



Nederlands  
Jeugdinstituut

**Interventie**

# **Behavioral Parent Training Groningen**

groepstraining voor ouders van kinderen met ADHD en gedragsproblemen

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 18 januari 2019

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzing

De referentie naar dit document is: B.J. van den Hoofdakker en L. van der Veen-Mulders (juli 2018).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'BPTG-G voor kinderen met ADHD en gedragsproblemen'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

Samenvatting.....	4
1. Uitgebreide beschrijving .....	5
2. Uitvoering.....	11
3. Onderbouwing.....	14
4. Onderzoek .....	17
5. Samenvatting Werkzame elementen .....	25
6. Aangehaalde literatuur .....	26

# Samenvatting

## *Korte samenvatting van de interventie*

Behavioral Parent Training Groningen – groep (BPTG-G) voor ouders van kinderen met ADHD en gedragsproblemen is een gedragstherapeutische training die aan groepen ouders gegeven wordt. In de training leren de ouders een aantal vaardigheden die van belang zijn in de aanpak van kinderen met ADHD en bijkomende gedragsproblemen. Daarnaast breiden zij hun kennis uit over de problematiek van hun kind. De training heeft vier fasen: de eerste fase bestaat uit psycho-educatie; de tweede fase behandelt het beïnvloeden van antecedenten van gedrag; de derde fase betreft het beïnvloeden van consequenties van gedrag; en de vierde fase is gericht op het vasthouden van de geleerde vaardigheden. De ouders werken binnen de training aan eigen individuele doelen en oefenen de geleerde vaardigheden door middel van huiswerkopdrachten.

## Doelgroep

De interventie is bedoeld voor kinderen van 4-12 jaar met ADHD en bijkomende gedragsproblemen, die een fase van diagnostiek en psycho-educatie doorlopen hebben. De interventie richt zich op de ouders van deze kinderen, zij zijn de intermediaire doelgroep.

## Doel

Het hoofddoel van BPTG-G is het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen met ADHD. Dit wordt gedaan via de ouders: zij krijgen kennis over ADHD en gedragsproblemen en maken zich gedragstherapeutische vaardigheden eigen waarmee ze het gedrag van hun kind kunnen beïnvloeden.

## Aanpak

De interventie bestaat uit twaalf twee uur durende groepsbijeenkomsten voor ouders, een individueel voor- en nagesprek en een terugkombijeenkomst. Bijeenkomsten worden wekelijks of om de week gegeven door twee therapeuten en bestaan uit didactische onderdelen, modeling, rollenspel, werkvormen, praktische oefeningen, groepsdiscussies, uitwisseling van ervaringen en voorbereiden en nabespreken van huiswerkopdrachten.

## Materiaal

- Een draaiboek voor therapeuten met in de bijlages alle extra benodigde materialen
- Een huiswerkmap voor ouders

## Onderbouwing

Veel kinderen met ADHD hebben moeite met het reguleren van hun gedrag en het overzien van en anticiperen op mogelijke gevolgen van hun gedrag. Bovendien lijkt bij veel van deze kinderen de gevoeligheid voor feedback (zoals beloning en straf) af te wijken ten opzichte van kinderen die zich meer gemiddeld ontwikkelen. In de BPTG-G leren ouders hoe zij hun kind bij deze bijzonderheden kunnen ondersteunen. Hiervoor worden de ouders getraind in passende gedragstherapeutische technieken waarmee ze antecedenten en consequenten van gedrag van hun kind systematisch kunnen beïnvloeden. Zo worden de gedragsproblemen bij het kind verminderd.

## Onderzoek

Er is een Nederlandse effectstudie (RCT) uitgevoerd. Hieruit bleek dat het inzetten van routinezorg plus BPTG-G bij kinderen met ADHD significant grotere effecten had op gedragsproblemen en co-morbide internaliserende problemen dan het inzetten van uitsluitend routinezorg (Van den Hoofdakker et al., 2007).

Deze resultaten worden ondersteund door buitenlands onderzoek naar vergelijkbare interventies. Verschillende studies vonden significante en klinisch relevante effecten van oudertraining op onder meer ADHD symptomen, gedragsproblemen, ouderlijk zelfvertrouwen en ouderlijk gedrag (zie voor reviews en meta-analyses Daley et al., 2017; Daley et al., 2014; Coates, Taylor & Sayal, 2015, Mulqueen, Barkeley & Bloch, 2015; Charach, Carson, Fox, Ali & Beckett, 2013, Rimestad et al., 2016).

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

### 1.1 Doelgroep

#### Uiteindelijke doelgroep

De interventie is bedoeld voor kinderen van 4-12 jaar met ADHD en bijkomende gedragsproblemen waarbij in ieder geval reeds diagnostiek en (enige) psycho-educatie heeft plaatsgevonden.

#### Intermediaire doelgroep

De interventie richt zich op de intermediaire doelgroep: de ouders van deze kinderen.

#### Selectie van doelgroepen

De doelgroep wordt geselecteerd door professionals die zorg verlenen aan kinderen met ADHD en hun ouders. In de meeste gevallen zal eerst diagnostiek plaatsvinden, waarna met de ouders een behandelplan wordt opgesteld. Wanneer er een diagnose ADHD bij het kind wordt gesteld zal in de regel gestart worden met psycho-educatie en daarna, indien nodig, vindt verdere behandeling plaats. Een van de behandelingen die dan gestart kan worden is oudertraining. Om te bepalen of dit een geschikte behandeling is wordt een aantal criteria gecheckt. Grotendeels zijn die criteria al vanuit de diagnostische fase bekend, aanvullende informatie kan in een gesprek aan de ouders gevraagd worden. Dit gesprek kan gedaan worden door de professionals die de oudertrainingsgroep leiden, echter dit hoeft niet noodzakelijkerwijs zo te zijn.

De selectie vindt plaats door te bepalen of kind en ouders aan onderstaande indicatiecriteria voldoen:

- Het kind heeft een leeftijd tussen 4 en 12 jaar.
- Het kind voldoet aan de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) of DSM-5 criteria voor ADHD (American Psychiatric Association, 2013), comorbide stoornissen zijn geen bezwaar.  
Er is sprake van gedragsproblemen die zich (ook) in de thuissituatie voordoen. Concreet betekent dit dat de ouders minimaal drie doelgedragingen kunnen identificeren op de 'Gedragingenlijst'. De Gedragingenlijst is een instrument dat werd ontwikkeld ten behoeve van de oudertraining. Het instrument is opgenomen in het draaiboek voor therapeuten. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de vragenlijst Van den Hoofdakker en collega's (2007).
- Het kind heeft een (geschat of middels een intelligentie-onderzoek berekend) IQ boven de 80.
- Indien er twee opvoeders zijn in een gezin heeft het de duidelijke voorkeur om beide ouders te laten meedoen. In geval het echt niet mogelijk is dat beide ouders aanwezig zijn (bijvoorbeeld omdat een ouder internationaal werkt) bespreekt de professional die het indicatiegesprek doet hoe deze ouder wel de informatie kan krijgen.

Er zijn de volgende contra-indicaties:

- De ouders hebben intensieve gedragstherapeutische oudertraining ontvangen in het afgelopen jaar.
- Er is sprake van problemen bij ouders en/of kind die onmiddellijke interventies noodzakelijk maken, zoals een crisissituatie of vermoedens van seksueel misbruik.

#### Betrokkenheid doelgroep

Bij de ontwikkeling van de interventie werden ouders betrokken door na het ontvangen van de interventie uitgebreid met hen te evalueren en de door hen geleverde feedback te verwerken in de

volgende versie van de training. Zo gaven ouders bijvoorbeeld aan dat in de derde fase van de training, wanneer de consequente vaardigheden worden geoefend, het prettiger is als er niet één week (zoals in een van de eerste versies het geval was), maar twee weken tussen de zittingen zitten, zodat ouders meer tijd krijgen om te oefenen. In de daarop volgende trainingen werden daarom twee weken tussen de zittingen, in ieder geval vanaf de derde fase, het uitgangspunt.

Na de wetenschappelijke evaluatie van BPTG in 2007 werden diverse nieuwe varianten van BPTG ontwikkeld, zoals BPTG voor andere doelgroepen of een individuele versie, deels in samenwerking met ouders. Een goed voorbeeld van deze samenwerking vormt de blended variant van BPTG; deze werd in de testfase door ouders getest en hun input werd gebruikt om de blended BPTG verder te verbeteren, zowel inhoudelijk (bijvoorbeeld aanpassingen in de oefenopdrachten), als ook qua vormgeving en gebruiksvriendelijkheid.

Voor de erkenning wordt nu alleen de BPTG-G aangeboden, het streven is om in de toekomst (na de afronding van een aantal lopende studies naar de effectiviteit) ook voor andere varianten van BPTG erkenning aan te vragen.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Kinderen met ADHD en gedragsproblemen vertonen na afloop van de BPTG minder gedragsproblemen dan voor de BPTG. Voorbeelden van veelvoorkomende gedragsproblemen zijn: ongehoorzaamheid, zeuren, uitdagen, snel en vaak boos zijn, driftbuien. Dit wordt bepaald met behulp van de Gedragingslijst, die vooraf en na afloop bij ouders wordt afgenomen: er is een vermindering in aantal en ernst van de door hun ouders geselecteerde doelgedragingen. Het hoofddoel kan eveneens geëvalueerd worden door voor en na de training de CBCL Externaliseren af te nemen.

### Subdoelen

De interventie is gericht op de ouders. Zij beschikken na de interventie over:

- meer kennis over de stoornis ADHD (symptomen, etiologie, prevalentie, prognose en behandelingsmogelijkheden),
- meer kennis over eventuele comorbide stoornissen (symptomen, etiologie, prevalentie, prognose en behandelingsmogelijkheden), waaronder ODD, CD, angststoornissen en stemmingsstoornissen,
- vaardigheden die in de opvoeding van een kind met ADHD en gedragsproblemen van belang zijn, zoals observeren, structureren, anticiperen, instructies geven, regels stellen, bekrachtigen, negeren, straffen en time-out toepassen). Dit wordt bepaald door de ouders na de antecedente interventies (zitting 5) ouders zelf op een formulier in te vullen in welke mate zij de geleerde vaardigheden beheersen. Datzelfde doen de ouders na de consequente interventies (zitting 8). In de individuele eindevaluatie komen deze tussenevaluaties van de ouders weer terug en geven therapeuten aan ouders aan in welke mate zij vinden dat ouders de vaardigheden (on)voldoende beheersen.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

De interventie bestaat uit in totaal dertien groepsbijeenkomsten van twee uur die geleid worden door twee therapeuten. De eerste twaalf bijeenkomsten vinden eens per week of eens per twee weken plaats. Ongeveer drie maanden na afloop van de training vindt een terugkombijeenkomst plaats (zitting 13).

Maximaal kunnen de ouders van zes kinderen aan een groep deelnemen. Hierdoor is de minimale groepsgrootte zes ouders (wanneer er sprake is van zes eenoudergezinnen) en de maximale grootte twaalf ouders (bij zes tweeoudergezinnen). Voorafgaand aan de training vindt een individueel gesprek met de ouders plaats en na de training een individueel evaluatiegesprek.

### Inhoud van de interventie

#### Voorgesprek

In het gesprek voorafgaand aan de groepstraining maken de therapeuten kennis met de ouders en beoordelen zij nogmaals de indicaties en contra-indicaties. Zij stimuleren de ouders om samen de training te doen. Ze inventariseren de belangrijkste gedragsproblemen die de ouders graag zouden willen verbeteren. Dat resulteert in een lijstje van maximaal vijf en minimaal drie relevante doelgedragingen bij het kind die centraal zullen staan in de training. Voorbeelden van doelgedragingen zijn: snel en vaak boos zijn, ongehoorzaamheid, taken niet afmaken of spullen niet opruimen.

De therapeuten brengen de doelgedragingen met de ouders in kaart door te vragen naar enkele voorbeelden van situaties waarin de doelgedragingen zich voordeden. Per voorbeeld vragen de therapeuten naar de situatie die aan het gedrag vooraf ging (wie waren erbij, waar deed het zich voor, wat zeiden of deden de ouders voordat het gedrag optrad) en naar de reacties van de ouders op het

gedrag (wat deden of zeiden de ouders, hoe liep het af). Ook maken ze een inschatting van de belangrijkste leerpunten van de ouders op het gebied van kennis en opvoedingsvaardigheden.

#### Opbouw van de groepsbijeenkomsten

De bijeenkomsten van BPTG-G verlopen volgens een vast stramien. Het **eerste deel** van een zitting wordt besteed aan het nabespreken van het gemaakte huiswerk door de ouders. Dit gebeurt plenair of in subgroepjes, naar keuze van de therapeuten. Alle ouders krijgen de gelegenheid problemen in de uitvoering van het huiswerk te bespreken en samen met de groep wordt naar oplossingen hiervoor gezocht.

Het **tweede deel** van een zitting bestaat uit de introductie van een nieuw onderwerp. De verschillende onderwerpen zijn:

Zitting 1	Kenmerken van ADHD en gedragsproblemen De invloed van een kind met ADHD en gedragsproblemen op het gezin en de omgeving
Zitting 2	Uitleg van het SGG model Het maken van een plan om gedrag te veranderen Factoren die de uitvoer van een plan kunnen belemmeren
Zitting 3	Probleemgedrag voorkomen Opdrachten geven en voorbespreken van situaties Complimenten geven
Zitting 4	Regels stellen en afspraken hanteren Complimenten geven
Zitting 5	Structuur bieden Complimenten geven
Zitting 6	Reageren op gedrag Voorspelbaar reageren Positief reageren op gedrag: belonen
Zitting 7	Zelfbeeld Niet reageren op gedrag: negeren
Zitting 8	Negatief reageren op gedrag: straffen
Zitting 9	Gedragsveranderingsprogramma's: stap 1, 2 en 3
Zitting 10	Gedragsveranderingsprogramma's: stap 4, 5 en 6
Zitting 11	Gedragsveranderingsprogramma's: stap 7
Zitting 12	Onderwerpen ingebracht door de ouders Evaluatie

Het introduceren van een nieuw onderwerp gebeurt deels door plenaire instructie en besprekingen met de groep en deels door werkvormen en rollenspel. Een voorbeeld van zo'n werkvorm is het knipperlichtspel in de zitting over regels stellen. De ouders krijgen ieder een rood, oranje en groen kaartje. De kaartjes staan voor: dit mag altijd van mij (groen kaartje), dit mag soms wel en soms niet van mij (oranje kaartje) en dit mag nooit van mij (rood kaartje). De therapeuten lezen gedragingen voor, zoals "uw kind springt op de bank", of "uw kind pakt ongevraagd een appel". Aan de hand van de kaartjes die de ouders opsteken ontstaat een gesprek over de consistentie in de gedragingen van beide ouders en de consistentie van beide ouders afzonderlijk. Zij worden zich bewust van de duidelijkheid en helderheid van de regels die ze stellen en de mate waarin ze het daar onderling over eens zijn. Ook komen relevante thema's aan bod, zoals de afstemming van regels op de leeftijd en mogelijkheden van het kind (bijvoorbeeld: bij een kind van zes jaar met ADHD stel je niet de regel dat



het zijn kamer zelfstandig moet opruimen) en de rol van ouderlijke cognities (bijvoorbeeld: een ouder die van zichzelf denkt dat het hem/haar nooit zal lukken om een bepaalde regel te handhaven kan die regel pas stellen als hij/zij meer vertrouwen in zichzelf heeft). Dit wordt in rollenspellen en in huiswerkopdrachten geoefend. Voorafgaand aan de werkvorm is er plenaire uitleg over het belang van regels en de wijze waarop deze gesteld kunnen worden.

Het **derde deel** van een zitting bestaat uit het voorbespreken van het huiswerk voor de volgende keer. Hier wordt ruimschoots aandacht aan besteed, omdat het huiswerk een belangrijk onderdeel vormt van de training. Bij de voorbespreking komt aan bod wat de ouders precies gaan oefenen (dit kan per individueel ouderpaar verschillen en is mede afhankelijk van de gekozen doelgedragingen), waar, hoe lang, hoe de registraties gedaan worden, enzovoorts.

Er zijn vier fasen te onderscheiden binnen de training:

In de **eerste fase** van de training (bijeenkomsten 1 en 2) wordt voornamelijk aandacht besteed aan psycho-educatie over ADHD en comorbide stoornissen. De ouders krijgen in deze fase bijvoorbeeld de opdracht om letterlijk te verwoorden hoe ze aan hun buurvrouw of sportleraar zouden uitleggen wat er met hun kind aan de hand is. Daarnaast krijgen de ouders in deze eerste fase plenaire uitleg over gedragstherapeutische leerprincipes en leren zij het gedrag van hun kind te observeren in situatie-gedrag-gevolg (antecedents-behavior-consequences; SGG) sequenties. De therapeuten leggen dit eerst uit aan de hand van voorbeelden, daarna gaan de ouders thuis oefenen om het gedrag van hun kind te observeren en in een SGG schema te registreren. Tot slot wordt in deze fase een start gemaakt met bewustwording bij de ouders van andere relevante factoren die kunnen bijdragen aan de (instandhouding van) de gedragsproblemen, zoals eigen ouderlijke cognities, de huwelijksrelatie en gezinsrelaties. Na een plenaire uitleg van de therapeuten krijgen de ouders per ouderpaar (of alleenstaande ouder) kort de tijd om na te gaan welke factoren in hun situatie of gezin een rol zouden kunnen spelen. Dit wordt daarna in de groep met elkaar uitgewisseld, waarbij ouders aangemoedigd worden op elkaar te reageren.

In de **tweede fase** van de training (bijeenkomsten 3 t/m 5) leren de ouders een aantal opvoedingsvaardigheden aan die gericht zijn op het voorkómen van probleemgedrag en op het veranderen van stimuli (antecedenten) die vooraf gaan aan probleemgedrag (zogenaamde stimuluscontrole technieken). Deze technieken zijn afgestemd op de specifieke problemen van kinderen met ADHD. Het gaat hierbij concreet om het geven van instructies, het voorbespreken van lastige situaties, het structureren van situaties en het stellen van adequate regels. Daarnaast leren de ouders in deze fase hoe ze gewenst gedrag van hun kind kunnen bekrachtigen met aandacht en gerichte complimenten. Het leren van de vaardigheden in de groep gaat in verschillende stappen: eerst is er plenaire uitleg door de therapeuten, daarna volgt bespreking met de groep, zo mogelijk in combinatie met een werkvorm waarmee de stof verlevendigd wordt (zie bovengenoemd voorbeeld knipperlichtspel), daarna gaan de ouders thuis oefenen in een concrete situatie met concreet gedrag en in de zitting erna wordt de oefening besproken.

In de **derde fase** van de training (bijeenkomsten 6 t/m 11) leren de ouders zogenaamde contingentie management technieken, afgestemd op de specifieke problemen van kinderen met ADHD. Het gaat hierbij om manieren van reageren op gewenst en ongewenst gedrag: verschillende vormen van belonen, negeren, straffen en de toepassing van time-out. Ook leren de ouders in deze fase hoe ze het zelfbeeld van hun kind kunnen versterken. Na plenaire uitleg van de therapeuten over de ontwikkeling van het zelfbeeld doen de ouders het zogenaamde "warm-koud spel" waarmee ze zelf kunnen ervaren wat positieve en negatieve opmerkingen voor invloed hebben op het ze zich voelen en over zichzelf denken. De ervaringen worden in de hele groep uitgewisseld.

De **vierde fase** van de training (bijeenkomsten 12 en 13) is gericht op het vasthouden van de geleerde vaardigheden door de ouders. In deze fase staan extra oefening, het anticiperen op problemen in de toekomst, het vergroten van probleemoplossingvaardigheden bij de ouders en het identificeren van individuele leerdoelen centraal. De ouders formuleren bijvoorbeeld in zitting 12 eigen doelen voor de komende maanden (bijvoorbeeld: ik wil vooral veel complimenten aan mijn kind blijven geven) en evalueren deze in de terugkombijeenkomst (zitting 13).

#### Nagesprek

In het nagesprek met de individuele ouders (na zitting 12, voor zitting 13) wordt de training met de ouders geëvalueerd. Hierbij wordt enerzijds gekeken naar de individuele doelgedragingen van het kind die voor de training zijn vastgelegd en anderzijds naar de vorderingen en leerpunten van de ouders, die tussentijds al enkele keren in de groep zijn geëvalueerd. Het nagesprek is ook gericht op

de eventuele voortzetting van de behandeling. Gekeken wordt of de ouders voldoende hulp gehad hebben of dat er een indicatie is voor vervolgbehandeling. De evaluatie wordt ondersteund met de uitslagen op een aantal vragenlijsten (Gedragingenlijst, CBCL Externaliseren, CBCL Internaliseren, NOSI ). Deze worden afgenomen aan het begin en het eind van de training.

## 2. Uitvoering

### Materialen

- (1) Er is een draaiboek voor therapeuten en een huiswerkmap voor ouders, beide als pdf kosteloos te verkrijgen bij het de ontwikkelaars.
- (2) In de bijlages van het draaiboek voor therapeuten zijn alle materialen opgenomen die nodig zijn om een training te kunnen geven:
  - Folder voor ouders
  - Voorgesprek: Beleid voor aanwezigheid
  - Voorgesprek: Gedragingenlijst
  - Zitting 1 Gedragingenlijst per kind
  - Zitting 1 Overzicht evaluatieformulieren
  - Zitting 1 Overzicht deelnemende kinderen
  - Zitting 1 Kaartjes onderdeel 6
  - Zitting 3 Kaartjes onderdeel 4
  - Zitting 3 Lijst met complimenten
  - Zitting 6 Kaartje onderdeel 4
  - Zitting 6 Lijst met beloningen
  - Extra zitting Time out
  - Zitting 9 Tel- en meetopdracht
  - Zitting 9, 10 en 11 Oefenformulier GVP
  - Zitting 10 Onderdeel 6
  - Zitting 10 Onderwerpen voor zitting 12
  - Zitting 12 Evaluatieformulier
- (3) Tijdens de training wordt gewerkt met een de hoofdstukken zes tot en met elf uit het boekje "Sociaal Onhandig" (Van der Veen-Mulders et al., 2001).
- (4) Voor de psycho-educatie onderdelen worden de therapeuten verwezen naar de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (<http://www.kenniscentrum-kjp.nl/>) en de website en folders van oudervereniging "Balans" (<http://www.balansdigitaal.nl/>).

### Locatie en type organisatie

De interventie kan uitgevoerd worden binnen instellingen waar ambulante (geestelijke gezondheids)zorg voor kinderen met ADHD geboden wordt, therapeuten beschikbaar zijn met de vereiste kwalificaties en voldoende mogelijkheden voor supervisie en intervisie.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

De oudertraining wordt gegeven door twee therapeuten. Minimaal een van deze twee (maar bij voorkeur beiden) heeft kennis van de gedragstherapie en bij voorkeur ervaring in het gedragstherapeutisch werken met ouders. De vooropleiding van de therapeuten ligt minimaal op HBO niveau. Bij voorkeur heeft minimaal een van de therapeuten een academische vooropleiding. Gedragstherapeutische kennis en expertise kan worden opgedaan door een opleiding en/of cursus te volgen die geaccrediteerd is door de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT). Therapeuten die minimaal een 100-urige basiscursus gevolgd hebben en VGCT geregistreerde cognitief gedragstherapeutisch werkenden zijn in principe theoretisch goed toegerust om de interventie uit te kunnen voeren.

De therapeuten volgen bij voorkeur samen een tweedaagse training in de methode, zodat ze tijdens de training als duo kunnen oefenen. In deze therapeuten-training wordt geoefend met didactische vaardigheden bij het uitleggen van theorie aan ouders, het gebruik van werkvormen om die uitleg te ondersteunen, het voorbereiden van huiswerkopdrachten voor ouders, het bespreken van huiswerk oefeningen die gedaan zijn met ouders, het maken van een gedragsveranderingsprogramma met ouders, het beïnvloeden van groepsprocessen, het omgaan met moeilijkheden in een groep, en

het gebruiken van de groep om ouders te laten leren van elkaar. In rollenspellen, waarin steeds twee therapeuten werken met een groep ouders, worden verschillende onderdelen van het protocol geoefend en aansluitend zijn er vijf supervisiebijeenkomsten tijdens de eerste keer dat de behandeling wordt gegeven. Er is daarna geen sprake van hercertificering. De training is niet verplicht, maar voor beginnende therapeuten wel aan te raden. Bovendien werd de effectiviteit van BPTG-G onderzocht met therapeuten die een training gevolgd hadden en is niet te zeggen of de behandeling even effectief is als deze door niet getrainde therapeuten wordt uitgevoerd.

## Kwaliteitsbewaking

De bewaking van de kwaliteit en integriteit van de interventie wordt gedaan door de uitvoerende therapeuten. In de training voor therapeuten en de supervisiebijeenkomsten wordt hieraan ruimschoots aandacht besteed, onder andere door het bekijken van videomateriaal. Therapeuten leren de kwaliteit en integriteit te bewaken door onder andere de beschreven meetinstrumenten te gebruiken en na elke zitting de evaluatieformulieren in te vullen. Op de evaluatieformulieren wordt onder meer bijgehouden welke onderdelen van de zitting gemist werden en deze worden in de daaropvolgende zitting ingehaald.

## Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van de interventie is het belangrijk dat er therapeuten zijn die aan de vereiste kwalificaties voldoen. Met name het beschikken over gedragstherapeutische kennis en ervaring lijkt een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de behandeling.

Voor het bewaken van de behandelintegriteit is een systeem van intervisie en supervisie van belang, waarin ook expliciet stilgestaan wordt bij die integriteit. Voorkomen moet worden dat men gedeeltes van de behandeling gaat doen of eigen versies gaat maken van het protocol.

Verder moet binnen de instelling waar de behandeling gegeven wordt een adequate ruimte beschikbaar zijn. Hierin moet een groep ouders en therapeuten in een kring aan tafels kunnen zitten, audiovisuele apparatuur te gebruiken zijn, evenals een whiteboard. Het geven van de training in de avonden verhoogt de kans op goede participatie van (beide) ouders, ook de bereikbaarheid (afstand en parkeergelegenheid voor ouders) speelt hierin een belangrijke rol.

Tot slot moet er binnen de instelling waar de training gegeven zijn draagvlak zijn voor de (geprotocolleerde) behandeling. Om ouders te kunnen motiveren is het belangrijk dat de behandelaar die de ouders spreekt (en eventueel verwijst naar de behandeling) op de hoogte is van de behandelrichtlijnen voor ADHD en bereid is ouders te motiveren de behandeling te volgen.

## Implementatie

De ontwikkelaars vinden het belangrijk dat de interventie gratis en vrij beschikbaar is. Zij hebben daarmee geen financieel belang bij het gebruik. Wanneer instellingen/zorgverleners met de interventie gaan werken kunnen zij kosteloos een protocol en bijbehorende materialen opvragen bij het Accare Child Study Center / Accare Opleidingen (zie [www.accare.nl/childstudycenter](http://www.accare.nl/childstudycenter) - [accare-opleidingen@accare.nl](mailto:accare-opleidingen@accare.nl)). Zij ontvangen daarbij een begeleidend schrijven waarin onder andere staat dat de effectiviteit van de interventie is aangetoond in een studie met een groep getrainde therapeuten, geselecteerd op vooropleiding, die intervisie/supervisie kregen tijdens de uitvoering van de behandelingen. Bovendien was er tijdens de studie controle op de behandelintegriteit. De effectiviteit is dus onzeker zodra behandelaren zonder training en supervisie met het protocol aan de slag gaan of wanneer bijvoorbeeld slechts delen van het protocol gebruikt worden. De interventie kan dan ook alleen BPTG genoemd worden als deze in zijn geheel gegeven wordt door voldoende getrainde behandelaren met mogelijkheden voor intervisie en/of supervisie.

Accare Opleidingen verzorgt trainingen voor behandelaren die willen gaan werken met BPTG. De training wordt gegeven door 1 (bij < 14 deelnemers) of 2 trainers. De training beslaat 2 dagen van 7 uur en bestaat grotendeels uit rollenspellen waarin onderdelen uit de training geoefend worden met (een groep) ouders. Toekomstige BPTG-behandelaren participeren daardoor in de training afwisselend in de rol van therapeut, ouder of observant. Voorafgaand aan de rollenspellen bespreken de trainers welke competenties ze graag willen zien van de therapeuten. Na de training vindt er een

evaluatie plaats op getoonde competenties. In geval deze door de trainers als voldoende beoordeeld worden, ontvangt de deelnemer een certificaat.

Daarnaast is er een train-de-trainer constructie om toekomstige trainers in een instelling competent te maken in het geven van BPTG-trainingen aan therapeuten. De toekomstige trainer loopt een training mee met twee gekwalificeerde trainers en verzorgt van tevoren afgesproken onderdelen van de training zelfstandig. Na de trainingdagen evalueren de trainers met de toekomstige trainer de geoefende competenties en formuleren eventuele aandachtspunten. Na de training vindt een eindevaluatie plaats. Indien deze voldoende is participeert de toekomstige trainer als co-trainer in een volgende training. Indien de toekomstige trainer ook in deze rol door de gekwalificeerde trainer bekwaam gevonden wordt is hij of zij gekwalificeerd als BPTG-trainer.

De instapeis voor behandelaren die BPTG willen gaan geven is dat ze minimaal een basiscursus cognitieve gedragstherapie gevolgd hebben. Daarnaast is het wenselijk dat beginnende therapeuten minimaal 5 (groep)sessies supervisie krijgen van een cognitief gedragstherapeut waarin ze minimaal 2 behandelingen inbrengen. Zowel behandelaren, als cognitief gedragstherapeuten die getraind zijn als toekomstige trainers, worden beoordeeld op hun competentie na de training.

De training kan gevolgd worden door:

- Cognitief gedragstherapeutisch medewerkers (in opleiding)
- Orthopedagogen/psychologen

De training kan gegeven worden door:

- cognitief gedragstherapeuten met ervaring in het geven gedragstherapeutische oudertraining, bij voorkeur na een train-de-trainer training.

De ontwikkelaars zijn via email of telefonisch bereikbaar om eventuele vragen over de implementatie te beantwoorden: [b.van.den.hoofdakker@accare.nl](mailto:b.van.den.hoofdakker@accare.nl); [l.van.der.veen@accare.nl](mailto:l.van.der.veen@accare.nl)

## Kosten

Het draaiboek voor therapeuten, de materialen in de bijlages en de huiswerkmap voor ouders zijn kosteloos te verkrijgen in pdf formaat. De training van therapeuten kost € 375,- (de prijs kan uiteraard wijzigen) exclusief eventuele supervisie en reiskosten. De tijdsinvestering van de therapeuten (uitgaande van een groep met ouders van zes kinderen) schatten we in totaal op ongeveer 57,5 uur per therapeut. Deze uren bestaan uit de volgende onderdelen:

- De 13 groepsbijeenkomsten kosten per therapeut 26 uur directe tijd en 13 uur indirecte tijd (voorbereiding, nabespreking en verslaglegging).
- Voor- en nagesprekken nemen per therapeut 9 directe uren en 3 indirecte uren in beslag.
- De tijd die men kwijt is aan coördinatie zal per instelling verschillen, naar schatting zal dit gemiddeld ongeveer een half uur per week per therapeut zijn, in totaal ongeveer 6.5 uur.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

De aandachtsdeficiëntiestoornis met hyperactiviteit (attention-deficit/hyperactivity disorder; ADHD) komt veel voor bij kinderen en is de meest voorkomende reden voor verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. Een Nederlandse cohort studie over het voorkomen van ADHD bij kinderen in de leeftijd van 5-8 jaar laat een prevalentie zien van 4.6% (Rijlaarsdam et al., 2015). Een recente meta-analyse van studies naar de prevalentie van ADHD bij kinderen en jongeren tot en met 18 jaar in de afgelopen 35 jaar geeft aan dat er bij 5.2% van alle kinderen wereldwijd sprake is van ADHD (Thomas et al., 2015). ADHD is geassocieerd met verschillende bijkomende problemen, waaronder problemen in de schoolprestaties, verstoorde relaties in het gezin en problemen in het sociale functioneren. Op de langere termijn hebben kinderen met ADHD een verhoogd risico op onder meer het ontwikkelen van delinquent gedrag, problemen in de schoolloopbaan, een negatief zelfbeeld en middelenmisbruik (Biederman et al., 1993; Wilens et al., 2002). ADHD gaat bij kinderen die verwezen worden naar de geestelijke gezondheidszorg vrijwel altijd gepaard met comorbide stoornissen en problemen, waarbij gedragsproblemen, de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (oppositional defiant disorder; ODD) en de normoverschrijdend-gedragsstoornis (conduct disorder; CD) het meest voorkomen. Ook angst – en stemmingsstoornissen worden veelvuldig gezien bij kinderen met ADHD (zie voor een overzicht van comorbide stoornissen Pliszka (2014)). Gezien de grote individuele en maatschappelijke impact van de stoornis en de lange termijn risico's voor kinderen met ADHD, zijn interventies gericht op het verminderen van de klachten op jonge leeftijd van groot belang. Met name het verminderen van gedragsproblemen bij (jonge) kinderen met ADHD is essentieel en kan er in potentie toe bijdragen dat er geen verheviging van de gedragsproblemen optreedt en dat het risico op het ontwikkelen van ODD afneemt. Hoewel uitgebreid en grootschalig onderzoek naar de lange termijn effecten van deze interventies nog nauwelijks voorhanden is wordt er vooralsnog vanuit gegaan dat vroeg behandelen de problemen en risico's op langere termijn kan verminderen.

#### Oorzaken

Ondanks het onderzoek naar de etiologie van ADHD dat in de afgelopen decennia is gedaan, is onbekend wat de oorzaak is. De vele studies hebben tot het inzicht geleid dat ADHD een complexe stoornis is, die zich ontwikkelt als resultaat van verschillende interacties tussen genetische- en omgevingsfactoren (Thapar, Cooper, Eyre & Langley, 2013). Elke risicofactor heeft daarbij op zichzelf een klein additioneel en interactief effect op de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van de stoornis (Biederman & Faraone, 2005). Tweeling- en adoptiestudies, alsmede moleculaire geneticastudies, hebben laten zien dat ADHD voor een belangrijk deel erfelijk is (zie voor een review Faraone et al., 2005). Er zijn echter geen specifieke genen gevonden die een risico voor het ontwikkelen van ADHD vormen, verondersteld wordt dat het gaat om een samenspel van veel verschillende genetische varianten met ieder een heel klein effect op het totale risico (Thapar et al., 2013). Andere studies hebben wel gesuggereerd, maar nog niet overtuigend aangetoond, dat ook omgevingsfactoren het risico op het ontwikkelen van ADHD zouden kunnen vergroten. Voorbeelden daarvan zijn complicaties bij de bevalling, roken van de moeder gedurende de zwangerschap, een laag geboortegewicht, voeding en zeer ernstige verwaarlozing (zie voor reviews o.a. Thapar, Harold, Rice, Langley, & O'donovan, 2007; Banerjee, Middleton, & Faraone, 2007; Tarver, Daley, Lockwood & Sayal, 2014).

Ook de precieze oorzaken van de veel voorkomende gedragsproblemen en gedragsstoornissen bij kinderen met ADHD zijn onbekend. Er zijn twee gangbare modellen om de hoge comorbiditeit tussen ADHD en de oppositioneel opstandige gedragsstoornis te verklaren:

1. Het model van gecorreleerde risicofactoren ("correlated risk factors model"). Dit model veronderstelt dat comorbiditeit het gevolg is van gecorreleerde of gedeelde risicofactoren, zoals genetische en omgevingsfactoren (Rhee, Hinshaw & Pang, 2008).
2. Het voorlopers model ("developmental precursors model"). Dit model veronderstelt dat symptomen van ADHD bij een kind leiden tot stress in het gezin en ontregeling van het gezinsleven. Dit leidt vervolgens tot de ontwikkeling van oppositioneel opstandig gedrag bij het desbetreffende kind (Barkley, 2014; Beauchaine et al, 2010; Johnston & Jassy, 2007). Ouders van kinderen met ADHD en gedragsproblemen laten meer negatief ouderlijk gedrag zien (Johnston & Mash, 2001; Deault, 2010), dergelijk ouderlijk gedrag is geassocieerd met oppositioneel opstandig gedrag bij het kind en speelt hierin mogelijk een mediërende rol (Kaiser, McBurnett & Pfiffner, 2011; Deault, 2010).

## Aan te pakken factoren

BPTG-G beoogt vooral de thuisomgeving te optimaliseren en de kennis en opvoedingsvaardigheden van de ouders te verbeteren (i.c. vermindering van negatief ouderlijk gedrag en toename van positief ouderlijk gedrag) en daarmee verergering van gedragsproblemen en/of de ontwikkeling van een oppositioneel opstandige gedragsstoornis te voorkomen.

## Verantwoording

Vanuit neuropsychologisch perspectief zijn er aanknopingspunten voor de theoretische werkzaamheid van een oudertraining. In neuropsychologische studies worden moeilijkheden in de executieve functies, te weten de zelfregulatie, het werkgeheugen en het inhiberen van gedrag, als centraal probleem gezien bij kinderen met ADHD (Barkley, 1997). Deze neuropsychologische problemen brengen met zich mee dat kinderen met ADHD moeite hebben om de consequenties van hun gedrag te overzien en om te anticiperen op mogelijke gevolgen van hun gedrag in de toekomst. Ouders kunnen een belangrijke rol vervullen om hun kind hierbij te helpen en dat is dan ook een belangrijke reden waarom oudertrainingsprogramma's een belangrijke plaats hebben in de behandeling van kinderen met ADHD. Met behulp van een aantal gedragstherapeutische technieken die ouders in een oudertraining leren kunnen zij hun kinderen helpen om minder last te hebben van deze executieve functieproblemen. Met name de antecedente vaardigheden, zoals het bieden van overzichtelijke prikkels in een kleine hoeveelheid, het geven van korte en duidelijke instructies, het begeleiden van het kind bij transities en het anticiperen op lastige situaties zijn belangrijke middelen om kinderen te helpen hun gedrag beter te reguleren en te controleren, situaties beter te overzien en hun gedrag makkelijker af te stemmen op de context (Chacko et al, 2014).

Meer onderbouwing van de theoretische werkzaamheid van oudertraining biedt het onderzoek en de theorievorming over de afwijkende gevoeligheid voor beloning en straf van kinderen met ADHD (zie voor een overzicht Luman, Oosterlaan & Sergeant, 2005). Kinderen met ADHD blijken meer te profiteren van onmiddellijk gegeven dan van uitgestelde beloningen (Sonuga-Barke, Taylor, Sembi & Smith, 1992; Rapport et al, 1986; Tripp & Alsop, 2001) en hebben meer frequente en meer intensieve beloning nodig om hun uitvoering van taken en motivatie te vergroten (Haenlein & Caul, 1987). Uit experimenteel onderzoek blijkt inderdaad dat de motivatie en prestaties van kinderen met ADHD kunnen verbeteren wanneer beloningen en straf op een meer systematische manier gegeven worden en qua timing, frequentie en intensiteit optimaal zijn (zie voor een overzicht Luman et al., 2005). Ook op dit gebied kunnen ouders een belangrijke rol spelen; oudertraining leent zich er bij uitstek voor ouders te leren hoe zij in het leven van alledag hun kinderen hierbij kunnen begeleiden en het bewustzijn van de relatie tussen gedrag en gevolgen bij hun kinderen kunnen verbeteren (Anastopoulos & Farley, 2003; Tarver et al., 2015). Met name de op de specifieke problemen van kinderen met ADHD afgestemde consequente vaardigheden die ouders in een oudertraining leren, zoals verschillende bekrachtigingstechnieken, negeren en straf, kunnen kinderen helpen om hun motivatie te vergroten, sneller gewenst gedrag aan te leren en makkelijker ongewenst gedrag af te leren.

Er is nauwelijks (inter)nationaal onderzoek gedaan naar de werkzame factoren en mechanismen van oudertraining voor kinderen met ADHD. Ook is niet uit onderzoek af te leiden welke elementen niet mogen ontbreken in een oudertrainingsprogramma. In de studies die naar de effectiviteit van oudertraining zijn gedaan werden steeds erg vergelijkbare programma's in hun geheel onderzocht. In lengte varieerden de programma's van acht tot zestien bijeenkomsten. Over het algemeen werden in de onderzochte programma's zeven tot tien basisvaardigheden aan ouders geleerd. Deze basisvaardigheden waren: psycho-educatie over ADHD, gedragstherapeutische leerprincipes en contingentie management principes; toepassing van gedragsveranderingsprogramma's; bekrachtiging van gewenst gedrag; negeren van ongewenst gedrag; het geven van instructies en correcties; regels stellen; toepassing van time-out procedures; probleemoplossingvaardigheden; maintenance training (vasthouden van de geleerde vaardigheden na de training) (Chronis et al., 2004).

Er is een studie gedaan (Sonuga-Barke et al., 2001) waarin oudertraining werd vergeleken met een wachtlijstconditie enerzijds en een placebo controlegroep anderzijds. In de placebo controlegroep kregen de ouders evenveel aandacht als de ouders die oudertraining kregen, maar de inhoud van de placebo behandeling bestond uit steun en counseling voor de ouders. Uit dit onderzoek bleek dat

oudertraining het beter deed dan zowel de wachtlijst als de placebo behandeling in de reductie van ADHD symptomen en het verbeteren van het competentiegevoel van de moeders. De placebo behandeling bleek weinig effect te hebben op het gedrag van de kinderen. Uit dit onderzoek blijkt dus dat de vaardigheden die in een oudertraining aan ouders worden geleerd een onmisbaar element van een oudertraining zijn. Of de ene vaardigheid effectiever is dan de andere, of er vaardigheden weggelaten kunnen worden en of de volgorde van de vaardigheden er toe doet is onbekend.

Concluderend: kinderen met ADHD hebben moeite met het overzien van en het anticiperen op mogelijke gevolgen van hun gedrag. Daarnaast is hun gevoeligheid voor beloning en straf waarschijnlijk afwijkend. Oudertraining richt zich in essentie op het (via de ouders) systematisch aanleren van de relatie tussen antecedenten en gedrag en de relatie tussen gedrag en consequenties. Daarbij wordt gebruik gemaakt van technieken die optimaal aansluiten bij de behoeftes van kinderen met ADHD. Met name de combinatie van antecedente technieken (gericht op het ondervangen van executieve functieproblemen) en consequente technieken (gericht op de afwijkende gevoeligheid voor beloning en straf) lijken daarbij essentieel. Als ouders bijvoorbeeld begrijpen dat hun kind 's ochtends treuzelt met aankleden, niet omdat hij opstandig is, maar omdat hij terwijl hij bezig is afgeleid wordt door speelgoed dat rondslingert, of een vraag van zijn zus, of door de kleuren van de sok die hij aan het aantrekken is, of omdat hij niet meer weet wat het volgende kledingstuk is dat hij aan moet doen, kunnen zij daar hun aanpak op aanpassen. Ze leren bijvoorbeeld zoveel mogelijk afleidende prikkels weg te halen, de kleren klaar te leggen in een vaste volgorde op een vaste plek, het aantrekken van elk aangetrokken kledingstuk te prijzen en een instructie te geven voor het volgende kledingstuk, tegenspraak te negeren en het kind te belonen zodra het aangekleed is. Ouders leren zo wat hun kind aan extra's nodig heeft om bepaald gewenst gedrag te kunnen laten zien. Uit onderzoek is niet bekend welke technieken en onderdelen van een oudertraining precies werkzaam zijn, wel blijkt dat het pakket van gedragstherapeutische technieken die in een oudertraining aan ouders geleerd worden werkzaam is. BPTG-G bevat beoogt eveneens een combinatie van alle verschillende technieken aan ouders te leren.



## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- a) Procesevaluatie BPTG-G voor kinderen met ADHD. Van der Veen-Mulders L. en Van den Hoofdakker B.J. (2017). Accare Universitair Centrum Groningen: interne publicatie.
- b) Tevredenheidsonderzoek onder 83 ontvangers (ouders van kinderen met ADHD en gedragsproblemen) van de interventie door middel van eenmalige afname van een vragenlijst (Nederlandse versie van de ouderversie van de Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB), Mattejat en Remschmidt, 1998) na het volgen van BPTG-G.
- c) De totale score van ouders (N=83) is gemiddeld 3.2 (SD = .49, range 1 – 4), dat wil zeggen dat men het resultaat van de behandeling en de samenwerking met de therapeuten overwegend/meestal als positief beschouwt. Gemiddeld genomen scoren ouders de resultaten van de therapie met 2.7 (SD = .77, range 1 – 4), dat wil zeggen dat ouders gedeeltelijk tot overwegend resultaten zien van de behandeling. De kwaliteit van de samenwerking met de therapeut scoren ouders gemiddeld op 3.5 (SD = .43, range 2-4), dat wil zeggen de ouders ervaren de samenwerking meestal tot altijd als positief en constructief. Er zijn geen significante verschillen tussen vaders en moeders op de totale schaal en op de subschaal Resultaat, maar wel op de subschaal Acceptatie ( $t(81) = 2.68, p = .009$ ), met een hogere score voor moeders. Moeders zijn dus nog meer tevreden over de samenwerking met de therapeuten dan vaders, gegeven dat beiden tevreden zijn.

#### a. Onderzoek naar de behaalde effecten

### Overzicht Nederlandse studies gedragstherapeutische oudertraining (BPTG)

#### Studie 1 – Publicatie 1.1

- a) Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. Van den Hoofdakker, B.J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Nauta, M.H. (2007), *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1263-1271.
- b) Een RCT onder 94 kinderen. Het doel van de studie was de effectiviteit te onderzoeken van een gedragstherapeutische groepsoudertraining (BPTG) als aanvulling op de reguliere zorg. 94 kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar met ADHD, die naar een polikliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie waren verwezen, kregen eerst reguliere zorg, bijvoorbeeld psycho-educatie, ondersteunende gesprekken, of medicamenteuze behandeling. Als er thuis gedragsproblemen bleven bestaan en ouders wilden daarmee aan de slag dan konden ze meedoen aan de studie. Gezinnen werden via loting verdeeld naar een gedragstherapeutische groepsbehandeling van 12 sessies, verspreid over 5 maanden, plus reguliere zorg ( $n=47$ ) of naar reguliere zorg alleen ( $n=47$ ). Zowel kinderen met als zonder lopende medicamenteuze behandeling konden meedoen. Ouders rapporteerden over de gedragsproblemen, ADHD symptomen, internaliserende problemen van hun kind en over hun eigen ouderlijke stress, voorafgaand aan de training en daarna. Follow-up gegevens van de groep die groepsoudertraining en reguliere zorg kreeg werden verzameld 25 weken na het einde van de behandeling. Herhaalde metingen werden geanalyseerd met RM ANOVA en zowel de gezinnen die stopten met de behandeling als de gezinnen die de behandeling voltooiden werden meegenomen in de analyses.
- c) Beide groepen lieten verbetering zien op alle uitkomstmaten. Groepsgedragstherapeutische oudertraining met reguliere zorg gaf betere resultaten in het verminderen van gedragsproblemen ( $p = .017$ , effect sizes 0.93 en 0.56) en internaliserende problemen ( $p = .042$ , effect size 0.33). Er werden geen verschillen gevonden tussen beide behandelcondities in de afname van ADHD symptomen ( $p = .161$ ) en ouderlijke stress ( $p = .643$ ), die namen in beide condities evenveel af (effect sizes ADHD 0.51 experimentele groep, 0.23 controlegroep; ouderlijke stress 0.25/0.39 experimentele groep, 0.16/0.32 controlegroep). De resultaten op alle uitkomsten waren gelijk voor kinderen met en zonder medicamenteuze behandeling. Kinderen in de reguliere zorg kregen vaker een uit meer medicamenten bestaande behandeling.

Concluderend kunnen we zeggen dat gedragstherapeutische groepsbehandeling de effectiviteit van reguliere zorg aan kinderen met ADHD vergroot, vooral in het verminderen van gedrags- en internaliserende problemen, maar niet in het verminderen van ADHD symptomen of ouderlijke stress. Daarnaast kan gedragstherapeutische groepsoudertraining het voorschrijven van meerdere medicamenten aan kinderen verminderen.

### Studie 1 – Publicatie 1.2

- a) Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: moderators of treatment response. Van den Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Hoekstra, P.J. (2010), *Journal of Pediatric Psychology*. 35(3), 317-26.
- b) Het doel van deze studie (die in aanvulling op de RCT uit 2007 werd gedaan) was om predictoren en moderatoren van gedragstherapeutische groepsoudertraining (BPTG) als aanvulling op reguliere zorg versus reguliere zorg alleen te vinden. 94 kinderen met ADHD werden gerandomiseerd naar reguliere zorg alleen of naar reguliere zorg plus gedragstherapeutische groepsoudertraining. Uitkomstmaten waren ouderreportages van gedragsproblemen en ADHD symptomen van het kind. Predictor/moderatorvariabelen waren kindfactoren zoals IQ, leeftijd, comorbide problemen en daarnaast ouderfactoren zoals ADHD, depressie en vertrouwen van de ouder in ouderlijk functioneren.
- c) De beste resultaten van BPTG werden behaald bij kinderen zonder, of slechts een, comorbide stoornis zoals angst/depressie of (oppositieel opstandige) gedragsstoornis, en wanneer moeders meer vertrouwen in ouderlijk functioneren aangaven voorafgaand aan de oudertraining. ADHD symptomen leken meer te verminderen na groepsoudertraining plus reguliere zorg bij oudere kinderen dan bij jongere kinderen. Samengevat lijkt aanvullende groepsoudertraining het meest zinvol als moeders al meer zelfvertrouwen hebben in hun functioneren als opvoeder en als het kind naast ADHD geen comorbide stoornissen heeft of maximaal een comorbide stoornis.

### Studie 1 – Publicatie 1.3

- a) Dopamine transporter gene moderates response to behavioral parent training in children with ADHD: a pilot study. Van den Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Dijck-Brouwer, D.A., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Hoekstra, P.J. (2012), *Developmental Psychology*, 48(2), 567-74.
- b) Er is een grote variabiliteit in de mate waarin kinderen met ADHD verbeteren door gedragsmatige behandelingen. Deze studie (die in aanvulling op de RCT uit 2007 werd gedaan) onderzocht de invloed van een specifiek dopamine transporter gen (SCL6A3/DAT1) op die uitkomsten. Geanalyseerd werden data van 50 kinderen waarvan DAT1 genotypen beschikbaar waren en die deelnamen aan een gerandomiseerde effectiviteitsstudie (N=94) die gedragstherapeutische groepsoudertraining (BPTG) plus reguliere zorg vergeleek met reguliere zorg alleen, bij kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar met ADHD. Behandeluitkomsten waren ADHD symptomen en gedragsproblemen, gerapporteerd door de ouders. De moderatorvariabele was het wel of niet aanwezig zijn van 2 versus geen of 1 DAT1 10-repeat allel. Tijd x behandeling x genotype werd geanalyseerd met RM ANOVA, waarbij gecontroleerd werd voor de medicamenteuze behandeling bij de start van de gedragstherapeutische groepsbehandeling.
- c) De resultaten laten zien dat DAT1 de verbetering van ADHD en gedragsproblemen modereerde ( $p = .009$ ). Bij kinderen zonder of met slechts 1 Dat1 10-repeat allel waren betere resultaten te zien bij groepsoudertraining plus reguliere zorg in vergelijking met reguliere zorg alleen ( $p = .005$ ), maar dat was niet het geval bij kinderen met 2 DAT1 10-repeat allelen ( $p = .57$ ). Onze resultaten suggereren dat genetische verschillen in DAT1 in kinderen met ADHD hun ontvankelijkheid voor een gedragsmatige behandeling, die bestaat uit het aanpassen van de leefomgeving door ouders, beïnvloeden. De rol van het dopamine systeem in enerzijds motivatie en leren en anderzijds in afwijkende gevoeligheid voor bekrachtiging bij kinderen met ADHD, zouden dit modererende effect kunnen verklaren, aangezien het toepassen van motivatiebevorderende technieken een centraal onderdeel is van oudertraining.

## Studie 1 – Publicatie 1.4

- a) Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Van den Hoofdakker, B.J., Hoekstra, P.J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Nauta, M.H. (2014), *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(11), 1071-9.
- b) Deze studie (die in aanvulling op de RCT uit 2007 werd gedaan) had als doel de invloed van vader variabelen op uitkomsten van BPTG bij kinderen met ADHD te onderzoeken. Er werden 83 kinderen door middel van loting verdeeld over twee groepen: een groep die alleen reguliere zorg kreeg en een groep die reguliere zorg plus een gedragstherapeutische groepsbehandeling kreeg. De uitkomsten van de behandeling waren gebaseerd op door ouders gerapporteerde ADHD symptomen en gedragsproblemen. Moderator variabelen waren ADHD symptomen bij vader, depressieve symptomen en het vertrouwen van vaders in hun functioneren als opvoeder. De statistische analyses zijn uitgevoerd met RM ANOVA voor alle variabelen, en vervolgens werd de richting van een interactie-effect onderzocht door de RM ANOVA te herhalen in een hoog en laag scorende subgroepen.
- c) ADHD symptomen bij vaders en vrouwen van vaders in hun eigen kunnen als opvoeder speelden een modererende rol in de vermindering van gedragsproblemen maar niet in de vermindering van ADHD symptomen. Depressieve symptomen bij vaders hadden geen invloed op ADHD symptomen van het kind, noch op gedragsproblemen. Gedragstherapeutische groepsbehandeling lijkt het meest effectief in het verminderen van gedragsproblemen van kinderen wiens vaders meer ADHD symptomen hebben en meer vertrouwen in hun eigen functioneren als opvoeder.

## Studie 2 – Publicatie 2.1

- a) Van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., Nauta, M. H., & Van den Hoofdakker, B. J. (2018). Preschool children's response to behavioural parent training and parental predictors of outcome in routine clinical care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 1-9.
- b) In een groep van 68, naar de kinder- en jeugdpsychiatrie verwezen, kinderen (2.7 tot 5.9 jaar) met ADHD symptomen en gedragsproblemen werd de effectiviteit van BPTG onderzocht, evenals voorspellers van behandeluitkomsten. De behandeling bestond uit 12 individuele- of groepsessies met een op de leeftijdsgroep aangepaste versie van BPTG (BPTG-P). De effectiviteit werd bepaald door middel van een dubbele pretest in de periode tussen aanmelding en start behandeling (wachterperiode) en een nameting direct na de behandeling. De veranderingen in de wachterperiode werden vergeleken met de veranderingen tussen start behandeling en direct na behandeling. De primaire uitkomstmaat was de ernst van de gedragsproblemen, gemeten met de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI).
- c) In de wachterperiode was er geen statistisch significante afname van de ouders gerapporteerde gedragsproblemen. Na de afronding van de BPTG was er wel een significante afname van de gedragsproblemen (intensiteit van de gedragsproblemen: moeders  $d=0.63$ , vaders  $d=0.51$ ; mate waarin ouders de gedragsproblemen als probleem ervaren: moeders  $d=0.87$ , vaders  $d=0.66$ ). Ook de leerkrachten rapporteerden een lichte maar significante afname van de gedragsproblemen ( $d=0.18$ ). Een relatief lage alcoholconsumptie bij vaders en relatief ineffectieve disciplineringsvaardigheden bij moeders (zoals zij dit zelf beoordelen) voorafgaand aan de behandeling bleken een enigszins betere behandeluitkomst te voorspellen.

## Overzicht buitenlandse studies gedragstherapeutische oudertraining

Er zijn diverse gedragstherapeutische oudertrainingsprogramma's onderzocht en effectief gebleken voor kinderen met ADHD en gedragsproblemen. Deze programma's zijn evenals BPTG gebaseerd op de sociale leertheorie en hebben grotendeels dezelfde inhoud als BPTG (zie hiervoor ook het practitioners review van Daley et al., 2017). In tabel 1 staat een overzicht van de studies die voor BPTG relevant zijn, met een beknopte, globale beschrijving van de inhoud van de onderzochte interventies. In alle in de tabel opgenomen oudertrainingsprogramma's worden zowel stimulus controle technieken aan ouders geleerd, oftewel manieren om gewenst gedrag uit te lokken (instructies geven, structuur

bieden, regels stellen), als contingentie management technieken: methodes om gedrag te versterken, uit te doven of af te leren (bekrachtiging, negeren, straffen). Therapeuten maken gebruik van (o.a.) modeling, rollenspel, didactische onderdelen, oefening in de sessie en thuis.

Op een aantal punten verschillen de in de tabel opgenomen interventies van elkaar en (soms) van BPTG. Zo varieert het aantal sessies van de verschillende programma's. In veel gevallen worden er minder sessies gegeven dan in BPTG, terwijl de effectiviteit van de kortere programma's wel werd aangetoond. Het lijkt aannemelijk dat een wat langer programma, zoals BPTG, niet minder effectief is vanwege de lengte. Ook verschilt de onderzochte leeftijdsgroep in de tabel soms van de BPTG studie (studie 1), de meeste studies werden gedaan met jonge kinderen. In een meta-analyse van oudertrainingsprogramma's voor kinderen met ADHD (Lee et al., 2012) werd echter geen effect van leeftijd op de effectiviteit gevonden. In een van de BPTG studies van onze eigen onderzoeksgroep (Van den Hoofdakker et al., 2010, publicatie 1.2) vonden we een klein leeftijdseffect: oudere kinderen hadden iets meer profijt van de interventie dan jongere kinderen. Een laatste punt waarop de trainingen variëren is het format: sommige onderzochte interventies werden individueel gegeven, andere in een groep. Echter, in dezelfde meta-analyse (Lee et al., 2012) werd eveneens geen significant effect van format op effectiviteit gevonden. Ook in een recent practitioners review (Daley et al. 2017) wordt geconcludeerd dat er onvoldoende evidentie is om het ene format boven het andere aan te bevelen.

Hieronder volgt een overzicht van de relevante buitenlandse publicaties. Daar waar effect sizes gerapporteerd werden staan deze vermeld.

### Studie 3 – Publicatie 3.1

- a) 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*, 56(6), 618-631.
- b) In een gerandomiseerde gecontroleerde studie werd de effectiviteit van twee oudertrainingsprogramma's (New Forest Parenting Program (NFPP) en Helping the Noncompliant Child (HNC)) onderzocht en onderling vergeleken in een groep van 164 verwezen jonge kinderen (3-4 jaar) met ADHD en gedragsproblemen. Kinderen werden toegewezen aan een van drie studiemethoden: NFPP ( $n=67$ ), HNC ( $n=63$ ) of wachtlijstcontrole ( $n=34$ ). NFPP is een speciaal voor kinderen met ADHD ontworpen oudertrainingsprogramma, bestaande uit 8 individuele sessies. HNC is een generiek programma voor ouders van kinderen met gedragsproblemen en bestond in deze studie ook uit 8 individuele sessies.
- c) In beide behandelgroepen verbeterden zowel de kinderen op door ouders gerapporteerde ADHD symptomen en gedragsproblemen (opstandig gedrag: NFPP,  $d = -.59$ ; HNC,  $d = -.69$ ) als de vaardigheden van de ouders (NFPP,  $d = 1.20$ ; HNC,  $d = 1.37$ ) significant meer dan de kinderen en ouders in de controlegroep. Via leerkrachten en objectieve observaties werden geen effecten gevonden. Er waren nauwelijks verschillen in effectiviteit tussen beide programma's.

### Studie 4 – Publicatie 4.1

- a) Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 21(5), 581-596.
- b) In een groep van 34 kinderen met ADHD (6.2 tot 10.2 jaar) werden de effecten van gedragstherapeutische oudertraining onderzocht. Negentien kinderen kregen oudertraining van 9 sessies in een groep toegewezen, 15 kinderen kwamen op een wachtlijst. Toewijzing van gezinnen naar een van beide studiemethoden gebeurde op basis van beschikbaarheid van de behandeling, afhankelijk van de caseload op het moment van instroom in de studie.
- c) De kinderen die oudertraining kregen verbeterden statistisch significant meer dan de kinderen in de wachtlijstconditie. Daarnaast verbeterden het ouderlijk competentiegevoel en ouderlijke stress meer in de groep die oudertraining kreeg.

### Studie 5 – Publicatie 5.1

- a) 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(6), 571-58.
- b) In een gerandomiseerde gecontroleerde studie werd de effectiviteit van twee varianten van het oudertrainingsprogramma Triple P (Triple P Standaard en Triple P Uitgebreid) onderzocht en met elkaar vergeleken in een groep van 87 jonge kinderen (3-4 jaar) met ADHD symptomen en gedragsproblemen. Gezinnen werden toegewezen aan een van drie studiearmen: Triple P Standaard ( $n=29$ ), Triple P Uitgebreid ( $n=26$ ) of een wachtlijst ( $n=32$ ). Het standaard programma bestond uit 10 individuele sessies. In het uitgebreide programma werden twee sessie toegevoegd aan de standaard versie en bestond daarmee uit uit 12 individuele sessies. De twee extra sessies waren gericht op onderlinge steun tussen de ouders en op coping vaardigheden van de ouders.
- c) Beide programma's waren effectief voor het verminderen van gedragsproblemen en ADHD symptomen, vergeleken met de controleconditie. Ook de ouderlijke vaardigheden en ouderlijke competentie verbeterden meer in de actieve condities dan in de controleconditie. Er werden geen verschillen in effectiviteit tussen beide behandelcondities gevonden.

### Studie 6 – Publicatie 6.1

- a) 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.
- b) In een gerandomiseerde gecontroleerde trial werd de effectiviteit van een ADHD specifieke versie van het oudertrainingsprogramma Triple P Groep Uitgebreid (level 5) onderzocht in 20 kinderen (5-9 jaar) met ADHD. Gezinnen werden toegewezen aan een van twee studiearmen: Triple P Groep Uitgebreid ( $n=10$ ) of wachtlijst ( $n=11$ ). De Triple P versie in deze studie bestond uit 5 sessies voor ouders in een groep en 4 individuele telefonische sessies.
- c) Ouders in de Triple P groep rapporteerden significant meer verbetering van de gedragsproblemen van hun kind dan de ouders in de wachtlijstgroep. Op ADHD symptomen werden geen verschillen gevonden. Ouderlijke vaardigheden en ouderlijke competentiegevoel verbeterde significant meer in de behandelconditie.

### Studie 7 – Publicatie 7.1

- a) 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 Dev.*, 33(6):749-56.
- b) In een gerandomiseerde gecontroleerde studie werden 79 kinderen met ADHD en gedragsproblemen toegewezen aan een van twee condities: oudertraining ( $n=50$ ) met het Incredible Years programma of wachtlijst ( $n=29$ ). Deze versie van Incredible Years bestond uit 12 sessies voor ouders in een groep.
- c) Kinderen in de interventiegroep vertoonden na afloop van de behandeling significant minder ADHD symptomen dan kinderen in de wachtlijstgroep. Het effect van Incredible Years op gedragsproblemen werd in deze studie niet onderzocht omdat deze al in een eerdere studie werd aangetoond (Hutchings et al. 2007).

### Studie 8 – Publicatie 8.1

- a) Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 397-408.
- b) In een gerandomiseerde gecontroleerde studie werden 57 kinderen met ADHD (3-6 jaar) toebedeeld aan een groep die oudertraining kreeg of aan een wachtlijstconditie. De oudertraining bestond uit 12 sessies voor ouders in een groep.
- c) De kinderen waarvan de ouders de training kregen verbeterden significant meer op gehoorzaamheid dan de kinderen in de wachtlijstgroep. De ouders in de behandelconditie verbeterden significant meer op een aantal ouderlijke vaardigheden en op hun interactiestijl dan de ouders in de wachtlijstgroep.

### Studie 9 – Publicatie 9.1

- a) Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(4), 402-408.*
- b) In een gerandomiseerde gecontroleerde studie werden moeders van 78 kinderen met ADHD (3 jarigen) toebedeeld aan drie behandelarmen: oudertraining ( $n=30$ ), non-directieve counseling en steun ( $n=28$ ), of wachtlijst ( $n=20$ ). De oudertraining bestond uit 8 individuele sessies waarin ouders getraind werden in gedragstherapeutische technieken. De counseling en steun groep kreeg ook 8 individuele zittingen, maar daarin werden niet de technieken getraind of besproken.
- c) Kinderen waarvan de moeders oudertraining kregen verbeterden significant meer op ADHD symptomen (effect sizes 0.87 (ouderrapportage) en 0.69 (observatie)) dan kinderen in de beide andere groepen. Ook het algeheel welbevinden van de moeders verbeterde in de oudertrainingsgroep (effect sizes 0.48 (welbevinden), 0.61 (competentie) en 1.29 (tevredenheid)) significant meer dan in de andere groepen.

### Studie 10 – Publicatie 10.1

- a) Trillingsgaard, T., 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(6), 538-545.*
- b) In een benchmarkstudie ontvingen ouders van 36 kinderen (gemiddelde leeftijd 6.4 jaar) met ADHD of ADHD symptomen het Incredible Years oudertrainingsprogramma. De uitkomsten werden vergeleken met uitkomsten van een eerdere gerandomiseerde gecontroleerde studie (Webster-Stratton et al.). De versie van het Incredible Years programma die voor deze studie werd gebruikt was een voor de Deense ADHD doelgroep aangepaste versie van een groepsoudertrainingsprogramma van 20 sessies dat in de referentiestudie van Webster-Stratton et al. (2011) werd gebruikt.
- c) ADHD symptomen en gedragsproblemen van de kinderen namen significant af (effect size range van -0.8 tot -1.4) en sociale- en emotieregulatievaardigheden verbeterden significant (effect sizes 0.6 en 0.7, respectievelijk) tussen voor- en nameting. Ouders rapporteerden betere vaardigheden (effect size range -1.0 tot 1.5). Op vrijwel alle maten (acht van de negen) werden even grote of grotere effecten gevonden dan in de referentiestudie van Webster-Stratton et al. (2011).

Tabel 1 Beknopt overzicht van de inhoud van de interventies in de buitenlandse studies (3 t/m 10)

Studie/publicatienummer	Interventiennaam	Beknopte inhoud oudertraining
3.1 Abikoff et al. (2015)	Helping the noncompliant child (HNC)	HNC: Fase 1: aandacht geven aan gewenst gedrag en negeren ongewenst gedrag Fase 2: verbeteren van gehoorzaamheid en toepassen time-out bij ongehoorzaamheid
	En	
	New Forest parenting program (NFPP)	NFPP: Leren observeren van gedrag Adequate doelen stellen Toepassen gedragsmanagement technieken Toepassen adequate opvoedvaardigheden Ouders leren interactie met het kind te verbeteren Ouder leren minder negatieve reacties te geven
4.1 Anastopoulos et al. (1993)	Defiant Children/Opstandige kinderen	Psycho-educatie Vierfactorenmodel om gedragsproblemen te begrijpen Uitleg leerprincipes

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Spelen met je kind</li> <li>Prijzen/belonen</li> <li>Negeren</li> <li>Straffen</li> <li>Beloningssysteem</li> <li>Time-out</li> </ul>
<b>5.1 Bor et al. (2002)</b>	<p>Triple P Standaard versie</p> <p>En</p> <p>Triple P Uitgebreide versie</p>	<p>Standaard:</p> <p>Stimuleren van de ontwikkeling en competentie van het kind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spelen met je kind</li> <li>Praten met je kind</li> <li>Fysieke affectie tonen</li> <li>Aandacht geven</li> <li>Een voorbeeld zijn</li> <li>Gedragsskaarten</li> </ul> <p>Ouders leren gedrag van het kind hanteren, bijvoorbeeld: Regels stellen, gestuurd discussiëren, negeren, instructies geven, logische consequenties, time-out, vooruit plannen.</p> <p>Ouders leren hoe ze nieuw gedrag kunnen generaliseren en in stand houden, bijvoorbeeld vooruit plannen</p> <p>Uitgebreide versie, standaard versie plus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Steunen van de partner</li> <li>Leren omgaan met onderlinge conflicten (tussen ouders)</li> <li>Copingvaardigheden van ouders</li> </ul>
<b>6.1 Hoath &amp; Sanders (2002)</b>	Triple P Uitgebreide versie	<p>Standaard:</p> <p>Stimuleren van de ontwikkeling en competentie van het kind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spelen met je kind</li> <li>Praten met je kind</li> <li>Fysieke affectie tonen</li> <li>Aandacht geven</li> <li>Een voorbeeld zijn</li> <li>Gedragsskaarten</li> </ul> <p>Ouders leren gedrag van het kind hanteren, bijvoorbeeld: Regels stellen, gestuurd discussiëren, negeren, instructies geven, logische consequenties, time-out, vooruit plannen.</p> <p>Ouders leren hoe ze nieuw gedrag kunnen generaliseren en in stand houden, bijvoorbeeld vooruit plannen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Steunen van de partner</li> <li>Leren omgaan met onderlinge conflicten (tussen ouders)</li> <li>Copingvaardigheden van ouders</li> </ul>
<b>7.1 Jones et al. (2007)</b>	Incredible Years	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spelen met het kind</li> <li>Prijzen en belonen</li> <li>Negeren</li> <li>Duidelijke regels stellen en hanteren</li> <li>Time-out</li> <li>Communicatie</li> <li>Probleemoplossingsvaardigheden</li> </ul>
<b>8.1 Pisterman et al. (1992)</b>	Nvt (programma heeft geen naam)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bekrachten van gehoorzaamheid,</li> <li>Time-out bij ongehoorzaamheid</li> <li>Adequate instructies geven voor taakgericht gedrag</li> </ul>

Bekrachten van taakgericht gedrag

<b>9.1 Sonuga-Barke et al. (2001)</b>	Nvt (programma heeft geen naam)  En  Counseling en steun	Psycho-educatie/aandacht vangen/prijzen Duidelijke instructies, regels, grenzen stellen Dagelijkse routine structureren Hanteren driftbuien Time-out Kwaliteit interactie ouder-kind  Counseling en steun: Non-directief bespreken van eventuele zorgen, impact van het gedrag van het kind op het gezin, gebruik gedragsdagboek
<b>10.1 Trillingsgaard et al. (2014)</b>	Incredible years	Spelen met het kind Prijzen en belonen Negeren Duidelijke regels stellen en hanteren Time-out Communicatie Probleemoplossingsvaardigheden



## 5. Samenvatting Werkzame elementen

Hoewel we op basis van onderzoek niet kunnen zeggen welke elementen uit de BPTG (vooral) werkzaam zijn verwachten we op basis van de theoretische achtergrond van de interventie en op grond van ervaringen van ouders en therapeuten dat de volgende zaken belangrijk zijn:

- In BPTG-G is veel aandacht ouders te trainen in stimuluscontrole technieken en het onmiddellijk bekrachtigen van gewenst/prettig/prosociaal gedrag dat door deze technieken wordt uitgelokt. Dit helpt niet alleen de gedragsproblemen te verminderen maar kan ook zorgen voor een verbetering van de interactie tussen ouders en kind;
- Ouders worden gemotiveerd om samen de training te doen, dit helpt om de omgeving thuis te optimaliseren;
- Ouders die samen in een groep zitten herkennen zich in anderen en zijn elkaar onderling tot steun, dit lijkt ook de therapietrouw te bevorderen;
- Een goede en gedegen training van therapeuten helpt om de effectiviteit van de behandeling te garanderen, evenals supervisie en intervisie van therapeuten;
- Therapeuten die reeds ervaring hebben met individuele gedragstherapeutische oudertraining maken zich de behandeling gemakkelijker eigen, evenals therapeutenkoppels waarvan een van de therapeuten post-academisch geschoold is in de gedragstherapie.

## 6. Aangehaalde 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*, 56(6), 618-631.

Anastopoulos, A. D. & Farley, S. E. (2003). A cognitive-behavioral training program for parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In A.E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 187-203). New York: Guilford Press.

Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 21(5), 581-596.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.

Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr.*, 96, 1269-1274.

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. A handbook for diagnosis and treatment*. Third edition. New York, London, Guilford Press.

Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., & Pang, K. L. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 327–336.

Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A. et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am.J.Psychiatry*, 150, 1792-1798.

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(6), 571-58

Chacko, A., Allan, C.C., Uderman, J., Cornwell, M., Anderson, L., & ChimiklisIn, A. (2014). Training Parents of Youth with ADHD. In: Barkley, R. A.. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. Third edition. New York, London, Guilford Press.

Charach, Carson, Fox, Ali, Beckett, L. (2013). Interventions for Preschool Children at High Risk for ADHD: A Comparative Effectiveness Review. *Pediatrics*, 131(5), e1584-604. doi:10.1542/peds.2012-0974; 10.1542/peds.2012-0974.

Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 1-27.

Coates J, Taylor J.A., Sayal K. (2015). Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord.*, 19, 831-43.

Daley, D., Van Der Oord S, Ferrin M, Cortese S, Danckaerts M, Doepfner M, Van den Hoofdakker BJ, Coghill D, Thompson M, Asherson P, Banaschewski T, Brandeis D, Buitelaar J, Dittmann RW, Hollis C, Holtmann M, Konofal E, Lecendreux M, Rothenberger A, Santosh P, Simonoff E, Soutullo C, Steinhausen HC, Stringaris A, Taylor E, Wong ICK, Zuddas A, Sonuga-Barke EJ (2017). Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry*; doi: 10.1111/jcpp.12825. [Epub ahead of print]

Daley, D., Oord, S. van der, Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E.J. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53 (8): 835-847.

Deault, L. C., (2010). A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev*, 41, 168–192.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol.Psychiatry*, 57, 1313-1323.

Haenlein, M. & Caul, W. F. (1987). Attention deficit disorder with hyperactivity: a specific hypothesis of reward dysfunction. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 26, 356-362.

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.

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whittaker, C., Jones, K., Eames, C. & Edwards, R. T. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 678–682

Johnston, C., & Jassy, J. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 74–79.

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183–207.

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 Dev.*, 33(6):749-56.

Kaiser, N. M., McBurnett, K., & Pfiffner, L. J. (2011). Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models. *Journal of Attention Disorders*, 15, 193-203.

Lee, P.C., Niew, W.I., Yang, H.J., Chen, V.C.H., & Lin, K.C. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2040–2049.

Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: a review and theoretical appraisal. *Clin.Psychol.Rev.*, 25, 183-213.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Göttingen: Hogrefe.

Mulqueen, J. M., Bartley, C. A., & Bloch, M. H. (2013). Meta-Analysis: Parental Interventions for Preschool ADHD. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054713504135.

Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 397-408.

Pliszka, S.R. (2014). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with ADHD. In: Barkley, R. A.. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. Third edition. New York, London, Guilford Press.

Rappaport, M. D., Tucker, S. B., DuPaul, G. J., Merlo, M., & Stoner, G. (1986). Hyperactivity and frustration: the influence of control over and size of rewards in delaying gratification. *J.Abnorm.Child Psychol.*, 14, 191-204.

Rhee, S. H., Willcutt, E. G., Hartman, C. A., Pennington, B. F., & DeFries, J. C. (2008). Test of alternative hypotheses explaining the comorbidity between attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 29–40.

Rijlaarsdam, J., Stevens, G. W. J. M., van der Ende, J., Hofman, A., Jaddoe, V. W. V., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2015). Prevalence of DSM-IV disorders in a population-based sample of 5- to 8-year-old children: the impact of impairment criteria. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(11), 1339–1348. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0684-6>

Rimestad, M. L., Lambek, R., Zacher Christiansen, H., & Hougaard, E. (2016). Short- and Long-Term Effects of Parent Training for Preschool Children With or at Risk of ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 1087054716648775. doi:10.1177/1087054716648775.

Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 40, 402-408.

Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion--I. The effect of delay on choice. *J.Child Psychol.Psychiatry*, 33, 387-398.

Tarver, J, Daley, D., & Sayal, K. (2015) Beyond symptom control for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): What can parents do to improve outcomes? *Child Care Health Dev*, 40, 1-14

Tarver, J., Daley, D., Lockwood, J., & Sayal, K. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23, 1123–1137

Thapar, A., Harold, G., Rice, F., Langley, K., & O'donovan, M. (2007). The contribution of gene-environment interaction to psychopathology. *Dev.Psychopathol.*, 19, 989-1004.

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(1), 3–16.

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>

Trillingsgaard, T., 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(6), 538-545.

Tripp, G. & Alsop, B. (2001). Sensitivity to reward delay in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J.Child Psychol.Psychiatry*, 42, 691-698.

Van den Hoofdakker BJ, Hoekstra PJ, Van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Nauta MH. (2014). Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Nov;23(11):1071-9.

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. (2010), Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with ADHD: moderators of treatment response. *Journal of Pediatric Psychology*; doi: 10.1093/jpepsy/jsp060.

Van den Hoofdakker BJ, Nauta MH, Dijck-Brouwer DA, van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Hoekstra PJ. (2012). Dopamine transporter gene moderates response to behavioral parent training in children with ADHD: a pilot study. *Developmental Psychology*. Mar;48(2):567-74.

Van den Hoofdakker, B.J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, 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 the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1263-1271.

Van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., Nauta, M. H., & Van den Hoofdakker, B. J. (2018). Preschool children's response to behavioural parent training and parental predictors of outcome in routine clinical care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 1-9.

Van der Veen-Mulders L. & Van den Hoofdakker B.J. (2017). Procesevaluatie BPTG-G voor kinderen met ADHD. Accare Universitair Centrum Groningen: interne publicatie.

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, 191–203.

Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., & Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 262-268.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, 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.

