, diapering, home safety); learning about typical child development and behavior; fostering children's positive emotional development (e.g., self-esteem, providing stimulating environment; Kaminski et al., 2008).
Civic responsibility	Teaching youth civic engagement, respect for people and property, advocacy & volunteerism.
Cognitive	Any techniques designed to alter interpretation of events through examination of the youth's or family's reported thoughts, typically through the generation and rehearsal of alternative counter-statements. This can sometimes be accompanied by exercises designed to comparatively test the validity of the original thoughts and the alternative thoughts through the gathering or review of relevant information (Chorpita, Daleiden, & Weisz, 2005; Lee et al., 2014).
Commands	Training for caretakers in how to give instructions or commands in such a manner as to increase the likelihood of child compliance (Lee et al., 2014).
Communication skills	Training for youth or caretakers in how to communicate more effectively with others to increase positive functioning, increase consistency, or minimize stress (Lee et al., 2014).
Consistent responding or generalization	Techniques to teach parents the importance of consistent responses to child behavior. Parents learn to use consistent rules across settings. For example, if there is a "no hitting" rule, that rule should be constant whether the child is at home, at school, at the playground, etc. Ideally, family members and other caregivers learn to apply the same rules and consequences when caring for the child.
Cultural Acknowledgement	Use of strategies explicitly designed to explore the client's culture (e.g., race/ethnicity, age, sexual orientation) to help facilitate engagement in services (Lindsey et al., 2014).
Curriculum or manual	Use of an established course of parent training, as evidenced by authors' report of a curriculum or manual (Kaminski et al., 2008).
Differential Reinforcement	Differential reinforcement is the application of reinforcement in the event of a correct response, and no reinforcement when there is not a correct response.
Disciplinary communication	Giving clear and developmentally appropriate directions; setting limits and rules; stating behavioral expectations and consequences (Kaminski et al., 2008).
Educational Support	Exercises designed to assist the child with specific academic problems,

such as homework or study skills.

Emotional communication	Using relationship-building communication skills (e.g., active listening); helping children identify and appropriately express emotions (Kaminski et al., 2008).
Family therapy	A set of approaches designed to shift patterns of relationships and interactions within a family, typically involving interaction and exercises with the youth, the caretakers, and sometimes siblings (Lee et al., 2014).
Feedback on behavior	Feedback on (lack of) accomplishments, strengths/weaknesses, and (in)correct responses.
Goal setting	The explicit selection of a therapeutic goal for the purpose of working toward achieving that goal (Lee et al., 2014).
Guided imagery	The term guided imagery refers to a wide variety of techniques, including simple visualization and direct suggestion using imagery, metaphor and story-telling, fantasy exploration and game playing, dream interpretation, drawing, and active imagination where elements of the unconscious are invited to appear as images that can communicate with the conscious mind.
Homework	Written, verbal, or behavioral assignments to complete between sessions (Kaminski et al., 2008).
Ignore	The training of parents, teachers or others involved in the social ecology of the child in planned ignoring. Planned ignoring occurs when an adult ignores mildly annoying but not dangerous behavior, to reduce inappropriate behaviors.
Insight Building	Activities specifically designed to help someone achieve greater self-understanding.
Intervisie	Intercollegiaal overleg gericht op de goede uitvoering van het programma.
Maintenance/Relapse prevention	Exercises and training designed to consolidate skills already developed and to anticipate future challenges that might arise after termination or reduction of services (Lee et al., 2014).
Modeling	Demonstration of a desired behavior to promote imitation and performance of that behavior by client (Lindsey et al., 2014).
Monitoring	Training a caretaker, teacher, or other member of the youth's social ecology in the repeated measurement or observation of some target mood or behavior (Lee et al., 2014).
Monitoring and supervision practices	The training of parents in a set of correlated parenting behaviors involving attention to and tracking child's whereabouts, activities, and adaptations (Dishion & McMahon, 1998).

Natural and logical consequences	Training for parents or teachers in (a) allowing youth to experience the negative consequences of poor decisions or unwanted behaviors (e.g., getting cold for not wearing a hat), or (b) delivering consequences in a manner that is of appropriate level and type for the behavior performed by the youth (Lee et al., 2014).
Parent coping	Exercises/strategies designed to enhance caregivers' ability to deal with stressful situations (Lindsey et al., 2014).
Peer pairing	Pairing the youth, family, or caregiver with another youth, family or caregiver to provide support around seeking/obtaining services, encourage participation in services, enhance skill development, and provide/share information (Lindsey et al., 2014).
Physical exercise	Physical activity is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that requires energy expenditure; bodily movement prescribed to correct an impairment, improve musculoskeletal function, or maintain a state of well-being.
Positive interactions with child	Learning the importance of positive, non-disciplinary interactions with children; using skills that promote positive parent-child interactions (e.g., demonstrating enthusiasm, following child's interests, offering appropriate recreational options); providing positive attention (Kaminski et al., 2008).
Praise	The training of parents, teachers or others involved in the social ecology of the child in the administration of social rewards to promote desired behaviors. This can involve praise and encouragement (Chorpita et al., 2005; Lee et al., 2014).
Problem solving/Social problem solving	Training in the use of techniques, discussions, or activities designed to bring about solutions to targeted (social) problems, usually with the intention of imparting a skill for how to approach and solve future problems in a similar manner (Chorpita et al., 2005; Lee et al., 2014).
Promoting children's skills or prosocial behavior	Educating parents to teach children to share and cooperate, use good manners, and get along with peers, siblings, or adults (Kaminski et al., 2008).
Promoting children's cognitive or academic skills	Using incidental teaching, fostering children's language or literacy development; enhancing child's school readiness (Kaminski et al., 2008).
Provider fidelity	Strategies used to measure and provide (corrective) feedback regarding intervention fidelity/adherence to the provider(s) while the case is still active (Lee et al., 2014).
Provider plays multiple roles	Family works primarily with one individual who serves in multiple capacities: case manager, therapist, skill trainer, liaison, etc (Lee et al., 2014).

Providing materials	Providing literature, audiotapes/videotapes, notes to parents/client (Garland et al., 2008).
Psychoeducational-Child	Teaching children through didactic instruction or explanation, video or biblio-instruction about topics such as psychopathology, nature of child's problems, treatment principles, and child development (Garland et al., 2008).
Psychoeducational-Parent	Teaching parents through didactic instruction or explanation, video or biblio-instruction about topics such as psychopathology, nature of child/family's problems, and treatment principles (Garland et al., 2008).
Recreation activities	Recreation is an activity that people engage in during their free time, that people enjoy, and that people recognize as having socially redeeming values. Examples of recreational activities are endless and include sports, music, games, travel, reading, arts and crafts, and dance. The specific activity performed is less important than the reason for performing the activity, which is the outcome. For most the overarching desired outcome is recreation or restoration. Participants hope that their recreation pursuits can help them to balance their lives and refresh themselves from their work as well as other mandated activities.
Rehearsal, role-playing, or practice	In-session opportunities for parents to practice skills through rehearsal and role-playing situations, coded more specifically when possible: A. Role playing with the parent trainer or a peer B. Parent practicing skills with the parent's own child (Kaminski et al., 2008).
Relationship/rapport building	Strategies to increase the quality of the relationship between the youth/caregiver/family and the therapist (e.g., "joining" in family systems engagement) to help enhance youth/family engagement in services (Lindsey et al., 2014).
Relaxation	To introduce relaxation training and its use in controlling tension; techniques or exercises designed to induce physiological calming.
Response cost	The training of parents, teachers or others involved in the social ecology of the child in response cost procedures or administering these procedures. In response cost procedures, something that has already been earned gets removed. You can think of it as a tax on behavior.
Responsiveness, sensitivity, and nurturing	Responding sensitively to child's emotional and psychological needs (e.g., soothing); providing developmentally appropriate physical contact and affection (Kaminski et al., 2008).
Reviewing goals and progress	Reviewing previous work/themes and progress toward meeting established goals (Garland et al., 2008).
Self-monitoring	The repeated measurement of some target index by the child (Chorpita et al., 2005).

Self-reward/Self-praise	Teaching individuals to regulate their behavior by making self-reward or self-praise conditional upon matching self-prescribed standards of performance. Individuals serve as their own reinforcing agents.
Social skills training	Providing constructive information, training, and feedback to improve interpersonal verbal or non-verbal functioning.
Stimulus control or antecedent management	Strategies to identify specific triggers for problem behaviors and to alter or eliminate those triggers in order to reduce or eliminate the behavior. To assist the caregiver in identifying events that may lead to appropriate or inappropriate behavior, to teach the caregiver to think about behavioral difficulties before they occur, or to provide the caregiver with strategies to manage the child's behavior in difficult situations to increase or decrease a behavior that is controlled to some extent by the environment or situation.
Supervisie	Vorm van deskundigheidsbevordering, waarbij de beroepskracht onder systematische begeleiding reflecteert over werksituaties en zijn beroepsmatig handelen daarin.
Support networking	Strategies to explicitly identify, engage or develop the involvement or effectiveness of informal helpers (e.g., relatives, friends, neighbors, faith leaders) to help with service planning and delivery, and engagement in treatment (Lindsey et al., 2014).
Talent or skill building	The practice or assignment to practice or participate in activities with the intention of building and promoting talents and competencies. To teach the child benefits of skill building, to identify a skill that the child wants to develop, to set a goal involving the talent or skill he/she wants to develop, to start practicing to master small steps needed until each goal is achieved in order to assist children in developing talents and skills they can feel good about.
Tangible rewards	The training of parents or others involved in the social ecology of the child in the administration of tangible rewards to promote desired behaviors. This can involve tokens, charts, or record keeping, in addition to first-order reinforcers (Chorpita et al., 2005).
Therapist praise/Rewards	Reinforcers (e.g., monetary rewards, verbal praise) used by therapists to increase desired behaviors (Lindsey et al., 2014).
Therapist reinforcement	Zie Therapist praise/Rewards, maar dan gericht op "engagement" (e.g., monetary rewards, verbal praise for attendance, homework completion).
Time out	The training of or the direct use of a technique involving removing the youth from all reinforcement for a specified period of time following the performance of an identified, unwanted behavior (Chorpita et al., 2005).
Victim impact or material/emotional restitution	Reparation made by giving an equivalent or compensation for loss, damage, or injury caused; indemnification. In emotional restitution, the plan is eventually to have perpetrator and victim meet face to face in a

session in which the perpetrator apologizes and takes full responsibility for his or her acts.

Video-opnamen

Er worden opnames van de sessies gemaakt om na te gaan of het programma wordt uitgevoerd zoals het bedoeld is.