

Interventie

Minder Boos en Opstandig

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 2 december 2022

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Van de Wiel, Hoppe & Matthys (2020).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Minder Boos en Opstandig'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek	22
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	24
5. Samenvatting werkzame elementen	27
6. Aangehaalde literatuur	28

Samenvatting

Minder Boos en Opstandig is een interventie gericht op het vergroten van emotie-regulerende en sociaal probleemoplossende vaardigheden bij kinderen met gedragsproblemen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar en op het vergroten van opvoedingsvaardigheden van hun ouders. De interventie kan als een groepsinterventie worden gegeven met 18 bijeenkomsten voor zowel kinderen als ouders. Ook kan het als een individuele interventie worden gegeven met 12 bijeenkomsten voor kinderen en ouders.

Doelgroep

Minder Boos en Opstandig is gericht op kinderen van 8 tot 12 jaar met hetzij gedragsproblemen van een klinisch niveau (behandeling) hetzij gedragsproblemen van een subklinisch niveau (geïndiceerde preventie) en hun ouders.

De ouders/opvoeders van de kinderen zijn de intermediaire doelgroep.

Doel

Doel is de afname van het oppositioneel-opstandige, antisociale en/of agressieve gedrag en de toename van de beheersing van boosheid en van het prosociale gedrag door (a) verbetering van de emotie-regulerende en sociaal-probleemoplossende vaardigheden van de kinderen en (b) verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

Aanpak

Minder Boos en Opstandig kent een groeps- en een individuele variant.

Bij de kind(ergroeps)bijeenkomsten worden vaardigheden besproken en geoefend: in het herkennen en reguleren van emoties, verbeteren van sociale probleemoplossing en sociale vaardigheden in contact met andere kinderen .

Bij de ouder(groeps)bijeenkomsten worden opvoedingsvaardigheden besproken en geoefend. Ook wordt beperkt aandacht besteed aan het belang van de leerkracht betrekken door ouders.

Materiaal

Minder Boos en Opstandig is een boek/handleiding voor therapeuten.

Daarnaast is er een besloten website met oefenopdrachten, samenvattingen en beeldfragmenten. Ook kunnen alle benodigde materialen in Pdf-formaat via een QR-code, die zich achter in het boek bevindt, worden gedownload.

Onderbouwing

Gedragsproblemen ontstaan en worden in stand gehouden door een samenspel van en/of wederzijdse interactie tussen risicofactoren bij het kind zelf en risicofactoren van de omgeving. Effectieve interventies richten zich op de veranderbare factoren bij het kind en bij de omgeving van het kind, die problemen doen ontstaan en in stand houden.

Voor kinderen van 8 tot 12 jaar met gedragsproblemen is het belangrijk om zich vaardigheden eigen te maken op het gebied van emotieregulatie en sociale probleemoplossing om sociale situaties beter te laten verlopen. Daarnaast zijn het de opvoedingsvaardigheden van de ouders die versterkt dienen te

worden. Door deze aanpak via zowel kind als ouders nemen de gedragsproblemen af en neemt gewenst gedrag toe.

Kinderen en ouders oefenen tijdens de bijeenkomsten en in de thuissituatie via opdrachten en leren in de interventie van elkaar (groep) en van de therapeut (individueel).

Onderzoek

Na beëindiging van Minder Boos en Opstandig rapporteerden ouders minder openlijk agressief gedrag van hun kind dan ouders van de gebruikelijke behandeling (Van de Wiel e.a., 2007). De kosten per gezin voor de gebruikelijke behandeling waren twee keer hoger dan die voor Minder Boos en Opstandig (Van de Wiel e.a., 2003). Vijf jaar na de start van Minder Boos en Opstandig werd een preventief effect aangetoond op middelengebruik en delinquentie (Zonneville-Bender e.a., 2007). Volgens leerkrachten was het effect op externaliserend gedrag van het kind groter bij de individuele variant van de interventie bij het kind dan bij de groepsvariant (Lochman e.a., 2015).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Minder Boos en Opstandig is gericht op kinderen van 8 tot 12 jaar met gedragsproblemen. Het gaat hierbij om: 1. kinderen bij wie de diagnose oppositieel-opstandige stoornis of normoverschrijdende gedragsstoornis werd gesteld. Of om kinderen die op een gestandaardiseerde vragenlijst binnen het klinisch gebied scoren voor externaliserende gedragsproblemen; 2. kinderen die enkele vormen van gedrag vertonen die deze diagnoses kenmerken (geïndiceerde preventie).

Intermediaire doelgroep

Behalve de directe doelgroep, de kinderen zelf, worden de ouders als intermediaire groep bij de interventie betrokken. De ouders kunnen verschillen in leeftijd, etnische achtergrond en opleidingsniveau. Wanneer de kennis van de Nederlandse taal onvoldoende is kan een tolk deelnemen aan de bijeenkomsten.

Selectie van doelgroepen

Inclusiecriteria voor doelgroep 1: kinderen van 8 tot 12 jaar bij wie hetzij de diagnose oppositieel-opstandige stoornis of normoverschrijdende gedragsstoornis werd gesteld hetzij op een gestandaardiseerde vragenlijst binnen het klinisch gebied scoren voor deze diagnoses (behandeling).

Met het oog op behandeling wordt de interventie na diagnostiek aangeboden door instellingen voor Jeugd-GGZ en Jeugdzorg. In de Jeugd-GGZ wordt de diagnostiek uitgevoerd volgens de 'Richtlijn oppositieel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Matthys & van de Glind, 2013). Ook de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl) en een recent verschenen leerboek (Matthys, 2019) bevatten een omschrijving van de diagnostiek. Bij rubricerende of classificerende diagnostiek (classificatie) moet voldaan worden aan de DSM-5 criteria van de oppositieel-opstandige stoornis of de normoverschrijdende gedragsstoornis. Uit de beschrijvende diagnostiek blijkt dat de opvoedingsvaardigheden van de ouders, de emotie-regulerende vaardigheden van het kind evenals de sociaal-probleemoplossende vaardigheden van het kind de gedragsproblemen in stand houden.

In de Jeugdzorg wordt de diagnostiek uitgevoerd volgens de 'Richtlijn Ernstige gedragsproblemen' (website www.richtlijnenjeugdhulp.nl). Minder Boos en Opstandig komt in aanmerking wanneer gedragsproblemen (dwars en opstandig gedrag; prikkelbaar en driftig gedrag; anderen ergeren; antisociaal gedrag; agressief gedrag) dusdanig vaak voorkomen dat zij op een gestandaardiseerde vragenlijst binnen het klinische gebied scoren; dit is boven de 95^e percentiel aangezien de prevalentie van oppositieel-opstandige stoornis en de normoverschrijdende gedragsstoornis 5,7 % is (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015).

Gestandaardiseerde vragenlijsten zijn bijvoorbeeld de Child Behavior Checklist (CBCL) en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Voor de CBCL/6-18 wordt hetzij de hoofddimensie Externaliseren gebruikt, hetzij de syndroomschalen Agressief gedrag en Regel overtredend gedrag. Voor de SDQ wordt de schaal Gedragsproblemen gebruikt.

Inclusiecriteria voor doelgroep 2: kinderen van 8 tot 12 jaar die enkele vormen van gedrag vertonen die deze diagnoses kenmerken (geïndiceerde preventie).

Met het oog op geïndiceerde preventie komen kinderen in aanmerking die verschijnselen vertonen van een oppositioneel-opstandige stoornis of een normoverschrijdende gedragsstoornis, maar bij wie geen diagnose kan worden vastgesteld. Op een gestandaardiseerde vragenlijst liggen de percentielscores voor Externaliseren (Agressief gedrag, Regel overtredend gedrag) van de CBCL of Gedragsproblemen van de SDQ tussen 91 en 95; dit gebied wordt aangeduid met de term 'Aanzienlijke gedragsproblemen' (Matthys, 2019; Veerman & Bijl, 2018). De 'Richtlijn Ernstige gedragsproblemen' (website www.richtlijnenjeugdhulp.nl) legt de ondergrens voor Ernstige gedragsproblemen bij de 90^e percentiel en maakt geen onderscheid tussen het gebied van Aanzienlijke gedragsproblemen van een klinisch niveau, wanneer een rubriekdiagnose en diagnostische categorie kan worden toegekend.

Samenvattend: doelgroep 1 en 2 betreffen kinderen met externaliserende gedragsproblemen. Zij vallen allen in ieder geval boven het 90^e percentiel op de CBCL. En er kan ook sprake zijn van ODD of CD.

Als contra-indicaties voor de twee doelgroepen gelden: crisis in het gezin; onveiligheid in het gezin; ernstige persoonlijke problemen bij ouders zoals verslaving en psychose die een actieve deelname aan Minder Boos en Opstandig belemmeren; ernstige relatieproblemen tussen de ouders die een actieve deelname aan Minder Boos en Opstandig belemmeren, LVB problematiek bij kind en/of ouders. Minder Boos en Opstandig houdt rekening met individuele factoren die gedragsproblemen in stand houden zoals een taalachterstand en comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD of internaliserende problematiek; door o.a. aanpassingen te doen in woordkeus, werktempo, afwisseling met spel- en bewegingsoefeningen). Dergelijke geassocieerde problemen vormen dus geen contra-indicatie. Wanneer er sprake is van gedragsproblemen voortkomend uit een andere primaire diagnose (zoals ASS of PTSS) dan is een ander behandeltraject aangewezen.

Betrokkenheid doelgroep

In Amerika was het Coping Power Program een preventief behandelprogramma. In Nederland hebben we dit programma vertaald en aangepast aan een behandelsetting met kinderen die gediagnosticeerd zijn met een oppositioneel-opstandige stoornis of een normoverschrijdende gedragsstoornis. Bij de vertaling en aanpassing van het programma is gebruik gemaakt van pilots en op basis van de ervaringen en feedback van ouders en therapeuten is het programma bijgesteld (o.a. aantal ouderbijeenkomsten verhoogd en aantal kindbijeenkomsten verlaagd; digitale werkvormen toegevoegd om het aantrekkelijker en toegankelijker voor kinderen te maken). Door de doelgroep op deze wijze bij het programma te betrekken, is deze van oorsprong Amerikaanse geïndiceerde preventie passend gemaakt voor de Nederlandse behandelsetting (bijvoorbeeld meer afwisseling van activiteiten in de kindbijeenkomsten vanwege aandachtsproblemen die kenmerkend zijn voor comorbide ADHD). Tevens wordt altijd bij de laatste bijeenkomst met ouders geëvalueerd. Die feedback is in zijn algemeenheid meegenomen bij de (inhoudelijke) doorontwikkeling van het behandelprogramma.

1.2 Doel

Hoofddoel

Minder Boos en Opstandig heeft tot doel de afname van het sociaal storende gedrag, dat de doelgroep kenmerkt, evenals de toename van sociaal passend gedrag. Sociaal storend gedrag omvat dwars en opstandig gedrag, prikkelbaar en driftig gedrag, anderen ergeren, agressief en antisociaal gedrag. Sociaal passend gedrag omvat het accepteren en uitvoeren van opdrachten, het uiten van boosheid op een gepaste manier, openstaan voor het initiatief van andere kinderen bij samenspelen en het zich houden aan regels en afspraken. Dit hoofddoel wordt bereikt door, het vergroten van vaardigheden bij het kind om op een passende manier met boosheid om te gaan en het vergroten van vaardigheden bij het kind om sociale problemen op een adequate manier op te lossen en het verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders.

Subdoelen

Hiertoe zijn specifieke subdoelen opgesteld:

Bij het kind:

- het bevorderen van inzicht in gevoelens, in bijzonder het gevoel van boosheid: het kind heeft inzicht in het verband tussen gebeurtenis, gedachte, gevoel en gedrag
- het bevorderen van het omgaan met boosheid: het kind leert 'plaagdoof' te worden en zichzelf sterk te praten
- het bevorderen van het inzicht en het gebruik van het probleemoplossende model: het kind leert het probleem oplossende model op gang te brengen en de verschillende stappen toe te passen
- het bevorderen van sociaal passend gedrag: het kind leert op een handige manier contact te leggen en zich in een bestaande groep in te voegen, het kind leert weerstand te bieden wanneer het onder druk wordt gezet en maakt hierbij gebruik van het probleemoplossende model

Bij de ouders:

- het bevorderen van kennis over gedragsproblemen van een klinisch en subklinisch niveau: ouders hebben inzicht in wat de kenmerkende verschijnselen zijn, de gevolgen ervan op korte en lange termijn, het ontstaan en in stand houden ervan en wat de behandeling inhoudt
- het bevorderen van inzicht in gedrag: ouders zijn in staat om het gedrag van hun kind adequaat te beschrijven en hierbij het VOORGEDRAG-NA schema te gebruiken
- het bevorderen van inzicht in eigen stress en hoe hiermee om te gaan: ouders herkennen stress bij zichzelf, weten hoe hiermee om te gaan en hierbij hun sociale netwerk in te schakelen
- het bevorderen van positief ouderschap: ouders geven met enthousiasme positieve opdrachten en gaan aan de slag met het prijzen en belonen van gewenst gedrag;
- autoritair opvoeden vervangen door positieve opvoedingsstrategieën: ouders negeren milde vormen van ongewenst gedrag, na ernstige vormen van ongewenst gedrag passen zij time-out toe of het wegnemen van leuke dingen.
- het bevorderen van inzicht in de vaardigheden die hun kind leert en het versterken van de leerprocessen van hun kind thuis: ouders

stimuleren hun kind bij het maken van de huiswerkopdrachten en belonen de toepassing van de vaardigheden van hun kind thuis

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Minder Boos en Opstandig bestaat uit twee varianten: een groepsinterventie voor kinderen en hun ouders, naast een individuele variant voor ouder(s) en kind.

Oorspronkelijk is Minder Boos en Opstandig een groepsinterventie, zowel voor ouders als voor kinderen. In de praktijk is het soms moeilijk om een groep van vier/vijf kinderen en hun ouders binnen een acceptabele termijn samen te stellen. Als dat niet lukt, haken ouders af. Daarom hebben we de individuele variant ontwikkeld. Naar het effect van de oorspronkelijke groepsvariant werd in Nederland onderzoek gedaan. De inhoud van de individuele variant van Minder Boos en Opstandig komt overeen met de huidige versie van de groepsvorm van Minder Boos en Opstandig. Het aantal bijeenkomsten is teruggebracht naar 12, zowel voor de ouders als voor de kinderen.

In de groepsvariant nemen in principe vijf kinderen deel aan de kindgroep en hun ouders (minimaal vijf tot maximaal tien) aan de oudergroep. De interventie wordt aangeboden door twee therapeuten. Minimaal 1 van deze therapeuten is zowel bij de oudergroep als de kindergroep betrokken als behandelaar. Dat maakt dat de ouder- en kindgroep niet op hetzelfde tijdstip plaats vinden. Beide behandelgroepen vinden op dezelfde locatie plaats. De groepsbijeenkomsten voor de kinderen duren 75 minuten, voor ouders 120 minuten. Het aantal bijeenkomsten voor de kinderen en voor de ouders is 18.

In de individuele variant wordt met één kind en diens ouder(s) gewerkt. De interventie wordt door één therapeut gedaan, die zowel de behandeling van het kind als van de ouders verricht. De kindbijeenkomsten duren 45 minuten (met een maximale uitloop tot 60 minuten). De ouderbijeenkomsten duren 60 minuten (met een flexibele uitloop tot maximaal 90 minuten). De duur van de bijeenkomsten hangt af van de mate waarin ouder(s) en kind de vaardigheden begrijpen en zich eigen kunnen maken. Het aantal bijeenkomsten voor het kind en voor de ouder(s) is 12.

Zowel bij de groeps- als individuele variant, als bij de ouders en de kinderen, wordt gewerkt met rollenspelen naast uitleg en vragen naar eigen ervaringen. In de groepsbijeenkomsten wordt ook gebruik gemaakt van filmvignetten.

Behalve deelname aan de bijeenkomsten voeren de ouders en de kinderen thuis oefenopdrachten uit, passend bij het thema/onderwerp van de laatste bijeenkomst (inclusief de bijeenkomsten ervoor). De oefenopdrachten worden uitgelegd aan het einde van elke bijeenkomst en als eerste agendapunt besproken in de daar opvolgende bijeenkomst. Ook wordt er expliciet aandacht besteed aan de samenwerking met de leerkracht (in oudergroepsbijeenkomst 3 / ouder individueel bijeenkomst 2). Hoewel de leerkracht geen intermediaire doelgroep is, kunnen ouders de leerkracht op de hoogte houden van de inhoud van de bijeenkomsten van de kindersessies. Leerkrachten kunnen hierdoor oefenen in het gebruik van de vaardigheden die de kinderen leren (Matthys & Boersma, 2018). Er wordt ook aan ouders uitgelegd dat er een aparte leerkrachtbijeenkomst wordt georganiseerd om hen wat meer informatie te geven over de training, die ouder(s) en kind(eren) volgen. Deze leerkrachtbijeenkomst wordt door

de therapeuten gepland en staat niet vast omschreven in het protocol m.b.t. inhoud en ook niet m.b.t. wanneer deze zou kunnen plaatsvinden.

In vergelijking met de eerdere uitgave werd Minder Boos en Opstandig door de auteurs herzien. Het belangrijkste verschil is de volgorde van de inhoud bij de ouderbijeenkomsten, de toevoeging van de uitleg met betrekking tot het werken met een beloningsprogramma en het meer bevragen van ouders en kinderen.

Inhoud van de interventie

Gezinnen worden intern geworven binnen de instelling, dan wel in samenwerking met partijen in de regio. De interventie dient zowel in de individuele variant als in de groepsvariant volledig te worden uitgevoerd. De behandeling van ouders en kind(eren) dienen parallel aan elkaar te lopen. Mocht dit in de praktijk niet haalbaar blijken (bijvoorbeeld door ziekte of anderszins) dan wordt met ouders overlegd hoe dit een goed op elkaar afgestemd vervolg kan krijgen (bijvoorbeeld individueel vervolg of op een later moment).

Een **ouderbijeenkomst** is als volgt opgebouwd:

1. Terugblik vorige keer
Het onderwerp van de vorige bijeenkomst wordt kort samengevat en aan ouders wordt gevraagd of daar inhoudelijk nog vragen en/of opmerkingen over zijn.
2. Oefenopdracht
Het doel van de oefenopdrachten is om ouders thuis te laten oefenen en experimenteren met (nieuwe) vaardigheden. Er wordt tijdens de bijeenkomst met ouders gesproken over de opgedane ervaringen. Wat ging er goed? Waar liep het minder? Ouders kunnen elkaar ook tips geven.
3. Nieuw thema
Gedurende de bijeenkomsten worden er telkens nieuwe opvoedingsvaardigheden behandeld en geoefend. Hierbij wordt gebruik gemaakt van beeldmateriaal, rollenspellen (door therapeuten en ouders) en praktische oefeningen door de ouders zelf
4. Samenvatting en nieuwe oefenopdracht
Van elk nieuw onderwerp is een samenvatting te vinden op de website of te downloaden via de QR code achterin het boek. Tijdens de bijeenkomst wordt hiernaar verwezen. Ook wordt aan ouders gevraagd wat zij meenemen uit deze bijeenkomst. De oefenopdracht wordt tijdens de bijeenkomst doorgenomen zodat eventueel onduidelijkheden kunnen worden weggenomen.
5. Bespreking kindtraining
Er wordt kort verteld over de kindtraining m.b.t. de houding van het kind en/of het groepsproces, naast hetgeen er inhoudelijk aan bod is geweest. Ouders hebben hier de gelegenheid om vragen te stellen en te reageren. Ook kunnen de therapeuten ouders vragen naar hun indruk bij het kind ten aanzien van de behandeling en het leerproces. Ouders worden ook gevraagd hun kind te stimuleren met betrekking tot het oefenen met de geleerde vaardigheden. NB. Bij de groepsvariant worden eventueel nog enkele opnames van de kindgroep aan ouders getoond.
6. Afsluiting
Er wordt positief afgesloten en de ouders worden bedankt voor hun actieve inzet en bijdrage.

Een **kindbijeenkomst** is als volgt opgebouwd:

1. Terugblik
Het is belangrijk om hierbij na te gaan of het doel van de vorige bijeenkomst duidelijk is geworden. Tevens wordt altijd een korte conclusie gegeven van wat er de vorige bijeenkomst is geleerd.

2. Weekopdracht
Per kind wordt de weekopdracht doorgenomen, besproken en omgezet in punten (op de individuele beloningskaart). Er wordt vooral veel positieve aandacht gegeven aan het werken aan de opdracht.
3. Nieuw thema
Gedurende de bijeenkomsten worden er telkens nieuwe onderwerpen behandeld en geoefend. Hierbij wordt gebruik gemaakt van beeldmateriaal, rollenspellen (door therapeuten en kinderen) en praktische oefeningen door de kinderen zelf.
4. Samenvatting en nieuwe weekopdracht
Er wordt gezegd dat het kind de samenvatting op de website kan vinden om door te lezen. Ter plekke wordt gevraagd wat het kind uit deze bijeenkomst onthouden heeft.
De nieuwe weekopdracht wordt samen doorgenomen zodat het voor het kind duidelijk is wat er van hem/haar verwacht wordt en er dus geoefend kan gaan worden.
5. Spel
Indien er voldoende tijd is kan er een spel worden gespeeld. Tijdens dit spel kunnen weer allerlei vaardigheden geoefend worden.
6. Beloningen
Er wordt gewerkt met beloningen om de kinderen te stimuleren gewenst gedrag te laten zien en te oefenen. Een kind kan individuele punten verdienen door elke dag aan de weekopdracht te werken en door tijdens de bijeenkomst zich aan de regels te houden.
Bij de groepsbehandeling kunnen de kinderen ook punten verdienen voor een groepsbeloning.

Onderwerpen kindbijeenkomsten:

Bij de kindbijeenkomsten worden in onderstaande volgorde de volgende drie categorieën vaardigheden besproken, aangeleerd en geoefend:

1. Het herkennen en reguleren van emoties, met name het gevoel boosheid.
(In de groepsvariant: bijeenkomst twee tot en met zeven, in de individuele variant: bijeenkomst twee t/m vijf)
2. Vaardigheden voor sociale probleemoplossing (aan de hand van vijf stappen) (In de groepsvariant: bijeenkomst acht tot en met dertien, in de individuele variant: bijeenkomst zes t/m negen)
3. Sociale vaardigheden (In de groepsvariant: bijeenkomst veertien tot en met zeventien, in de individuele variant: bijeenkomst tien t/m elf)

Bijeenkomst één betreft de kennismaking en het stellen van doelen en bijeenkomst twaalf (voor de individuele variant) en achttien (voor de groepsvariant) betreft de evaluatie en positief afronden.

Onderwerpen ouderbijeenkomsten:

Bij de ouderbijeenkomsten worden opvoedingsvaardigheden besproken en geoefend. Er wordt begonnen met vaardigheden die voorafgaand aan het gedrag van het kind en die diens gedrag kunnen beïnvloeden (zoals psycho-educatie, huisregels, waarnemen van gedrag en opdrachten geven, maar ook een positief gezinsklimaat en stresshantering). Daarna wordt er overgegaan op vaardigheden die ingezet kunnen worden nadat het kind bepaald gedrag heeft laten zien (prijzen en belonen (inclusief een beloningsprogramma) bij gewenst gedrag; negeren, Time Out en het wegnemen van leuke dingen bij ongewenst gedrag).

Basisattitude van de groepstherapeuten:

In hun opstelling is het belangrijk dat de therapeuten zich positief en stimulerend opstellen. Er wordt informatie overgedragen en uitgewisseld, echter zonder een

belerende houding aan te nemen. Uitleg dient zoveel mogelijk gepaard te gaan met voorbeelden. Ouders worden benaderd als ervaringsdeskundigen, die in samenwerking met de therapeuten aan de slag gaan.

Voor het vergroten van uitwisselen van informatie is het zinvol om in de groepsvariant de door ouders en kinderen gestelde vragen waar mogelijk bij andere ouders of kinderen neer te leggen.

Het is belangrijk dat de therapeuten de motivatie in de gaten houden van de deelnemers. Het gaat er om dat er voldoende tijd voor de therapeuten is om onderwerpen aan de orde te stellen, maar tegelijkertijd moet ieder individu daarin voldoende tot zijn recht komen en ook zijn verhaal kwijt kunnen. Het is belangrijk om hier een goed evenwicht in te vinden.

Thema's

De volgende thema's komen aan bod: (zie voor gedetailleerde uitwerking bijlage 1 Tabellen)

Met betrekking tot de kindbijeenkomsten:

- Het herkennen en reguleren van emoties, met name het gevoel boosheid
- Vaardigheden voor sociale probleemoplossing (aan de hand van vijf stappen)
- Sociale vaardigheden

Met betrekking tot de ouderbijeenkomsten: vanuit het Antecedent-Behavior-Consequence schema uit de cognitieve gedragstherapie):

ANTECEDENT:

- Psycho-educatie over gedragsproblemen
- Algemene regels van gedrag
- Gedrag waarnemen
- Orde, regelmaat en huisregels en opdrachten geven: het leren opstellen van huisregels, het opzetten van vaste routines, het geven van positieve opdrachten en het effectief grenzen stellen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van videovignetten, rollenspelen en het bespreken van huiswerkopdrachten. Ouders leren in groepsdiscussie het belang inzien van het bieden van veiligheid en structuur en buigen zich over hun eigen huisregels en routines. Er wordt getoond in videofragmenten wat handige en minder handige opdrachten zijn en welk effect deze op de gehoorzaamheid van de kinderen hebben. Ouders komen hierbij hun eigen kwaliteiten en valkuilen tegen en gaan zowel in de groep (rollenspelen) als thuis oefenen met het opzetten van passende routines en het geven van opdrachten en het handhaven hiervan (grenzen stellen).
- Hanteren van stress
- Positief gezinsklimaat

CONSEQUENCE:

- Versterken van positief gedrag; prijzen en belonen en werken met beloningsprogramma: Met het oog op prijzen en belonen om luisteren en meewerken te stimuleren: het leren effectief prijzen en aanmoedigen van het kind, het leren motiveren van het kind door het gebruik van tastbare beloningen, het leren opzetten van een beloningsprogramma. Hierbij wordt gebruik gemaakt van videovignetten, rollenspelen en het bespreken van huiswerkopdrachten. Ouders denken met de groep en in tweetallen na over de voor- en nadelen van prijzen en belonen, ze beschrijven gedrag dat ze vaker willen zien en ontwerpen hier een eigen beloningsprogramma voor. Er wordt veel geoefend in rollenspelen, zodat ouders weten hoe ze hier thuis mee verder kunnen

- Hanteren van ongewenst gedrag: negeren, apart zetten, iets leuks wegnemen: Met het oog op het voorkomen en omgaan met probleemgedrag: het leren vasthouden aan de gegeven opdracht, het leren negeren van milde vormen van ongewenst gedrag, het leren toepassen van time-out bij ernstige vormen van ongewenst gedrag, het leren toepassen van natuurlijke en logische gevolgen na ongewenst gedrag. Hierbij wordt gebruik gemaakt van videovignetten, rollenspelen en het bespreken van huiswerkopdrachten. Over negeren wordt eerst gebrainstormd met de groep om meer inzicht in dit onderwerp te krijgen. Time out wordt meer uitgelegd aan de ouders omdat aan het effectief opzetten van deze procedure zeer veel haken en ogen zitten. Er wordt naar aanleiding van de bijbehorende videofragmenten veel gediscussieerd in de groep hoe dit thuis toe te passen. Vervolgens gaan ouders oefenen met bovengenoemde vaardigheden in de groep tot ze dit voldoende in de vingers hebben om dit ook thuis ten uitvoer te kunnen brengen.
- Vijf stappen van probleem oplossen: het leren problemen op te lossen door verschillende oplossingen voor een probleem te bedenken en te leren denken aan de gevolgen van oplossingen - Heimelijk ongewenst gedrag

Inhoudelijk zijn er geen verschillen tussen de groepsvariant en de individuele variant.

2. Uitvoering

Materialen

1. Matthys, W., Hoppe, A., Wiel van de, N. (2020) Minder boos en opstandig – Revised (MB&O-R). Handleiding van de groepsbehandeling (herzien) en individuele behandeling (nieuw) van gedragsproblemen bij kinderen.
2. Website www.minderboosenopstandig.nl met oefenopdrachten en samenvattingen van bijeenkomsten en korte beeldfragmenten
3. Via QR code zijn alle benodigde materialen ook in PDF formaat toegankelijk (met uitzondering van de beeldfragmenten)

Zie bijlage 2 voor een uitgebreide lijst met benodigde materialen.

Locatie en type organisatie

De interventie kan als behandeling uitgevoerd worden in een instelling voor Jeugdhulp of Jeugd-GGZ, in een psychologische of pedagogische praktijk en in het Speciaal Basisonderwijs mits de therapeut(en) over de benodigde kennis en vaardigheden beschikken.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De uitvoering van het behandelprogramma kan verricht worden door verschillende disciplines op minimaal hbo-niveau: pedagogen, psychologen, (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen, groepsleiders en maatschappelijk werkers. Een stagiaire kan goed fungeren als co-groepstherapeut.

Bij therapeuten moet voldoende kennis aanwezig zijn op het gebied van de normaal en de verstoord verlopende ontwikkeling van kinderen. Daarnaast zal bij (minstens een van) de therapeut(en) voldoende ervaring aanwezig moeten zijn in het werken met kinderen en ouders om de training verantwoord uit te kunnen voeren en eventuele knelpunten adequaat op te kunnen lossen. Gezien de soms complexe groepsprocessen dient minstens een van de therapeuten ervaring te hebben in het werken met groepen in het geval van de groepsvariant. De trainingen zijn gebaseerd op leertheoretische principes. Bij (minimaal een van) de therapeut(en) dient dan ook een grondige kennis aanwezig te zijn van de leertheoretische principes evenals de vaardigheden om deze op systematische wijze toe te kunnen passen. De therapeuten vormen modellen voor de kinderen binnen de kindtraining, dit geldt in zekere mate ook voor de ouders in de oudertraining, hetgeen voorwaarden stelt aan de sociale vaardigheden van de therapeuten. Naar de kinderen en ouders zullen de therapeuten flexibel moeten kunnen zijn wat betreft het op begrijpelijk niveau communiceren. Ook dienen de therapeuten voldoende oog te hebben voor individuele behoeften van kinderen en ouders en dienen zij in staat te zijn zich in te leven in hun beweegredenen en emoties. Om aan bovenstaande voorwaarden te voldoen is minimaal hbo- ofwel wo-niveau noodzakelijk. Voor de hoofdtherapeut geldt aanvullend dat enkele jaren werkervaring naast een SKJ-registratie nodig is.

Het is zeker aan te bevelen dat de therapeuten een training volgen om zich het behandelprogramma (zowel de groepsvariant als de individuele variant) meer eigen te maken, naast dat er gebruik gemaakt kan worden van supervisie. Deze training/supervisie wordt aangeboden door de auteurs via (het postmaster opleidingsinstituut) de RINO groep te Utrecht (www.rinogroep.nl).

Kwaliteitsbewaking

Er is geen officiële instantie, die de kwaliteit bij uitvoering bewaakt. Uitvoering dient te geschieden door therapeuten met de juiste kwalificaties. Zie hiervoor 'Opleiding en competenties van uitvoerders'. Voor bijscholing kunnen therapeuten die met het programma (gaan) werken deelnemen aan de cursus "Minder Boos en Opstandig - Revised (MB&O-R): groepsbehandeling (herzien) en individuele behandeling (nieuw) van gedragsproblemen". De kosten hiervan bedragen €430,-, dit is exclusief het behandelprogramma van €150,-. In de cursus, die anderhalve lesdag beslaat, wordt kennis en ervaring opgedaan met het vernieuwde groepsprogramma en het nieuwe individuele programma en is er ruimte voor supervisie. Naast deze cursus zijn er mogelijkheden voor individuele supervisie bij de auteurs N. van de Wiel en A. Hoppe. Tevens geldt dat het protocol zelf zo gedetailleerd beschreven is dat dit vrijwel automatisch impliceert dat de behandelaren allen hetzelfde doen, hetgeen ook de kwaliteit borgt.

Uiteraard is het daarnaast belangrijk dat de therapeuten de bijeenkomsten goed voorbereiden. Na afloop van elke bijeenkomst is het bovendien belangrijk dat de therapeut of beide therapeuten samen reflecteren op hun eigen functioneren, over de onderlinge samenwerking, over het proces binnen de groep, de participatie van elke ouder/kind afzonderlijk en of de inhoud voldoende aan bod is gekomen, of dat daar in de volgende bijeenkomst nog extra aandacht aan gegeven dient te worden. Voorafgaand aan elke volgende bijeenkomst kunnen dan deze eventuele aandachtspunten opnieuw worden doorgenomen, zodat de therapeuten dit weer scherp voor ogen hebben. Aan het eind van de behandeling wordt de behandeling met de ouders individueel geëvalueerd. Hierbij wordt besproken in hoeverre de doelen van de behandeling behaald zijn, voor ouders en voor het kind. Hierbij kan, bij onvoldoende resultaat, eventueel een indicatie voor vervolgbehandeling worden vastgesteld. Daarnaast wordt geëvalueerd in hoeverre de wijze waarop de behandeling is vormgegeven door de therapeuten, heeft voldaan aan de verwachtingen van ouders. De feedback van ouders kan door de therapeuten meegenomen worden in hun volgende behandelbijeenkomsten.

Randvoorwaarden

Bij aanmelding van een gezin voor deze behandelmethode wordt er vanuit gegaan dat er uitgebreide diagnostiek is gedaan en dat er dus sprake is van een goede indicatiestelling (o.a. op basis van besprekingen in een multidisciplinair team). In geval van comorbide problematiek worden afwegingen gemaakt in welke volgorde behandeling passend is. Bijvoorbeeld wanneer bij ADHD medicatie is aangewezen dan is instelling op medicatie wenselijk voordat de Minder Boos en Opstandig- Revised behandeling start. Daarnaast zijn ouder(s) en kind goed ingelicht over de inhoud en het doel van deze methodiek. Zo worden de wederzijdse verwachtingen duidelijk en overeenstemmend gemaakt. Mochten er desondanks in de loop van de behandeling problemen ontstaan (bijvoorbeeld m.b.t. motivatie, gezinsproblemen etc) dan wordt hier in beginsel een gesprek over aangegaan tussen regiebehandelaar/therapeut(en) en ouders en kind. En er wordt dan besproken en beslist hoe het vervolg eruit gaat zien (toch doorgaan, overgaan van groepsbehandeling naar individuele behandeling, uitstellen etc).

Voor een goede uitvoering van de behandeling is er een toegankelijke locatie, een prettige (groeps)ruimte en videoapparatuur nodig (laptop, beamer, scherm). Tevens dienen alle overige materialen (zie hoofdstuk 2) beschikbaar te zijn.

Tevens hebben de therapeuten naast de duur van de bijeenkomst voldoende praktische voorbereidings- en afrondingstijd nodig. Ook het procesmatig en inhoudelijk nabespreken en voorbereiden en de eventuele supervisie (zoals ook al genoemd bij de kwaliteitsbewaking) vragen tijd. Tot slot dient nog tijd gereserveerd te worden voor eventueel telefonisch overleg met ouders.

Implementatie

Het programma kan besteld worden bij Buro Extern in Alkmaar (<https://extern.nl/minder-boos-en-opstandig/>) en de therapeuten kunnen er dan zelf mee gaan werken. De mogelijkheid bestaat voor (in company) trainingen en supervisie door de auteurs van het programma. Tijdens de uitvoering van het programma kunnen therapeuten - naast supervisie - kosteloos praktische ondersteuning vragen via de website wanneer zij problemen ervaren bij het praktische gebruik van de website of wanneer zij korte, concrete vragen hebben over de uitvoering van het programma.

Kosten

Het groepsbehandelprogramma vraagt gemiddeld vier uur per week tijdsinvestering per therapeut, dus 72 uren in totaal per therapeut. Het individuele behandelprogramma vraagt gemiddeld drie uur per week tijdsinvestering van de therapeut, dus 36 uren in totaal.

Afhankelijk van de functiegroep van de therapeuten kunnen de salariskosten worden berekend. Wanneer de tweede therapeut in de groepsvariant binnen een lagere salarisschaal valt (bijvoorbeeld een verpleegkundige of groepsleider) kan tegen lagere kosten behandeld worden.

Voor bijscholing kunnen therapeuten die met het programma (gaan) werken deelnemen aan de cursus "Minder Boos en Opstandig - Revised (MB&O-R): groepsbehandeling (herzien) en individuele behandeling (nieuw) van gedragsproblemen". De kosten hiervan bedragen €430,-, dit is exclusief het behandelprogramma van €150,-.

Er is eerder onderzocht wat de kosten van de behandeling waren (Van de Wiel e.a., 2003). Er is gerekend met de loonschaal van een psychotherapeut in opleiding (€ 3751). De gemiddelde kosten per gezin waren € 341 (SD = € 137). Naast de behandelkosten per gezin, werd ook de kosteneffectiviteit onderzocht. Kosteneffectiviteit verwijst naar de kosten per eenheid van verandering (in termen van standaarddeviaties). Hiervoor werd gebruik gemaakt van effect-groottes, die het verschil aangeven tussen twee groepsgemiddelden (bijvoorbeeld tussen voor- en nameting binnen de UCPP-conditie of C-conditie), gedeeld door de gepoolde standaard deviatie van die twee groepen (Cohen, 1988). Op basis van de behandelkosten per gezin en de berekende effect-groottes (maat die het verschil in twee gemiddelden aangeeft in termen van standaard deviaties) van alle uitkomstmaten werd de gemiddelde kosteneffectiviteit berekend. Bij bestudering van de kosten gerelateerd aan het bereikte behandel-effect bleek dat gedurende de eerste negen maanden de UCPP-conditie 49% goedkoper was dan de C-conditie in het bereiken van dezelfde gedragsverbeteringen. (Inclusief de 6-maands follow-up was de UCPP-conditie 42%, en inclusief de 2-jaars follow-up 43% goedkoper dan de C-conditie in het bereiken van dezelfde gedragsverbeteringen.)

De kosten van het behandelprogramma (boek met handleiding en toegang tot website) bedragen €150,-. Met de toegangscode voor de website kunnen 25 gezinnen met behulp van digitale ondersteuning worden behandeld. Hierna kan opnieuw een toegangscode worden aangeschaft voor €75,- voor de behandeling van 25 nieuwe gezinnen.

3. Onderbouwing

Probleem

De interventie is ontwikkeld voor de behandeling van kinderen van 8 tot 12 jaar bij wie de diagnose oppositieel-opstandige stoornis of normoverschrijdende gedragsstoornis werd gesteld of op een gestandaardiseerde vragenlijst binnen het klinisch gebied scoren voor 1 van deze diagnoses. De prevalentie van de oppositieel-opstandige stoornis wereldwijd is 3,6 %, van de normoverschrijdende gedragsstoornis 2,1 % (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Op grond van deze prevalentiecijfers kan het klinische gebied omschreven worden als de hoogste 5 % op een gestandaardiseerde vragenlijst (zie ook Fergusson, Horwood & Ridder, 2005). De life-time prevalentie van de oppositieel-opstandige stoornis in Nederland is 2,6 %, van de normoverschrijdende gedragsstoornis 5,6 % (De Graaf, ten Have, van Gool, & van Dorsselaer (2012).

De interventie is ook ontwikkeld als geïndiceerde preventie voor kinderen in deze leeftijdsgroep die bedreigd zijn in hun ontwikkeling omdat zij enkele vormen van gedrag vertonen die deze diagnoses kenmerken. Op een gestandaardiseerde vragenlijst liggen de percentielscores voor Externaliseren (Agressief gedrag, Regelovertredend gedrag) van de CBCL of Gedragsproblemen van de SDQ tussen 91 en 95; dit gebied wordt aangeduid met de term Aanzienlijke gedragsproblemen (Matthys, 2019; Veerman & Bijl, 2018). De 'Richtlijn Ernstige gedragsproblemen' (website www.richtlijnenjeugdhulp.nl) legt de ondergrens voor Ernstige gedragsproblemen bij de 90^e percentiel.

Slecht luisteren, een vechtpartijtje en zich niet aan afspraken houden, dat hoort bij kinderen. Maar wanneer brutaal gedrag, boosheid, agressief gedrag en liegen vaak voorkomen bij kinderen, dan spreken we van gedragsproblemen. Wanneer daar niet adequaat op wordt gereageerd kunnen deze problemen blijven bestaan en verergeren. Gedragsproblemen kunnen leiden tot: het uitlokken van inadequate opvoedingsvaardigheden via evocatieve gen-omgevingsinteracties (Matthys, 2019; Moffitt, 2005), schorsing en verwijdering van school (www.richtlijnenjeugdhulp.nl/ernstige-gedragsproblemen), de uitstoting uit de groep leeftijdgenoten (McDonald & Gibson, 2018), de ontwikkeling van afwijkende sociale cognities waaronder een vijandig wereldbeeld (De Castro & Van Dijk, 2018) en de aansluiting bij kinderen die strafbare feiten plegen met het risico van "deviancy training" (Utrzan, Piehler, & Dishion, (2018),

Als gevolg hiervan lopen kinderen met gedragsproblemen een verhoogd risico voor een grote verscheidenheid van ongunstige uitkomsten in de volwassenheid, waaronder: het niet afmaken van de opleiding, afhankelijkheid van sociale voorzieningen, delinquentie, suïcidepogingen, misbruik en afhankelijkheid van middelen, depressieve stoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, posttraumatische stress-stoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis, lichamelijke gezondheidsproblemen (Fergusson e.a., 2005; Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne, & Poulton, 2003). De kosten voor de maatschappij zijn groot: voor justitie, gezondheidszorg en sociale voorzieningen (Rivenbark e.a., 2018).

Oorzaken

Gedragsproblemen zoals hierboven beschreven ontstaan en worden in stand gehouden door een samenspel van en/of wederzijdse interactie tussen risicofactoren bij het kind zelf en risicofactoren van de omgeving. Tot de factoren van het kind zelf behoren erfelijkheid (Barker, Cecil, Walton & Meehan, 2018), een moeilijk temperament (Guo & Mrug, 2018) en neurocognitieve kenmerken waaronder een zwakke intelligentie, een taalachterstand en ADHD symptomen zoals impulsiviteit en aandachtsproblemen (Jarrett & Hilton, 2018; Matthys & Lochman, 2017), problemen met de emotieregulatie (Bookhout, Hubbard & Moore, 2018) en met de sociale probleemoplossing (De Castro & Van Dijk, 2018), gehechtheidsproblemen (Groeneveld & Mesman, 2018), trauma (Lindauer, 2014), angst en depressie (Angold, Costello & Erkanli, 1999). Tot de factoren van de omgeving behoren opvoedingskenmerken zoals inconsequentie in het hanteren van ongewenst gedrag, eenzijdige aandacht voor ongewenst gedrag, onvoldoende prijzen van gewenst gedrag en hard straffen van ongewenst gedrag (Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018), evenals uitstoting door leeftijdgenoten en aansluiting bij (pre)delinquente leeftijdgenoten (McDonald & Gibson, 2018). De opvoedingskenmerken van de ouders hangen samen met kenmerken van de ouders zoals depressiviteit of impulsiviteit (Barry, Lindsey, Fair & DiSabatino, 2018), fysieke en emotionele beschikbaarheid (Stormshak et al, 2018), relatieproblemen tussen de ouders (O'Leary & Solano, 2018), financiële problemen (Maughan, Rowe & Murray, 2018) en problemen in de buurt en in het contact met de school (Fite, Rubens, Evans & Poquiz, 2018).

Aan te pakken factoren

Minder Boos en Opstandig heeft tot hoofddoel de afname van sociaal storend gedrag dat de doelgroep kenmerkt, evenals de toename van sociaal passend gedrag. Dit hoofddoel wordt bereikt door het aanpakken van een aantal van bovengenoemde oorzaken, te weten:

1. de emotie regulerende vaardigheden van het kind
2. de sociaal probleem-oplossende vaardigheden van het kind
3. de sociale vaardigheden van het kind, en
4. de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

Deze zijn gespecificeerd in de volgende subdoelen:

Bij het kind:

Ad 1:

- het bevorderen van inzicht in gevoelens: het kind heeft inzicht in het verband tussen gebeurtenis, gedachte, gevoel en gedrag (Matthys & Lochman, 2017)
- het bevorderen van het omgaan met boosheid: het kind leert 'plaagdoof' te worden en zichzelf sterk te praten (Matthys & Lochman, 2017; Matthys, 2019)

Ad 2:

- het bevorderen van het inzicht en het gebruik van het probleem-oplossende model: het kind leert het probleem oplossende model op gang te brengen en de verschillende stappen toe te passen (Matthys & Lochman, 2017; Matthys, 2019)

Ad 3:

- het bevorderen van sociaal passend gedrag: het kind leert op een handige manier contact te leggen en zich in een bestaande groep in te voegen, het kind leert weerstand te bieden wanneer het onder druk wordt gezet en maakt hierbij gebruik van het probleem-oplossende model (Matthys & Lochman, 2017; Matthys, 2019)

Bij de ouders:

Ad 4:

- het bevorderen van kennis over gedragsproblemen van een klinisch en subklinisch niveau middels psycho-educatie: ouders hebben inzicht in wat de kenmerkende verschijnselen zijn, het ontstaan en in stand houden ervan, hoe de behandeling hierop aansluit, en wat de risico's zijn voor de toekomst (Matthys & Boersma, 2017; Matthys & Lochman, 2018);
- het bevorderen van positief ouderschap: ouders geven met enthousiasme positieve opdrachten en, wanneer gewenst gedrag voorkomt, prijzen en belonen ze dit (Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018);
- autoritair opvoeden vervangen door positieve opvoedingsstrategieën: ouders negeren milde vormen van ongewenst gedrag, na ernstige vormen van ongewenst gedrag passen zij time-out toe of het wegnemen van leuke dingen (Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018);
- het bevorderen van inzicht in eigen stress en hoe hiermee om te gaan: ouders herkennen stress bij zichzelf, weten hoe hiermee om te gaan door hulp te vragen aan hun partner of hun sociale netwerk in te schakelen (O'Leary & Solano, 2018);
- het bevorderen van inzicht in de vaardigheden die hun kind leert en het versterken van de leerprocessen van hun kind thuis: ouders stimuleren hun kind bij het maken van de huiswerkopdrachten, evenals bieden ze hulp en belonen ze de toepassing van de vaardigheden door hun kind thuis (Matthys, 2019)

Met het oog op het bereiken van de doelen bij het kind en de ouders, maken de groepstherapeuten aan het eind van de behandeling een evaluatie, waarin zij hun mening geven over het al dan niet bereiken van de doelen. Zij maken hierbij gebruik van hun eigen observaties hoe het kind geleerde vaardigheden laat zien tijdens rollenspelen in de bijeenkomsten en bespreken van de gemaakte oefenopdrachten in de thuissituatie. Bij de ouders kijken de therapeuten of zij de opvoedingsvaardigheden laten zien tijdens rollenspelen in de bijeenkomst en aan de hand van de besprekingen van de ervaringen met het huiswerk thuis. Wanneer doelen van ouders en/of kind onvoldoende bereikt zijn, kunnen de groepstherapeuten nog enkele boostersessies of een vervolgbehandeling voorstellen.

Verantwoording

Het effect van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden op externaliserende gedragsproblemen is groter dan van cognitieve gedragstherapie (McCart, Priester, Davies & Azen (2006). Echter, de deelname van ouders aan ouderinterventies voor externaliserende gedragsproblemen is een punt van zorg. Uit een meta-analyse van 262 studies blijkt dat 25 % van de ouders voor wie een ouderinterventie aangewezen was vanwege externaliserende gedragsproblemen van hun kind in de leeftijd van 2 tot 12 jaar niet eens begonnen aan de behandeling en nog eens 26 %, na te zijn begonnen, voortijdig afhaakte. Mogelijk nemen ouders niet deel aan een ouderinterventie of haken voortijdig af omdat ze denken dat hun opvoedingsvaardigheden voldoende zijn ontwikkeld (Matthys & Schutter, 2021). Deze ouders kunnen hierin gelijk hebben want gezinnen verschillen sterk in de mate waarin ze profijt hebben van een ouderinterventie, deels omdat de opvoedingsvaardigheden van een groep ouders niet duidelijk tekort schieten (Van Aar, Leijten, de Castro, Weeland, Matthys, Chhangur, & Overbeek, 2019). Het betrekken van het kind zelf bij de behandeling middels cognitieve gedragstherapie om aan zijn of haar problemen te werken, kan ouders motiveren om met de behandeling te starten en af te maken

(Matthys & Schutter, 2021). Bovendien is er bewijs dat de combinatie van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden met cognitieve gedragstherapie een groter effect heeft dan elke interventie afzonderlijk (Kazdin, Siegel & Bass, 1992). Hieruit voortvloeiend is er binnen Minder Boos en Opstandig – Revised gekozen voor een combinatie behandeling van ouder en kind.

Inhoudelijk

De ouderinterventie is gericht op opvoedingsvaardigheden gebaseerd op de 'coercion theory' ontwikkeld door Patterson (zie o.a. Patterson, Reid & Dishion, 1992) en door anderen doorontwikkeld (Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018). Volgens deze theorie, die gebaseerd is op de *operante leertheorie*, wordt het ontstaan en in stand houden van gedragsproblemen bij kinderen in de schoolleeftijd verklaard door dwingende interactiepatronen tussen het kind en de ouders en door het onvoldoende uitlokken van gewenst gedrag. Wanneer ouders leren specifieke opvoedingsvaardigheden toe te passen zoals opdrachten positief formuleren, gewenst gedrag enthousiast prijzen en belonen, consequent omgaan met ongewenst gedrag door negeren, time-out en logische gevolgen, zullen de gedragsproblemen van het kind afnemen. Dit mediatie effect van ouderinterventies werd aangetoond in Amerikaans onderzoek (o.a. DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2004). Daarom leren de ouders binnen Minder Boos en Opstandig – Revised middels rollenspelen effectieve opvoedingsvaardigheden tijdens de bijeenkomsten, passen die thuis toe aan de hand van praktische huiswerkopdrachten en rapporteren hierover in de eerstkomende bijeenkomst.

De ouderinterventie is ook gebaseerd op de Bandura's *theorie van het observerend leren* (1973). Het is van belang dat ouders het goede voorbeeld geven (modelling), omdat kinderen leren door te imiteren (Bandura, 1973). Als ouders bijvoorbeeld laten zien hoe zij op een passende manier met frustraties omgaan, leren zij hun kind hun emoties beter te reguleren. Tijdens de bijeenkomsten leren ouders passende vaardigheden door het observeren van de groepstherapeuten.

Inhoudelijk houdt de ouderinterventie rekening met kenmerken van het kind die de problemen in stand houden, zoals een zwakke intelligentie, een taalachterstand en problemen met de emotieregulatie (Jarrett & Hilton, 2018; Bookhout, Hubbard & Moore, 2018). Ouders leren hun kind beter om te gaan met oplopende boosheid door het inzetten van positieve opdrachten en negeren.

Ook wordt er aandacht besteed aan de samenwerking met de leerkracht. Leerkrachten worden immers zwaar belast door de gedragsproblemen van het kind. Het is daarom belangrijk dat ouders de leerkracht op de hoogte houden van de inhoud van de bijeenkomsten van de kindersessies. Leerkrachten kunnen ook op één lijn komen met de ouders door van de ouders te vernemen hoe zij leren om te gaan met specifieke gedragsproblemen van het kind (Matthys & Boersma, 2018).

De interventie voor het kind is gebaseerd op de theoretische uitgangspunten van cognitieve gedragstherapie (Matthys, 2019; Matthys & Lochman, 2017). Hiertoe behoort de theorie van het leren door te observeren (Bandura, 1973). Kinderen kunnen passend sociaal gedrag van elkaar leren door te kijken hoe andere kinderen het voordoen. Dit wordt automatisch bevorderd in de groepsbehandeling, en in zowel de groeps- als de individuele behandeling wordt sociaal gedrag bekeken middels de rolmodellen in de videobeelden.

De behandeling voor het kind is ook gebaseerd op de probleem-oplossende theorie (D'Zurilla & Goldfried, 1971). Kinderen lopen elke dag tegen sociale problemen aan. Hiervoor beschikken ze over cognitieve functies, zoals het bedenken van verschillende oplossingen voor een probleem en het voorspellen van de gevolgen van die oplossingen met het oog op het beslissen van de meest passende oplossing. In de theorie van de sociale informatieverwerking worden enkele stappen van de probleem-oplossende theorie verder uitgewerkt, zoals het interpreteren van de situatie, het duidelijk krijgen wat het doel is dat het kind wil bereiken in deze situatie en het beoordelen van de verschillende oplossingen die het kind heeft bedacht (Crick & Dodge, 1994). Aan de hand van de vijf stappen van probleem oplossen (waarin ook perspectief nemen) wordt in Minder Boos en Opstandig – Revised geoefend met deze vaardigheden. Het doel van het intrainen van deze vaardigheden is kinderen toe te rusten met cognitieve vaardigheden om alledaagse sociale problemen zelfstandig adequaat op te lossen. Aldus worden ze minder afhankelijk van het directe toezicht van volwassenen.

Ten slotte speelt de theorie van de zelf-spraak (Luria, 1961) een belangrijke rol. Volgens deze ontwikkelingspsychologische theorie neemt de innerlijke controle of aansturing met de leeftijd toe (Matthys, 2009). Binnen Minder Boos en Opstandig – Revised leren kinderen innerlijke spraak te gebruiken om sociale problemen adequater op te lossen en meer inzicht in en greep op hun emoties te krijgen. Dit laatste is cruciaal want hoog oplopende emoties, met name boosheid, belemmeren het inzetten van probleem-oplossende vaardigheden.

Naar het effect van de individuele variant van de interventie voor kinderen werd door de ontwikkelaars van Coping Power onderzoek gedaan. Het effect ervan is niet minder dan dat van de groepsvariant. Integendeel, volgens de leerkracht is het effect zelfs groter (Lochman, Dishion, Powell, Boxmeyer, Qu & Sallee, 2015). Bovendien is er geen duidelijk bewijs dat ouderinterventies in individueel verband verschillen van ouderinterventies in groepsverband (zie o.a. Cornacchio, Bry, Sanchez, Poznanski, & Comer, 2018; Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006). Derhalve mag worden aangenomen dat het effect van de individuele vorm van Coping Power niet minder is dan het effect van de groepsvorm. Daarom zijn we overgegaan tot de ontwikkeling van de individuele vorm.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Er zijn vier onderzoeken gedaan naar Minder Boos en Opstandig in Nederland (studie 1, 2, 3 en 6). Voor studie 1, 2 en 3 geldt dat zij over dezelfde 77 gezinnen gaan. Hieronder wordt ook een Amerikaanse onderzoek besproken waarbij het oorspronkelijke programma met 16 sessies voor ouders en 34 sessies voor kinderen werd ingekort tot 10 sessies voor ouders en 24 voor kinderen (studie 4) en een Amerikaans onderzoek waarin het effect van de groepsversie voor kinderen werd vergeleken met het effect van de individuele versie voor kinderen (studie 5). In alle effectonderzoeken werd telkens de kwaliteit van uitvoering gerapporteerd.

Studie 1

- a. Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, Maassen, Lochman & van Engeland (2007): The effect of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification*, 31, 298-312.
- b. Er werd een gedetailleerde handleiding gebruikt. De therapeuten waren psychologen of pedagogen (met master degree). Zij werden gedurende 6 maanden specifiek voor Minder Boos en Opstandig opgeleid. De opleiding bestond uit de uitvoering van 2 behandelingen: de eerste als co-therapeut samen met een ervaren psycholoog, de tweede als therapeut samen met de ervaren psycholoog als co-therapeut. Tijdens de studie vond wekelijkse supervisie plaats. Alle sessies werden op videotape opgenomen voor het at random beoordelen van de integriteit van uitvoering door een ervaren clinicus. De opgeleide therapeuten werden geassisteerd door een co-therapeut (student psychologie of pedagogiek).
- c. Van de 77 gezinnen die aan de behandeling waren begonnen namen 66 tot het einde deel aan de behandeling. Van de 9 gezinnen die de behandeling niet afmaakten waren er 4 in de Minder Boos en Opstandig conditie.

Studie 2

- a. Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis & van Engeland (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.
- b. Er werd een gedetailleerde handleiding gebruikt. De therapeuten waren psychologen of pedagogen (met master degree). Zij werden gedurende 6 maanden specifiek voor Minder Boos en Opstandig opgeleid. De opleiding bestond uit de uitvoering van 2 behandelingen: de eerste als co-therapeut samen met een ervaren psycholoog, de tweede als therapeut samen met de ervaren psycholoog als co-therapeut. Tijdens de studie vond wekelijkse supervisie plaats. Alle sessies werden op videotape opgenomen voor het at random beoordelen van de integriteit van uitvoering door een ervaren clinicus. De opgeleide therapeuten werden geassisteerd door een co-therapeut (student psychologie of pedagogiek).
- c. Van de 77 gezinnen die aan de behandeling waren begonnen namen 66 tot het einde deel aan de behandeling. Van de 9 gezinnen die de behandeling niet afmaakten waren er 4 in de Minder Boos en Opstandig conditie.

Studie 3

- a. Zonneville-Bender, Matthys, Van de Wiel & Lochman (2007): Preventive effects of treatment of disruptive behavior in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 33-39.
- b. Er werd een gedetailleerde handleiding gebruikt. De therapeuten waren psychologen of pedagogen (met master degree). Zij werden gedurende 6 maanden specifiek voor Minder Boos en Opstandig opgeleid. De opleiding bestond uit de uitvoering van 2 behandelingen: de eerste als co-therapeut samen met een ervaren psycholoog, de tweede als therapeut samen met de ervaren psycholoog als co-therapeut. Tijdens de studie vond wekelijkse supervisie plaats. Alle sessies werden op videotape opgenomen voor het at random beoordelen van de integriteit van uitvoering door een ervaren clinicus. De opgeleide therapeuten werden geassisteerd door een co-therapeut (student psychologie of pedagogiek).
- c. Van de 77 gezinnen die aan de behandeling waren begonnen namen 66 tot het einde deel aan de behandeling. Van de 9 gezinnen die de behandeling niet afmaakten waren er 4 in de Minder Boos en Opstandig conditie. Van de 77 oorspronkelijk onderzochte kinderen werden 61 bereid gevonden om aan dit onderzoek deel te nemen, met zowel adolescenten van Minder Boos en Opstandig conditie (n=30) als van controleconditie (n=31). Bovendien werd voor dit follow-up onderzoek een gezonde controlegroep samengesteld (n=61) die naar geslacht, leeftijd, ethniciteit en opleiding gematched werd met de adolescenten van de Minder Boos en Opstandig conditie en de controleconditie.

Studie 4

- a. Lochman, Baden, Boxmeyer, Powell, Qu, Salekin & Windle (2013): Does a booster intervention augment the preventive effects of an abbreviated version of the Coping Power Program for aggressive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 367-381.
- b. Met het oog op het vergroten van de toepasbaarheid van het Coping Power Program werd het oorspronkelijke programma van 16 sessies voor ouders en 34 sessies voor kinderen ingekort tot 10 sessies voor ouders en 24 voor kinderen; deze intensiteit van interventie is vergelijkbaar met de 18 sessies voor zowel ouders als kinderen van Minder Boos en Opstandig. Er werd een gedetailleerde handleiding gebruikt. De therapeuten waren leden van het research team. Na elke sessie vulden ze een lijst in om te beoordelen of de doelen van de sessie waren bereikt (volledig, gedeeltelijk, niet). Wekelijks vond supervisie plaats.
- c. Het percentage deelname aan de 24 kindersessies was 87 %. Van de 10 sessies voor ouders namen ouders gemiddeld deel aan 3.7 sessies. Boostersessies werden alleen aan de kinderen aangeboden. Gemiddeld waren dat 7.3 sessies per kind.

Studie 5

- a. Lochman, Dishion, Powell, Boxmeyer, Qu, & Sallee (2015): Evidence-base preventive intervention for preadolescent aggressive children: One-year outcomes following randomization to group versus individual delivery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 728-735.
- b. Er werd een gedetailleerde handleiding gebruikt. De therapeuten kregen wekelijkse supervisie van 2 psychologen (PhD) met ruime ervaring met het programma. Maandelijks kregen de therapeuten ook feedback op sessies die op videotape waren opgenomen met het oog op het bewaken van de integriteit van

uitvoering. De therapeuten beoordeelden dat ze 91 % van de doelen volledig hadden bereikt en 86 % grotendeels.

- c. Van de 32 sessies namen kinderen gemiddeld aan 28 sessies deel, zowel in de groepsvariant als in de individuele variant.

Studie 6

- a. Van de Wiel, Hoppe en Matthys (2021) Minder Boos en Opstandig – Revised Praktijkonderzoek
- b. In dit onderzoek werd de vernieuwde groepsbehandeling met gebruikmaking van internet geëvalueerd, evenals de nieuwe individuele behandeling met gebruikmaking van internet. Er is een vragenlijst verstuurd naar de praktijkinstellingen die het vernieuwde behandelprogramma hebben aangeschaft en zich ook hebben aangemeld op de website van het behandelprogramma. De uitvoering van het onderzoek werd belemmerd door Covid-19. De vernieuwde groepsbehandeling werd bij 2 groepen geëvalueerd. De nieuwe individuele behandeling werd bij 4 gezinnen geëvalueerd.
- c. De vernieuwde groepsbehandeling werd zowel door de therapeuten, de ouders als de kinderen als goed gewaardeerd. De nieuwe individuele behandeling werd door de therapeuten als zeer goed gewaardeerd, door de ouders als goed; de kinderen verschilden sterk in hun oordeel. Tussen de gezinnen zijn grote verschillen in deelname aan de sessies en in het verrichten van huiswerk, zowel in de groepsbehandeling als in de individuele behandeling.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er werden drie effectonderzoeken uitgevoerd in Nederland (Voor deze studies geldt dat zij over dezelfde 77 gezinnen gaan), twee in de Verenigde Staten. Op basis van de gemeten effecten in de Nederlandse studies zijn er aanpassingen gedaan aan het behandelprogramma. Omdat er voorzichtige aanwijzingen zijn gevonden dat het effect vooral werd bereikt via de ouders, zijn de ouderbijeenkomsten uitgebreid en de kinderbijeenkomsten verminderd. Zo zijn het aantal kindbijeenkomsten teruggebracht van 23 naar 18. De ouderbijeenkomsten zijn uitgebreid van 15 naar 18.

Studie 1

- a. Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, Maassen, Lochman & van Engeland (2007): The effect of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification*, 31, 298-312.
- b. Er is een gerandomiseerd onderzoek gedaan waarbij het effect van Minder Boos en Opstandig (Utrecht Coping Power; UCPP) werd vergeleken met de gebruikelijke behandeling (Care as usual; CAU). Hiervoor werden 77 kinderen van 8-12 jaar met een oppositioneel-opstandige stoornis of een gedragsstoornis opgedeeld in de UCPP conditie (n=38) of de CAU conditie (n=39). Deze laatste bestond uit gezinstherapie (n=10), gedragstherapie (n=16) en andere methoden (n=13, o.a. ouderbegeleiding, speltherapie). Het effect werd beoordeeld aan de hand van vragenlijsten ingevuld door de ouders na de behandeling.
- c. Op de Parent Daily Report voor openlijk agressief gedrag was de afname significant groter bij UCPP dan bij CAU. Dit was niet het geval voor oppositioneel gedrag op de Parent Daily Report en op CBCL of TRF Externalizing behavior. Bij verdere vergelijking van UCPP met de CAU condities bleek dat

volgens de Parent Daily Report de daling van het agressieve gedrag bij de kinderen in de UCPP-conditie significant groter was dan bij gezinstherapie (ES = 1.07). Het verschil in daling van agressief gedrag op de Parent Daily Report was wel groter voor UCPP dan voor gedragstherapie (ES = 0.24), maar het verschil was niet significant. De daling van oppositioneel gedrag volgens de Parent Daily Report was bij UCPP groter dan bij gezinstherapie (ES = 0.61) en bij gedragstherapie (ES = 0.19), maar de verschillen waren niet significant.

Studie 2

- a. Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis & van Engeland (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.
- b. Er werd een kosten en kosten-effect onderzoek gedaan naar het verschil tussen Minder Boos en Opstandig (Utrecht Coping Power; UCPP) en de gebruikelijke behandeling (Care as usual; CAU). Hiervoor werden 77 kinderen van 8-12 jaar met een oppositioneel-opstandige stoornis of een gedragsstoornis opgedeeld in de UCPP conditie (n=38) of de CAU conditie (n=39). Voor het berekenen van de kosten werd het perspectief van de instelling gehanteerd.
- c. Over de periode van de aanvang van de behandeling tot 6 maand follow-up waren de kosten per gezin voor de CAU twee keer hoger dan die voor UCPP. Over dezelfde periode waren de gemiddelde kosten per standaarddeviatie verbetering 42 % lager in de UCPP conditie dan in de CAU conditie. (Voor de effect sizes zie studie 1.)

Studie 3

- a. Zonneville-Bender, Matthys, Van de Wiel & Lochman (2007): Preventive effects of treatment of disruptive behavior in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 33-39.
- b. Er werd een onderzoek gedaan naar het preventieve effect van Minder Boos en Opstandig op middelengebruik en delinquentie in de adolescentie. Van de 77 oorspronkelijk onderzochte kinderen werden 61 bereid gevonden om aan dit onderzoek deel te nemen, met zowel adolescenten van de UCPP conditie (n=30) als van de CAU conditie (n=31). Bovendien werd voor dit follow-up onderzoek een gezonde controlegroep samengesteld (n=61) die naar geslacht, leeftijd, ethniciteit en opleiding gematched werd met de adolescenten van de UCPP en CAU conditie. Gebruik werd gemaakt van de CSAP Student Survey voor de beoordeling van middelengebruik en van de National Youth Survey voor de beoordeling van delinquentie.
- c. Vijf jaar na de start van de interventie rookten minder adolescenten van de UCPP conditie de afgelopen maand sigaretten in vergelijking met de adolescenten van de CAU conditie (17 resp. 42 %; verschil significant). Evenzo hadden minder adolescenten in de UCPP conditie ooit cannabis gebruikt in vergelijking met de adolescenten van de CAU conditie (13 resp. 35 %; verschil significant). Bovendien verschilden de UCPP adolescenten in nicotine en cannabisgebruik niet van de gezonde controlegroep, hetgeen wel het geval was bij de adolescenten van de CAU conditie. In delinquentie verschilden de UCPP en de CAU groep niet van elkaar (ES = 0.20) en evenmin van de gezonde controlegroep (HC=Healthy control): UCPP-HC = 0.00; CU-HC=0.19): op dit

gebied verschilden beide interventiecondities niet in hun preventieve effect op delinquentie.

Studie 4

- a. Lochman, Baden, Boxmeyer, Powell, Qu, Salekin & Windle (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, 367-381.
- b. Met het oog op het vergroten van de toepasbaarheid van het Coping Power Program werd het oorspronkelijke programma van 16 sessies voor ouders en 34 sessies voor kinderen ingekort tot 10 sessies voor ouders en 24 voor kinderen; deze intensiteit van interventie is vergelijkbaar met de 18 sessies voor zowel ouders als kinderen van Minder Boos en Opstandig. Bij dit onderzoek werden 241 kinderen met een matig tot hoog niveau van agressief gedrag gerandomiseerd tussen Coping Power Program Abbreviated zonder booster interventie (n=61), Coping Power Program Abbreviated met booster interventie (n=60) en Care as usual (CAU) (n=120). Over een periode van vier jaar vonden vijf metingen plaats. Gebruik werd gemaakt van Teacher BASC Externalizing, Teacher Report of Reactive and Proactive Aggression en Teacher APSD. Statistisch werd gebruik gemaakt van groei modellen. In vergelijking met CAU liet het Coping Power Program Abbreviated een langere termijn effect zien in de afname van externaliserend probleemgedrag, proactieve en reactieve agressie, impulsiviteit en kenmerken van emotioneelheid en ongevoeligheid. De boosterinterventie leverde geen meerwaarde. Tussen de eerste en laatste meting voor Teacher BASC Externalizing was de $ES=0.42$ (Coping Power met/zonder booster interventie in vergelijking met Care as usual).

Studie 5

- a. Lochman, Dishion, Powell, Boxmeyer, Qu, & Sallee (2015): Evidence-based preventive intervention for preadolescent aggressive children: One-year outcomes following randomization to group versus individual delivery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 728-735.
- b. Er werd een onderzoek gedaan naar het verschil tussen de individuele varianten de groepsvariant van de interventie bij het kind van Coping Power. Een groep van 360 kinderen van groep 6 werden geselecteerd op grond van de oordelen van leraren en ouders op de Agressieschaal van de Behavior Assessment System for Children (BASC). In de steekproef had 70,1 % een door de leraar beoordeelde BASC Externalizing Composite score "at risk" (T score gelijk of hoger dan 60) en 36,2 % had een BASC Externalizing Composite score "clinical" (T score gelijk aan of hoger dan 70). De BASC scores beoordeeld door de ouders waren als volgt: 48,3 % vielen binnen het at-risk gebied, 26,9 % in het klinische gebied. In dit onderzoek was er geen controleconditie; veranderingen over de tijd werden berekend binnen elke conditie.
- c. Volgens de ouders was er geen verschil in effect op externaliserend gedrag tussen de twee varianten bij 1 jaar follow-up. Volgens de leerkrachten was het effect bij de individuele variant groter dan bij de groepsvariant. Voor Teacher BASC Externalizing was de $ES=0.34$ tussen voormeting en 1 jaar follow-up in de groepsvariant, terwijl de $ES=0.83$ was tussen voormeting en 1 jaar follow-up in de individuele variant.

5. Samenvatting werkzame elementen

Voor het bereiken van de doelen zijn de volgende *inhoudelijke werkzame elementen* nodig.

Met betrekking tot de ouders betreft dit ten eerste het geven van toelichting over opvoedingsvaardigheden, het oefenen ervan middels rollenspelen, het bespreken van videovignetten en het uitvoeren van huiswerkopdrachten en de bespreking daarvan in het begin van de volgende bijeenkomst.

Ten tweede het communiceren tussen ouders onderling en het vinden van (h)erkenning en ondersteuning bij elkaar.

Met betrekking tot het kind betreft dit het geven van toelichting over vaardigheden op het gebied van emotieregulatie, sociale probleemoplossing en sociale vaardigheden, het oefenen ervan middels rollenspelen, het bespreken van videovignetten en het uitvoeren van huiswerkopdrachten en de bespreking en de beloning daarvan in het begin van de volgende bijeenkomst.

Tot slot het voorbeeld geven / model staan als therapeut voor zowel ouders als kind tijdens bijeenkomsten bij rollenspelen, het bespreken van videovignetten, huiswerkopdrachten en de bespreking van huiswerkopdrachten in het begin van de bijeenkomst.

De *praktische werkzame elementen* bij de uitvoering van de interventie komen naar voren in de basishouding van de (groeps)therapeuten:

- de therapeuten zijn er allereerst op gericht om ouders en kind(eren) voor de behandeling te motiveren
 - tevens geven zij vooral positieve aandacht aan gewenst gedrag
- therapeuten hebben voor ogen de ouders een gereedschapskist mee te geven met daarin vele opvoedingsvaardigheden die ouders zelf kunnen toepassen en ook kunnen aanpassen naar gelang de leeftijd van het kind. Met betrekking tot de kinderen hebben zij voor ogen om de kinderen een gereedschapskist mee te geven met betrekking tot vaardigheden voor het omgaan met boosheid en met sociale probleemoplossing, naast het op laten doen van positieve ervaringen in de interacties met anderen.

6. Aangehaalde literatuur

- Aar, J. van, Leijten, P., Orobio de Castro, B., Weeland, J., Matthys, W., Chhangur, R. et al. (2019). Families who benefit and families who do not: Integrating person- and variable-centered analyses of parenting intervention responses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58, 993-1003.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs:Prentice-Hall, Inc.
- Barry, T.D., Lindsey, R.A., Fair, E.C., & DiSabatino, K. (2018). Parent psychopathology. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 275-290). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bookhout, M.K., Hubbard, J.A. & Moore, C.C. (2018). Emotion regulation. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 221-236). Chichester: WileyBlackwell.
- Burke, E.F., Derella, O.J., & Johnston, O.G. (2018). Diagnostic issues in oppositional defiant disorder. In J.E.
- Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 21-36). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Cornacchio, D., Bry, L. J., Sanchez, A. L., Poznanski, B., & Comer, J. S. (2018). Psychosocial treatment and prevention of conduct problems in early childhood. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 433-449). Chichester: John Wiley.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- De Castro, O. B. & van Dijk, A. (2018). 'It's gonna end up with a fight anyway'. Social cognitive processes in children with disruptive behavior disorders. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 237-253). Chichester: John Wiley.
- 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.
- De Graef, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van Nemesis-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 27-38.

D’Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 837-849.

Frick, P.J. & Wall Meyers, T.D. (2018). Conduct disorder and callous-unemotional traits. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 37-54). Chichester: Wiley-Blackwell.

Groeneveld, M .G. & Mesman, J. (2018). Attachment and disruptive disorders. In J. E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 207-220). Chichester: John Wiley.

Guo, J. & Mrug, S. (2018). Temperament. In J. E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 175-188). Chichester: John Wiley.

Jarreth, M.A. & Hilton, D.C. (2018). Cognitive functions. In In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 159-174). Chichester: Wiley-Blackwell.

Kazdin, A. (2005). *Parent Management Training*. Oxford: Oxford University Press.

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

www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/ODD-CD

Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, Y., & Thomas, C. (1998). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 522-535.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry, 60*, 709-717.

Leijten, P, Raaijmakers, M.A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 46*, 59-73.

Lindauer, R. J. L. (2014). Trauma-, stress- en dissociatieve stoornissen. In F.C. Verhulst, F. Verheij, & M. Danckaerts (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp. 421-439). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

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*, 367-381.

- Lochman, J.E., Dishion, T.J., Powell, N.P., Boxmeyer, C.L., Qu, L., & Sallee, M. (2015). Evidence-based preventive intervention for preadolescent aggressive children: One-year outcomes following randomization to group versus individual delivery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 728-735.
- Lundahl, B., Risser, H. J. & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and followup effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104.
- Matthys, W. (2019). Diagnostiek en behandeling van gedragsproblemen bij kinderen. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W. & Boersma, C. (2017). *Gedragsproblemen bij kinderen: Wegwijzer voor ouders van kinderen met brutaal, boos en agressief gedrag*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W. & Boersma, C. (2018). *Brutaal, boos of agressief gedrag op school: Omgaan met sociaal storend gedrag*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W. en van de Glind, G. (2013). Richtlijn Oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Utrecht, De Tijdstroom.
- Matthys, W., & Schutter, D. J. L. G. (2021). Increasing effectiveness of cognitive behavioral therapy for conduct problems in children and adolescents: What can we learn from neuroimaging studies? *Clinical Child and Family Psychology Review, 24*, 484-499.
- Matthys, W. & van West, D. (2014). Gedragsstoornissen. In *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (F.C. Verhulst, F. Verheij & M. Danckaerts, Red.) (pp. 255-280). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Matthys, W. & Lochman, J.E. (2017). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. (Second Edition). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Matthys, W. & Lochman, J. E. (2018). Future directions. In J. E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 503-517). Chichester: John Wiley.
- Maughan, B., Rowe, R. & Murray, J. (2018). Family poverty and structure. In J. E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 258-274). Chichester: John Wiley.
- Maughan, B. & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In J. Hill & B. Maughan (Eds.) *Conduct disorders in children and adolescents* (pp. 507-552). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H. & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 527-543.
- McDonald, K.L. & Gibson, C.E. (2018). Peer rejection and disruptive behavior disorders. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 325-338). Chichester: Wiley-Blackwell.

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

Menting, A.T., Orobio de Castro, B., Wijngaards-de Meij, L.D., & 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*, 381-396.

Moffitt, T. E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin, 131*, 533-554.

O'Leary, K. D. & Solano, I. (2018). Relationship discord, intimate partner physical aggression, and externalizing problem of children. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Control Disorders* (pp. 291-305). Chichester: John Wiley.

Orobio de Castro, B. & Van Dijk, A. (2018). "It's Gonna End Up with a Fight Anyway:" Social cognitive processes in children with disruptive behavior disorders. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 237-253). Chichester: Wiley-Blackwell.

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

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*, 345-365.

Posthumus, J.A., Raaijmakers, M.A.J., Maassen, G.H., van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 487-500.

<http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/ernstige-gedragsproblemen>

Rivenbark, J. G., Odgers, C. L., Caspi, A., Harrington, H., Hogan, S., Houts, R. M., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2018). The high societal costs of childhood conduct problems: evidence from administrative records up to age 38 in a longitudinal birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*, 703710.

Stormshak, E.A., DeVargas, E. & Cardenas, L.E. (2018). Parenting practices and the development of problem behavior across the life span. In J.E. Lochman and W. Matthys (Eds.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 307-322). Chichester: Wiley-Blackwell.

Utrzan, D. S., Piehler, T. F. & Dishion, T. J. (2018). The role of deviant peers in oppositional defiant disorder and conduct disorder. In J. E. Lochman and W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 339- 351). Chichester: Wiley-Blackwell.

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

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 costs and course of treatment. *Behavior Therapy*, 34, 421-436.

Veerman, J.W. & Bijl, B. (2018). Methoden van kwantificeren en toetsen van effecten. In T. van Yperen, J.W. Veerman en B. Bijl (Red.) (2018). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdzorg* (blz. 419-436). Rotterdam: Lemniscaat.

Waschbusch, D.A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118-150.

Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige Jaren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Webster-Stratton, C. (2003). *How to promote children's social and emotional competence*. London: Paul Chapman Publishing.

Webster-Stratton, C. (2011). *Incredible Years: Parents, teachers, and children's training series*. Seattle: Incredible Years.

Webster-Stratton, C. (2012). *Incredible Years: Nurturing children's social, emotional, and academic competence*. Seattle: Incredible Years.

Webster-Stratton, C. (2016). The Incredible Years: Use of play interventions and coaching for children with externalizing difficulties. In T.M. Reddy (Ed.) *Empirically based play interventions for children*, second edition (pp. 137-158). Washington, D.C. American Psychological Association.

Weeland, J., Chhangur, R. R., van der Giessen, D., Matthys, W., Orobio de Castro, W., & Overbeek, G. (2017). Intervention effectiveness of The Incredible Years: New insights into sociodemographic and intervention-based moderators. *Behavior Therapy*, 48, 1-18.

Weeland, J., Chhangur, R. R., van der Giessen, D., Matthys, W., Orobio de Castro, W., & Overbeek, G.

(2017). Corrigendum, *Behavior Therapy*, 49, 308-309

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

Bijlage 1: Tabellen met thema's

Tabel **Overzicht planning van trainingen groepsvariant**

Week	Oudertraining bijeenkomst	Kindtraining bijeenkomst
1	1. Kennismaking en psycho-educatie	-
2	2. Algemene regels van gedrag	-
3	3. Gedrag waarnemen	-
4	4. Orde en regelmaat	-
5	5. Huisregels	1. Kennismaking en doelen
6	-	2. Herkennen van gevoelens
7	6. Opdrachten geven	3. 4 G schema
8	-	4. Herkennen van boosheid
9	7. Hanteren van stress	5. Herkennen van boosheid vervolg
10	8. Positief gezinsklimaat	6. Omgaan met boosheid: plaagdoof zijn
11	9. Versterken van positief gedrag	7. Omgaan met boosheid: jezelf sterk praten
12	-	-
13	10. Werken met een gedragsprogramma	8. Probleem oplossen: Stop
14	-	9. Wat is het probleem?
15	11. Hanteren van ongewenst gedrag: negeren	10. 1 ^e stap van probleem oplossen
16	12. Hanteren van ongewenst gedrag: apart zetten	11. 2 ^e en 3 ^e stap van probleem oplossen
17	-	-
18	13. Apart zetten buitenshuis / iets leuks wegnemen	12. Alle 5 stappen van probleem oplossen
19	-	13. Oplossen van problemen met anderen
20	14. 5 stappen van probleem oplossen	-
21	-	14. Contact leggen met andere kinderen
22	15. Heimelijk ongewenst gedrag	15. Vrienden maken
23	-	16. Onder druk gezet worden
24	16. Beloningsprogramma: eigen ervaringen	17. Samenvatting van alle bijeenkomsten en herhaling
25	17. Probleem oplossen: eigen ervaringen	18. Afsluiting
26	18. Evaluatie	

Tabel **Overzicht planning van trainingen individuele variant**

Week	Oudertraining bijeenkomst	Kindtraining bijeenkomst
1	1. Kennismaking, psycho-educatie en algemene regels van gedrag	-
2	2. Gedrag waarnemen	-
3	3. Structuur in de opvoeding incl. huisregels	1. Kennismaking en doel
4	4. Opdrachten geven	2. Herkennen van gevoelens
5	-	-
6	5. Hanteren van stress en positief gezinsklimaat	3. Herkennen van boosheid
7	6. Versterken van positief gedrag	4. Omgaan met boosheid: plaagdoof zijn
8	7. Werken met een beloningsprogramma	5. Omgaan met boosheid: jezelf sterk praten
9	-	-
10	8. Hanteren ongewenst gedrag: negeren	6. 1 ^e stap van probleem oplossen
11	-	7. 2 ^e stap van probleem oplossen
12	9. Hanteren ongewenst gedrag: apart zetten (buitenshuis)	8. 3 ^e , 4 ^e en 5 ^e stap van probleem oplossen
13	10. Hanteren ongewenst gedrag: iets leuks wegnemen / 5 stappen van probleem oplossen	9. Eigen ervaringen van probleem oplossen
14	-	10. Contact leggen met andere kinderen
15	11. Heimelijk ongewenst gedrag	11. Onder druk gezet worden
16	12. Beloningsprogramma en 5 stappen van probleem oplossen: eigen ervaringen	12. Samenvatting van alle bijeenkomsten en herhaling

Bijlage 2

De volgende benodigdheden worden **bij elke ouderbijeenkomst** gebruikt:

- Website voor powerpointpresentatie (alleen bij groepsbehandeling), samenvattingen, opdrachten, formulieren en filmfragmenten
- Flip-over en bijbehorende stiften
- Whiteboard en stiften
- Eventueel samenvattingen op papier
- Eventueel oefenopdrachten op papier
- Pennen en papier
- Stickers om namen van ouders en therapeuten te noteren (naambordjes) (alleen bij groepsbehandeling)
- Na bijeenkomst 2:
 - VOOR-GEDRAG-NA schema
 - Materiaal om piramide te kunnen bouwen
 - Flap met doelen van ouders/ A4 met doelen van ouders
 - Eventueel flap met nog te beantwoorden vragen van ouders/ A4 met nog te beantwoorden vragen van ouder(s)

Extra benodigdheden worden per bijeenkomst vermeld.

De volgende benodigdheden worden **bij elke kindbijeenkomst** gebruikt:

- Website voor samenvattingen, opdrachten, formulieren en filmfragmenten
- Flip-over en bijbehorende stiften
- Whiteboard en stiften
- Eventueel samenvattingen op papier
- Eventueel weekopdrachten op papier
- (groeps)beloningskaart en stickers
- Kleurpotloden
- Beloningen
- Pennen en papier
- Spelletjes
- Eventueel camera als er opnames worden gemaakt (groepsvariant)
- Stoel om kind apart te kunnen zetten (groepsvariant)
- Na bijeenkomst 1:
 - Voor ieder kind een beloningskaart
 - Groepsbeloningskaart en stickers (groepsvariant)
 - De groepsregels (groepsvariant)

Extra benodigdheden worden per bijeenkomst vermeld.

Samenwerking erkenningstraject

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

