

Interventie

Behavioral Parent Training Groningen (BPTG)

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 28 mei 2024

Oordeel: Effectief volgens sterke aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: van den Hoofdakker, van Doornik en Geres (november 2024).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Behavioral Parent Training Groningen (BPTG)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting	4
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak	7
2. Uitvoering	11
3. Onderbouwing	14
4. Onderzoek	18
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	18
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	18
5. Samenvatting Werkzame elementen	28
6. Aangehaalde literatuur	29

Samenvatting

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 opvoeding van kinderen met ADHD en gedragsproblemen. Daarnaast breiden zij hun kennis uit over de problematiek van hun kind. De training heeft vier fasen: de eerste bestaat uit psycho-educatie; de tweede behandelt het beïnvloeden van antecedenten van gedrag; de derde het beïnvloeden van consequenties van gedrag; en de vierde is gericht op het vasthouden van de geleerde vaardigheden. De ouders werken aan individuele doelen en oefenen de geleerde vaardigheden in huiswerkopdrachten. Er bestaan verschillende varianten van BPTG: de hier beschreven groepsvariant ("BPTG-G"), verschillende individuele varianten ("BPTG-I"), een zelfhulp variant ("Aan de slag met druk en opstandig gedrag") en een variant die in de thuissituatie gegeven wordt ("BPTG@home"). Hier beschrijven we de groepsvariant, deze vormt de basis voor de andere varianten.

Doelgroep

De groepsvariant van BPTG is bedoeld voor kinderen van 4-12 jaar met ADHD en gedragsproblemen. Een meer gedetailleerde doelgroepomschrijving voor de andere varianten staat beknopt beschreven in Bijlage 1.

Alle varianten richten zich op de ouders, zij zijn de intermediaire doelgroep.

Doel

Het hoofddoel van alle varianten van BPTG is het verminderen van gedragsproblemen. Dit wordt bereikt 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 groepsvariant van BPTG 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. De aanpak van de andere varianten staat beknopt beschreven in Bijlage 2.

Materiaal

De groepsvariant van BPTG omvat:

- 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 een deel van deze kinderen de gevoeligheid voor feedback (met name beloning) te verschillen ten opzichte van kinderen die zich meer gemiddeld ontwikkelen. In de BPTG leren ouders hoe zij hun kind bij deze bijzonderheden kunnen ondersteunen. Hiervoor worden de ouders getraind in passende gedragstherapeutische technieken waarmee ze antecedenten en consequenties van gedrag van hun kind systematisch kunnen beïnvloeden. Zo worden de gedragsproblemen bij het kind verminderd.

Onderzoek

Een Nederlandse gerandomiseerde gecontroleerde trial naar de groepsvariant van BPTG liet zien dat de interventie helpt om gedragsproblemen en internaliserende problemen bij

kinderen met ADHD te verminderen. De effectiviteit van BPTG op gedragsproblemen wordt verder ondersteund door Nederlandse studies naar alternatieve varianten van de interventie. Ook internationale individuele participant meta-analyses en reviews naar ouderinterventies, waarin BPTG-G en veel met BPTG-G vergelijkbare ouderinterventies zijn meegenomen, vonden significante en klinisch relevante effecten van oudertraining op onder meer ADHD kenmerken, gedragsproblemen, ouderschap, het competentiegevoel en de mentale gezondheid van ouders en de kwaliteit van de ouder-kind relatie.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

BPTG-G is bedoeld voor kinderen van 4-12 jaar met ADHD en gedragsproblemen.

Intermediaire doelgroep

BPTG-G 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 sommige gevallen zal eerst diagnostiek plaatsvinden, waarna met de ouders een behandelplan wordt opgesteld. Wanneer ADHD bij het kind wordt geclassificeerd zal in de regel gestart worden met psycho-educatie en daarna vindt, indien nodig, 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 en problemen zijn geen bezwaar.
- Het kind heeft gedragsproblemen die zich (ook) in de thuissituatie voordoen. Concreet betekent dit dat de ouders minimaal drie gedragingen, waar ze graag mee aan de slag zouden willen in de oudertraining, kunnen identificeren op de 'Gedragingenlijst'. De Gedragingenlijst werd ontwikkeld ten behoeve van de oudertraining. Het instrument is opgenomen in het draaiboek voor therapeuten. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de Gedragingenlijst Van den Hoofdakker en collega's (2007).
- Het kind heeft een (geschat of middels een intelligentie-onderzoek berekend) IQ boven de 70.

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.

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 van de interventie 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-G in 2007 werden diverse nieuwe varianten van BPTG ontwikkeld waarbij ook ouders betrokken werden in de ontwikkelfase,

bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van de zelfhulpvariant 'Aan de slag met druk en opstandig gedrag'.

1.2 Doel

Hoofddoel

Kinderen met (kenmerken van) ADHD en/of gedragsproblemen vertonen na afloop van BPTG minder gedragsproblemen dan voor de BPTG. Voorbeelden van veelvoorkomende gedragsproblemen zijn: ongehoorzaamheid, zeuren, uitdagen, snel en vaak boos zijn, spullen niet opruimen, driftbuien, taken niet afmaken.

Subdoelen

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

- meer kennis over gedrag en gedragsproblemen;
- vaardigheden in het observeren van gedrag;
- vaardigheden in het maken van topografische analyses middels het SGG-model;
- antecedente vaardigheden die in de opvoeding van kinderen met ADHD en gedragsproblemen van belang zijn, te weten structureren, instructies geven, regels stellen en anticiperen (voorbereiden);
- consequente vaardigheden die in de opvoeding van een kind met ADHD en gedragsproblemen van belang zijn, te weten bekrachtigen, negeren en het toepassen van andere negatieve consequenties.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

BPTG-G 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 ouder(s) en beoordelen zij nogmaals de indicaties en contra-indicaties. Indien er twee opvoeders zijn in een gezin heeft het de duidelijke voorkeur dat beiden meedoen aan de oudertraining. De therapeuten stimuleren de ouders dan ook om samen de training te doen. In geval dit echt niet mogelijk is bespreken de therapeuten hoe de niet-participerende ouder wel de informatie kan krijgen en het huiswerk te doen.

De therapeuten 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 aan de hand van het Situatie-Gedrag-Gevolg-model (het SGG-model). Hiervoor vragen de therapeuten naar enkele voorbeelden van situaties waarin de doelgedragingen (de eerste "G" in het model) zich voordeden. Per voorbeeld vragen de therapeuten naar de situatie (de "S" in het model) 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, ofwel gevolgen (de tweede "G" in het model), van de ouders op het gedrag (wat deden of zeiden de ouders, hoe liep het af). Ook maken ze in samenspraak met de ouders een

inschatting van de belangrijkste leerpunten van de ouders op het gebied van kennis en opvoedingsvaardigheden.

Opbouw van de bijeenkomsten

De bijeenkomsten verlopen volgens een vast stramien. Het **eerste deel** van een bijeenkomst 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 bijeenkomst bestaat uit de introductie van een nieuw onderwerp. De verschillende onderwerpen zijn:

Bijeenkomst 1	Uitleg over een leertheoretische kijk op gedrag: ouders leren om topografische analyses te maken middels het SGG-model, inclusief psycho-educatie Het maken van een plan om gedrag te veranderen Factoren die de uitvoering van een plan om tot het doelgedrag te komen kunnen belemmeren
Bijeenkomst 2	Instructies geven Complimenten geven
Bijeenkomst 3	Situaties voorbespreken Complimenten geven
Bijeenkomst 4	Regels stellen Complimenten geven
Bijeenkomst 5	Structuur bieden Complimenten geven Veranderen van gedrag door veranderen van gevolgen
Bijeenkomst 6	Veranderen van gedrag door veranderen van gevolgen Voorspelbaar reageren Positief reageren op gedrag: belonen
Bijeenkomst 7	Zelfbeeld Negeren van ongewenst gedrag
Bijeenkomst 8	Actieve negatieve consequenties bij ongewenst gedrag
Bijeenkomst 9	Gedragsveranderingsplan
Bijeenkomst 10	Gedragsveranderingsplan
Bijeenkomst 11	Materiële beloners
Bijeenkomst 12	Afbouwen materiële beloners Onderwerpen ingebracht door de ouders Evaluatie
Bijeenkomst 13	Terugkombijeenkomst: bespreken en bestendigen voortgang van het geleerde 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 stoplichtspel 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). Voorafgaand aan de werkvorm is er plenaire uitleg over het belang van regels en de wijze waarop deze gesteld kunnen worden. Naast werkvormen worden alle vaardigheden in rollenspellen en in de huiswerkopdrachten geoefend.

Het **derde deel** van een zitting bestaat uit het voorbespreken van de huiswerkopdracht 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, waar ze dit doen, hoe lang, hoe de registraties gedaan worden, enzovoorts. Hoe de uiteindelijke opdracht eruit ziet verschilt per individueel ouderpaar, omdat dit afhankelijk is van de gedragingen van het kind waar ouders mee aan de slag gaan. Per ouder(paar) wordt gekeken wat een zinvolle huiswerkopdracht is. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de opgestelde topografische analyses (d.m.v. SGG's) op basis waarvan een hypothese wordt gevormd over de functie van het gedrag (functieanalyse).

Opbouw van de training

In de **eerste fase** van de training (bijeenkomst 1) vindt psycho-educatie over gedrag en gedragsproblemen plaats. Deels is dit een herhaling van de psycho-educatie die de ouders reeds gehad hebben in de fase die vooraf gaat aan de oudertraining, deels is dit een verdieping hierop. Daarnaast krijgen de ouders in de eerste fase uitleg over de gedragstherapeutische leerprincipes en leren zij het gedrag van hun kind te observeren in situatie-gedrag-gevolg (antecedents-behavior-consequences) 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-model te registreren. Tot slot wordt in de eerste fase van de training een start gemaakt met bewustwording bij de ouders van factoren die veranderingen in de manier van opvoeden kunnen belemmeren, zoals ouderlijke cognities, eigenschappen van ouders en kind en de gezinssituatie. 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 2 t/m 5) vindt herhaling plaats van het geleerde in de eerste fase en leren de ouders een aantal opvoedingsvaardigheden 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. Hoewel dit een consequente vaardigheid betreft (en daarmee eigenlijk 'hoort' bij fase 3) is het toevoegen van prijzen aan antecedente interventies van toegevoegde waarde, omdat daarmee nieuw gewenst gedrag onmiddellijk bekrachtigd wordt.

Het leren van de vaardigheden in de groep gaat in verschillende stappen (zie ook opbouw van de bijeenkomsten): 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 stoplichtspel), 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: bekrachtigingstechnieken (waaronder de toepassing van gedragsveranderingsprogramma's voor het werken met materiële beloners), negeren en andere negatieve consequenties, waaronder als nog nodig 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 een spel waarin ze zelf kunnen ervaren wat positieve en negatieve opmerkingen voor invloed hebben op hoe ze zich voelen en hoe ze 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 probleemoplossingsvaardigheden 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 gedragingen van het kind waar ouders van hadden aangegeven dat ze die graag wilden verbeteren in de training 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 kan worden ondersteund met de uitslagen op een aantal vragenlijsten (standaard de Gedragingenlijst en eventueel de ECBI, CBCL Externaliseren en/of CBCL Internaliseren). Deze kunnen het best worden afgenomen vlak voor en direct na de training.

2. Uitvoering

Materialen

- (1) Er is een draaiboek voor therapeuten en een huiswerkmap voor ouders, beide als pdf kosteloos te verkrijgen bij Accare. In het draaiboek is per bijeenkomst een evaluatieformulier te vinden.
- (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
 - Gedragingenlijst
 - Gedragingenlijst per kind
 - Overzicht deelnemende kinderen
 - Aandachtspunten rollenspel bijeenkomst 2: voorbespreken van een situatie met je kind
 - Kaartje onderdeel 4, bijeenkomst 6: belemmerende gedachten
 - Lijst met beloningen
 - Extra zitting: Time out
 - Tel- en meetopdracht
 - Oefenformulier gedragsveranderingsprogramma
 - Aandachtspunten rollenspel bijeenkomst 10: voorbespreken van een gedragsveranderingsprogramma
 - Evaluatieformulier
- (3) In de huiswerkmap voor ouders staan teksten ter ondersteuning van de theorie die in de bijeenkomsten wordt besproken.
- (4) Voor de psycho-educatie onderdelen worden de therapeuten verwezen naar de website www.adhdendrukgedrag.nl, de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (<http://www.kenniscentrum-kjp.nl/>), de website en folders van oudervereniging "Balans" (<http://www.balansdigitaal.nl/>).

Locatie en type organisatie

De interventie kan uitgevoerd worden binnen instellingen waar zorg voor kinderen met ADHD en gedragsproblemen wordt geboden, therapeuten beschikbaar zijn met de vereiste kwalificaties en voldoende mogelijkheden zijn 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 huiswerkoefeningen die gedaan zijn met ouders, het maken van een gedragsveranderingsprogramma voor het werken met materiële beloners 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 adspirant 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.

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 opleiders, worden beoordeeld op hun competentie na de training.

De training in het behandelprotocol kan gevolgd worden door:

- Cognitief gedragstherapeutisch medewerkers (in opleiding)
- Orthopedagogen/psychologen met minimaal een basiscursus cognitieve gedragstherapie

De training voor aankomend BPTG-therapeuten 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 bereikbaar om eventuele vragen over de implementatie te beantwoorden.

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 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. Wanneer de interventie aan een groep ouders wordt gegeven moeten zij met de therapeuten in een kring aan tafels kunnen zitten en moet er een mogelijkheid zijn om een PowerPoint presentatie te geven en een whiteboard of flap-over beschikbaar zijn. 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 professional die de ouders spreekt (en eventueel verwijst naar de behandeling) op de hoogte is van de behandelrichtlijnen voor ADHD en in staat 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 Accare Child Study Center / Accare Opleidingen (zie www.accare.nl/childstudycenter; contact: 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 behandelaars 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 behandelaars met mogelijkheden voor intervisie en/of supervisie, waarin voldoende aandacht is voor het bewaken van de behandelintegriteit.

Accare Opleidingen verzorgt trainingen voor behandelaars die willen gaan werken met BPTG-G. De training wordt online gegeven door twee opleiders (bij meer dan tien deelnemers drie opleiders). De training beslaat twee dagen van vijf uur en bestaat grotendeels uit rollenspelen waarin onderdelen uit de training geoefend worden. Toekomstige BPTG-trainers participeren daardoor in de training afwisselend in de rol van therapeut, ouder of observant. Voorafgaand aan de rollenspellen bespreken de opleiders welke competenties ze graag willen zien van de deelnemers. Na de training vindt er een evaluatie plaats op getoonde competenties. In geval deze door de opleiders als voldoende beoordeeld worden, ontvangt de deelnemer een certificaat. Daarnaast is er een train-de-trainer constructie mogelijk om toekomstige opleiders in een instelling op te leiden in het geven van BPTG trainingen aan therapeuten. De toekomstige opleider loopt een training mee met twee gekwalificeerde opleiders en verzorgt van tevoren afgesproken onderdelen van de training zelfstandig. Na de trainingsevaluatie evalueren de opleiders met de toekomstige opleider de geoefende competenties en formuleren eventuele aandachtspunten. Na de training vindt een eindevaluatie plaats. Indien deze voldoende is participeert de toekomstige opleider als co-opleider in een volgende training. Indien de toekomstige opleider ook in deze rol door de gekwalificeerde trainer bekwaam gevonden wordt is hij of zij gekwalificeerd als BPTG opleider.

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 € 760,- (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 bij kinderen de meest voorkomende reden voor verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. Een Nederlandse cohortstudie 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). Meta-analyses van studies naar de prevalentie van ADHD bij kinderen en jongeren tot en met 18 jaar geven aan dat er bij 5.2% (Thomas et al., 2015) tot 8.0% (Ayano et al., 2023) van alle kinderen wereldwijd sprake zou zijn van ADHD. ADHD is geassocieerd met verschillende bijkomende problemen, waaronder minder goede 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; Franke et al., 2018; Reef et al., 2011; 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 oppositionele-opstandige stoornis (oppositional defiant disorder; ODD) en de normoverschrijdend-gedragsstoornis (conduct disorder; CD) veel voorkomen. Ook angst – en stemmingsstoornissen worden regelmatig gezien bij kinderen met ADHD (zie voor een overzicht van comorbide stoornissen Pliszka (2014)). Gezien de grote individuele en maatschappelijke impact van ADHD en de lange termijn risico's, lijken interventies gericht op het verminderen van de klachten op jonge leeftijd van belang. Zo zou het verminderen van gedragsproblemen bij (jonge) kinderen met ADHD er in potentie toe kunnen bijdragen dat er geen verheviging van de gedragsproblemen optreedt en dat het risico op het ontwikkelen van ODD of andere negatieve uitkomsten afneemt. Hoewel uitgebreid en grootschalig onderzoek naar de lange termijn effecten van oudertraining nauwelijks voorhanden is, liet een recente meta-analyse naar de langere termijn uitkomsten van gedragstherapeutische oudertraining zien dat verbeteringen in ADHD kenmerken en gedragsproblemen van kinderen, positief ouderschap, competentiegevoelens van ouders en de kwaliteit van de ouder-kind relatie na oudertraining standhielden op de langere termijn, met een gemiddelde follow-up periode van vijf maanden (Doffer et al., 2023).

Oorzaken

Ondanks het vele 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 zich ontwikkelt als resultaat van verschillende interacties tussen genetische- en omgevingsfactoren (Nigg et al., 2020; Thapar et al., 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 deel erfelijk is (Faraone & Larsson, 2019; 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, 2018; Thapar et al., 2013). Andere studies hebben laten zien dat ook omgevingsfactoren het risico op het ontwikkelen van ADHD kunnen vergroten. Voorbeelden daarvan zijn complicaties bij de bevalling, roken van de moeder gedurende de zwangerschap, een laag geboortegewicht, voeding en 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 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 oppositioeneel-opstandige stoornis 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 et al., 2008).
2. Het voorlopers model ("developmental precursors model"). Dit model veronderstelt dat kenmerken van ADHD bij een kind leiden tot stress in het gezin en ontregeling van het gezinsleven. Dit leidt vervolgens tot de ontwikkeling van oppositioeneel 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 oppositioeneel opstandig gedrag bij het kind en speelt hierin mogelijk een mediërende rol (Kaiser, McBurnett & Pfiffner, 2011; Deault, 2010).

Aan te pakken factoren

Over het algemeen wordt verondersteld dat de interactie tussen kenmerken van een kind en reactiepatronen van ouders een rol speelt in het ontstaan en in stand blijven van oppositioeneel opstandig gedrag van kinderen. BPTG-G beoogt daarom met name deze ouderlijke reactiepatronen te beïnvloeden, teneinde de gedragsproblemen van het kind te verminderen. Dit wordt gepoogd te bereiken door de kennis en opvoedingsvaardigheden van de ouders te verbeteren (i.c. vermindering van negatief (niet-ondersteunend) ouderlijk gedrag en toename van positief (ondersteunend) ouderlijk gedrag).

Verantwoording

Vanuit neuropsychologisch perspectief zijn er mogelijke aanknopingspunten voor de theoretische werkzaamheid van oudertraining. In neuropsychologische studies worden moeilijkheden in de executieve functies, met name het werkgeheugen en gedragsinhibitie, als centraal probleem verondersteld bij kinderen met ADHD (Barkley, 1997; Lipszyc & Schachar, 2010; Noordermeer et al., 2020). Deze moeilijkheden 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 theoretische onderbouwing waarom oudertrainingsprogramma's een belangrijke plaats zouden moeten 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 transitie's 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 voor de theoretische werkzaamheid van oudertraining biedt het onderzoek en de theorievorming over de afwijkende gevoeligheid voor beloning van een deel van de kinderen met ADHD (Johansen et al., 2009; Luman et al., 2005; Luman et al., 2010; Van der Oord & Tripp, 2020). Kinderen met ADHD blijken over het algemeen meer te profiteren van onmiddellijk gegeven dan van uitgestelde beloningen (Sonuga-Barke et al., 1992; Sonuga-Barke et al., 2010; Rapport et al, 1986; Tripp & Alsop, 2001) en meer frequente en meer intensieve beloning nodig te hebben om de uitvoering van hun taken te verbeteren en hun motivatie te vergroten (Haenlein & Caul, 1987). Een meta-analyse laat zien dat uit sommige experimentele studies inderdaad blijkt dat de motivatie en prestaties van kinderen met ADHD kunnen verbeteren wanneer beloningen op een meer systematische manier gegeven worden (zie bijvoorbeeld Luman et al., 2005), terwijl andere experimentele studies geen verschillen vinden in de prestaties van

kinderen met en zonder ADHD, wanneer zij soms worden beloond (partial reinforcement) (Hulsbosch et al., 2021). Ook op het gebied van motivatie 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 bekrachtigingstechnieken die ouders in een oudertraining leren, kunnen kinderen mogelijk helpen om hun motivatie te vergroten, sneller gewenst gedrag aan te leren en makkelijker ongewenst gedrag af te leren.

De theoretische werkzaamheid van oudertraining kan daarnaast worden gevonden in onderzoek naar de werkzame mechanismen van oudertraining. Recente meta-analyses voor kinderen met ADHD laten zien dat technieken die de antecedenten van gedrag beïnvloeden resulteerden in de grootste verbetering in het competentiegevoel en de mentale gezondheid van ouders (Dekkers et al., 2022), terwijl technieken die de consequenten van gedrag beïnvloeden resulteerden in de grootste afname in gedragsproblemen van het kind (Hornstra et al., 2023) en negatief ouderschap (Dekkers et al., 2022). Een grotere dosis psycho-educatie werd in beide studies geassocieerd met kleinere effecten op ADHD kenmerken en gedragsproblemen van het kind en het welbevinden van ouders (Hornstra et al., 2023; Dekkers et al., 2022). Een meta-analyse naar de werkzame mechanismen van oudertraining voor kinderen met gedragsproblemen laat zien dat vooral de bekrachtiging van gewenst gedrag (bijv. prijzen) en natuurlijke/logische gevolgen verband hielden met een grotere afname in gedragsproblemen (Leijten et al., 2019). Een microtrial naar de effectiviteit van antecedente en consequente gedragstechnieken wijst uit dat beide soorten technieken twee weken na de oudertraining effectief waren in het verminderen van gedragsproblemen die ouders hadden gekozen van de Gedragingenlijst, die ook wordt gebruikt bij BPTG (Hornstra et al., 2021). Hierbij waren de antecedente technieken ook direct na de oudertraining al effectief, terwijl dat bij de consequente technieken niet het geval was. De antecedente technieken leken dus wat sneller te werken dan de consequente technieken. Daarnaast bleken de antecedente technieken in het bijzonder effectief in het verminderen van aandachtsproblemen.

Concluderend: kinderen met ADHD kunnen moeite hebben met het overzien van en het anticiperen op mogelijke gevolgen van hun gedrag. Daarnaast is hun gevoeligheid voor beloning mogelijk 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 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) lijken daarbij essentieel. Als ouders bijvoorbeeld begrijpen dat hun kind 's ochtends treuzelt met aankleden, niet omdat hij opstandig is, maar omdat hij 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 onderzoeken naar de werkzame mechanismen van oudertraining voor kinderen met ADHD en gedragsproblemen blijkt dat zowel antecedente als consequente gedragstechnieken effectief zijn, maar dat beide soorten technieken andere, unieke verbeteringen teweegbrengen bij zowel het kind als de ouders. Deze onderzoeken ondersteunen enerzijds de inhoud van BPTG-G, immers antecedente en consequente technieken komen

ruimschoots aan bod. Anderzijds ondersteunen ze de opbouw van BPTG-G, waarin de antecedente technieken eerst aan bod komen en daarna de consequente technieken.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Studie 1

- 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.

Studie 2

- a) Onderzoek naar verspreiding en implementatie BPTG. Serra M. en Van den Hoofdakker B.J. (2023). Accare: interne publicatie
- b) In kaart brengen/schatten van: a) aantallen geschoolde professionals in één van de BPTG varianten in de periode 2007-2022, b) gebruik blended variant in de periode 2013-2016, c) aantallen opgestuurde protocollen in de periode 2011-2023.
- c) De BPTG basistraining werd gevolgd door naar schatting 180 professionals bij Accare en naar schatting tussen de 595-1020 professionals buiten Accare. Blended BPTG werd meer dan 1000 keer gebruikt. Buiten de trainingen werden protocollen aan 47 professionals gestuurd.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Overzicht Nederlandse BPTG studies

In de volgende studies zijn verschillende varianten van BPTG (groepsvariant, individuele variant, blended variant, BPTG als zelfhulpprogramma, BPTG@HOME voor in de thuissituatie) in Nederland onderzocht.

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) Het doel van deze randomized controlled trial (RCT) 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 via korte dagelijkse telefoontjes op tien doordeweekse dagen over het vóórkomen en de ernst van maximaal vijf gedragsproblemen die zij selecteerden van de Gedragingenlijst die voor de oudertraining is ontwikkeld (zie kopje 1.1, Selectie van doelgroepen). Daarnaast zijn de ADHD kenmerken, en internaliserende problemen van het kind en de ouderlijke stress gemeten. Gezinnen in beide groepen werden voorafgaand aan de training en na afloop van de training bemeaten. Van gezinnen die de groepsoudertraining en reguliere zorg kregen, werden follow-up gegevens 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. Groepsgedragsoudertraining 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 kenmerken ($p = .161$) 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 kenmerken 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., Sytma, 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 ouderrapportages van gedragsproblemen en ADHD kenmerken 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 kenmerken leken meer te verminderen na groepsoudertraining plus reguliere zorg bij oudere kinderen dan bij jongere kinderen. Samengevat lijkt aanvullende groepsoudertraining het meest

zinnig 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 kenmerken 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 kenmerken en gedragsproblemen. Moderator variabelen waren ADHD kenmerken 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 kenmerken bij vaders en vertrouwen van vaders in hun eigen kunnen als opvoeder speelden een modererende rol in de vermindering van gedragsproblemen maar niet in de vermindering van ADHD kenmerken. Depressieve symptomen bij vaders hadden geen invloed op ADHD kenmerken van

het kind, noch op gedragsproblemen. Gedragstherapeutische groepsbehandeling lijkt het meest effectief in het verminderen van gedragsproblemen van kinderen wiens vaders meer ADHD kenmerken hebben en meer vertrouwen in hun eigen functioneren als opvoeder.

Studie 2

- 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 kenmerken 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; Eyberg & Ross, 1978).
- c) In de wachterperiode was er geen statistisch significante afname van de door 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.

Studie 3

- a) The efficacy of a self-help parenting program for parents of children with externalizing behavior: a randomized controlled trial. De Jong, S.R.C., van den Hoofdakker, B.J., van der Veen-Mulders, L., Veenman, B., Twisk, J.W.R., Oosterlaan, J., & Luman, M. (2023). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 32(10), 2031-2042.
- b) Om de toegankelijkheid van oudertrainingen te faciliteren, is van februari 2019 tot maart 2021 in een randomized controlled trial (RCT) een oudertraining in de vorm van een zelfhulp programma ontwikkeld en onderzocht bij 110 kinderen (4 tot 12 jaar oud, gemiddeld 8.17 jaar). Het zelfhulp programma is voor een groot deel gebaseerd op BPTG-G en bestaat uit een handmatig deel en een online deel. De interventie is primair gericht op het verminderen van gedragsproblemen. De effectiviteit van het programma is onderzocht door twee groepen met elkaar te vergelijken: een groep ouders kreeg het programma en een groep ouders stond op een wachtlijst. De interventie duurde 15 weken. De gedragsproblemen werden aan de start van de studie (T0), na 8 weken (T1), 15 weken (T2), en 28 weken (T3) gemeten met korte dagelijkse telefoontjes over het vóórkomen en de ernst van 14 gedragingen die ouders zelf hadden geselecteerd van de Gedragingenlijst (zie studie 1, publicatie 1.1) en met de Intensity schaal van de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). In de analyses zijn de verschillen direct na de interventie (T0-T2) en op de langere termijn (T2-T3) geanalyseerd. Ook is de tevredenheid met het zelfhulp programma onder ouders gemeten.
- c) Zowel in de groep ouders die alleen het zelfhulp programma kreeg, als in de groep ouders die het programma met telefonische ondersteuning kreeg, lieten kinderen tussen T0 en T2 een afname in gedragsproblemen zien ten opzichte van de

wachtljstgroep. Deze afname is zowel gemeten met de dagelijkse telefoontjes ($d=-0.43$) als met de ECBI-I ($d=-0.51$). Op de langere termijn (tussen T2 en T3) zijn geen significante verschillen in de ernst van de gedragsproblemen gemeten, wat aantoont dat de afname in gedragsproblemen direct na de interventie (T2) blijvend was op de langere termijn (T3). Daarbij gaven ouders in de interventiegroep aan tevreden te zijn over het programma, met een gemiddeld cijfer van 7.9 (op een schaal van 1 tot 10). Van deze ouders heeft 79.4% tussen T2 en T3 geen gebruik gemaakt van andere zorg voor de gedragsproblemen van het kind.

Studie 4

- a) Home-based parent training for school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder and behavior problems with remaining impairing disruptive behaviors after routine treatment: a randomized controlled trial. Nobel, E., Hoekstra, P.J., Brunnekreef, A.J., Messink-de Vries, D.E.H., Fischer, B., Emmelkamp, P.M.G., van den Hoofdakker, B.J. (2020). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 395-408.
- b) Deze studie onderzocht de effectiviteit van BPTG wanneer deze in de thuisomgeving wordt aangeboden (BPTG@HOME). In deze studie participeerden de gezinnen van 73 kinderen (6-13 jaar oud, gemiddeld 8.8 jaar) met blijvende ADHD kenmerken en gedragsproblemen ondanks eerder aangeboden, door richtlijnen geadviseerde, behandelingen (poliklinische gedragstherapeutische interventies en medicatie). Drie groepen werden met elkaar vergeleken: gezinnen die BPTG@HOME kregen ($n=26$), gezinnen die thuis care as usual kregen ($n=24$), en gezinnen die op een wachtlijst stonden ($n=23$). Gezinnen in de eerste twee groepen wisten zelf niet welk soort thuisbehandeling zij ontvingen. De primaire uitkomstmaat waren de gedragsproblemen, gemeten met de Problem en Intensity schalen van de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (Eyberg & Ross, 1978). Secundaire uitkomstmaten betroffen ADHD kenmerken, ODD kenmerken en internaliserende problemen. De uitkomstmaten zijn gemeten voorafgaand aan de behandeling/wachtlijst (T1) en direct na de behandeling/wachtlijstperiode (T2). De ECBI is ook zes maanden na T2 afgenomen (T3), alleen in de groepen die BPTG@HOME of care as usual ontvingen. Repeated measures analyses zijn gebruikt om de data te analyseren.
- c) Van gezinnen die BPTG@HOME ontvingen, lieten kinderen direct na de behandeling (T1-T2) een grotere afname zien in de ernst van gedragsproblemen ($ES=0.75$), ADHD kenmerken ($ES=0.89$), ODD kenmerken ($ES=0.65$) en internaliserende problemen ($ES=0.60$) dan kinderen van gezinnen in de wachtlijstgroep. Ook in vergelijking met gezinnen die thuis care as usual ontvingen, lieten kinderen in de BPTG@HOME groep een grotere afname zien in de ernst van gedragsproblemen ($ES=0.57$), ADHD kenmerken ($ES=0.89$), ODD kenmerken ($ES=0.88$), maar niet in de ernst van internaliserende problemen. Op de langere termijn (T1-T3) was er bij de kinderen van gezinnen die BPTG@HOME ontvingen een grotere afname op de Problem schaal van de ECBI dan gezinnen die care as usual ontvingen, wat betekent dat ouders die BPTG@HOME kregen significant minder gedragsproblemen als problematisch ervoeren dan ouders in de care as usual groep ($ES=0.65$). Op zowel de Problem schaal als de Intensity schaal van de ECBI scoorden ouders die BPTG@HOME kregen op de langere termijn (T3) onder de klinische cut-off score. Deze uitkomsten laten zien dat kinderen die, na een eerste zorgtraject met behandelingen die volgens de richtlijnen aangewezen zijn, blijvend ADHD kenmerken en gedragsproblemen laten zien, baat kunnen hebben bij BPTG@HOME.

Studie 5

- a) Self-directed or therapist-led parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder? A randomized controlled non-inferiority pilot trial. Breider,

S., de Bildt, A., Nauta, M.H., Hoekstra, P.J., van den Hoofdakker, B.J. (2019). *Internet Interventions*, 18. 100262.

- b) Aangezien de uitval van ouders in traditionele face-to-face oudertrainingen hoog is, is in deze pilotstudie onderzocht of blended BPTG niet minder effectief (ten minste even effectief) is in het verminderen van gedragsproblemen ("non-inferiority") dan face-to-face oudertraining. De blended BPTG bestond uit een online programma en ondersteunend online en face to face contact met een therapeut. In totaal participeerden de gezinnen van 21 kinderen (4-12 jaar oud) die wegens ADHD kenmerken en gedragsproblemen waren verwezen naar de GGZ, waarvan 11 gezinnen blended BPTG en 10 gezinnen individuele face-to-face BPTG kregen. De gedragsproblemen van kinderen in beide groepen zijn voor en na de behandeling gemeten met de Externaliseren schaal van de Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Ruffle, 2000). Daarnaast is in het kader van de haalbaarheid ook gekeken naar de uitval van gezinnen, de tevredenheid van ouders en de tijdsinvestering van therapeuten.
- c) De studie heeft niet aangetoond dat blended BPTG niet minder effectief was in het verminderen van gedragsproblemen dan face-to-face BPTG (verschil in ES = 2.14, 90%CI [0.16, 4.12]). Met andere woorden: er werd niet aangetoond dat blended BPTG ten minste even effectief was als face to face BPTG. Daarbij stopten meer ouders vroegtijdig met blended BPTG dan met face-to-face BPTG (relatief 90.9% vs. 40% voltooid niet het volledige programma), toonden ouders die blended BPTG volgden volgens de therapeuten minder inzet en waren ouders die blended BPTG volgden minder tevreden dan ouders die face-to-face BPTG kregen. Therapeuten die betrokken waren bij de zelfgestuurde training waren minder tijd kwijt aan het verzorgen van de training dan therapeuten die de face-to-face oudertraining verzorgden. Deze resultaten suggereren dat er meer onderzoek nodig is naar de effectiviteit van blended BPTG en geven aanleiding om voorsnog terughoudend te zijn in het aanbieden van blended BPTG in de praktijk.

Overzicht buitenlandse studies gedragstherapeutische oudertraining

De volgende studies betreffen internationale (individuele participant data (IPD)) meta-analyses en reviews over experimentele studies (veelal RCTs) waarin gedragsmatige ouderinterventies zijn onderzocht waarvan de meeste sterke overeenkomsten vertonen met BPTG. De studie over BPTG (zie kopje 4.2, studie 1: Van den Hoofdakker et al., 2007) is in al deze meta-analyses en reviews meegenomen.

In 2017 deden we een eerste ruwe (maar niet systematische) inventarisatie naar verschillen en overeenkomsten tussen BPTG en buitenlandse interventies uit de studies die in meta-analyses waren geïncludeerd. De studies in de meta-analyses onderzochten oudertrainingsprogramma's die, evenals BPTG, allen zijn gebaseerd op de sociale leertheorie. In de inventarisatie keken we met name naar de inhoud van de interventies. Het bleek dat de programma's qua inhoud sterk op elkaar lijken: in allemaal worden zowel antecedente (stimuluscontrole) technieken aan ouders geleerd, oftewel manieren om gewenst gedrag uit te lokken (zoals instructies geven, structuur bieden, regels stellen), als consequente (contingentiemanagement) technieken: methodes om gedrag te versterken, uit te doven of af te leren (zoals bekrachtiging, negeren, andere negatieve consequenties). Meer recent werd in het kader van de reviews van Dekkers et al. (2022) en Hornstra et al. (2023) systematisch in kaart gebracht uit welke elementen de verschillende oudertrainingsprogramma's bestaan, ook hieruit bleek dat BPTG in veel opzichten vergelijkbaar is met buitenlandse programma's (zie voor een gedetailleerd overzicht het online supplement bij Hornstra et al. (2023)).

Studie 6

- a) Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., &

Sonuga-Barke, E. J. S. (2014). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835-847.

- b) In deze meta-analyse is het effect van gedragstherapeutische interventies, waarvan het overgrote deel oudertraining betrof, op een brede range aan kind- en ouderuitkomsten onderzocht. In totaal zijn 32 peer-reviewed randomized controlled trials (RCTs) naar gedragstherapeutische interventies voor kinderen en adolescenten (3-18 jaar) met ADHD meegenomen. De uitkomstmaten in alle RCTs waren ofwel geobserveerd door (waarschijnlijk geblindeerde) onderzoekers, ofwel gerapporteerd door ouders. Sommige uitkomstmaten waren niet blind gemeten (met name de door ouders gerapporteerde uitkomsten), andere uitkomstmaten waren (waarschijnlijk) wel blind gemeten.
- c) Op de uitkomstmaten die gerapporteerd waren door ouders en dus doorgaans niet blind waren, zijn verbeteringen te zien in de kwaliteit van het ouderschap (standardized mean difference [SMD] 0.68 voor positief ouderschap, SMD 0.57 voor negatief ouderschap), in ouders' zelfconcept over het ouderschap (SMD 0.37), en in de ADHD kenmerken (SMD 0.35), gedragsproblemen (SMD 0.26), sociale vaardigheden (SMD 0.47) en de leerprestaties (SMD 0.28) van het kind. Op de uitkomstmaten die (waarschijnlijk) wel blind zijn gemeten, zijn ook verbeteringen te zien in de kwaliteit van het ouderschap (SMD 0.63 voor positief ouderschap, SMD 0.43 voor negatief ouderschap) en in de gedragsproblemen van het kind (SMD 0.31), maar niet in ADHD kenmerken. Samengenomen is er dus zowel blind als niet-blind bewijs voor de effectiviteit van oudertraining, waaronder BPTG, op zowel het ouderschap als op het gedrag van het kind.

Studie 7

- a) Practitioner review: Current best practice in the use of parent training and other behavioral interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., van den Hoofdakker, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Asherson, P., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., ... Sonuga-Barke, E. J. (2017). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 69(9), 932-947.
- b) In deze review studie hebben experts in een vraag-en-antwoord format verschillende klinisch relevante vragen beantwoord over de toepassing van gedragstherapeutische interventies voor kinderen met ADHD in de praktijk. Dit hebben zij gedaan op basis van de best beschikbare bewijzen en kennis uit het wetenschappelijk onderzoek tot dan toe, met name meta-analyses van RCTs. De studie over BPTG (Van den Hoofdakker et al., 2007) is in deze review meegenomen in het beantwoorden van de vraag wie de interventies voor ADHD zou moeten geven en welke training en supervisie zij zouden moeten krijgen.
- c) De experts concluderen, in het verlengde van studie 6, op basis van studies met (waarschijnlijk) blinde uitkomstmaten dat oudertraining bijdraagt aan het verminderen van de gedragsproblemen die vaak samen voorkomen met ADHD, het verbeteren van het ouderschap, de kennis van ouders en de emotionele en sociale vaardigheden en schoolprestaties van kinderen. Deze verbeteringen worden behaald met zowel generieke als meer gespecialiseerde oudertrainingen, aangeboden in zowel groepen als individueel. Met betrekking tot de vraag waarin de BPTG studie is meegenomen, concluderen de experts dat een hoogwaardige training en supervisie van therapeuten in het aanbieden van oudertraining hoogstwaarschijnlijk bijdraagt aan de verbeteringen op bovengenoemde uitkomsten voor ouders en kind.

Studie 8

- a) Meta-analysis: Which Components of Parent Training Work for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B.

J. (2022). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(4), 478–494.

- b) In deze meta-analyse is onderzocht welke gedragstechnieken die ouders aanleren in oudertraining voor kinderen (<18 jaar) met ADHD het meest effectief zijn. Hierbij is gekeken naar verschillende uitkomstmaten voor ouders: positief en negatief ouderschap, ouders' competentiegevoel, de kwaliteit van de ouder-kindrelatie, en ouders' mentale gezondheid. In de meta-analyse zijn 29 RCTs meegenomen, met in totaal 39 verschillende gedragstechnieken die middels meta-regressie analyses gerelateerd zijn aan de uitkomstmaten.
- c) De resultaten laten zien dat oudertraining robuuste positieve effecten heeft op alle (blinde en niet-blinde) uitkomstmaten, wanneer de oudertrainingen worden vergeleken met de controle condities in dezelfde RCTs (standardized mean differences [SMDs] tussen 0.29 en 0.68). Een hogere dosis aan antecedente technieken was gerelateerd aan meer verbetering in het competentiegevoel en de mentale gezondheid van ouders, terwijl een hogere dosis aan consequente technieken was gerelateerd aan een grotere afname in negatief ouderschap. Een grotere dosis psycho-educatie was juist gerelateerd aan kleinere effecten op alle uitkomstmaten, mogelijk omdat de tijd die aan psycho-educatie wordt besteed (in de meta-analyse 69% van de sessies), afgaat van de tijd die in het aanleren van gedragstechnieken kan worden besteed. Het lijkt daarom belangrijk om voldoende tijd te besteden aan het aanleren van gedragstechnieken, waarbij zowel antecedente als consequente technieken unieke verbeteringen teweegbrengen bij ouders.

Studie 9

- a) Review: Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? – a metaregression analysis on child behavioral outcomes. Hornstra, R., Groenman, A. P., van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., & van den Hoofdakker, B. J. (2023). *Child and Adolescent Mental Health*, 28(2), 258–268.
- b) In deze meta-analyse is onderzocht welke gedragstechnieken die ouders aanleren in oudertraining en leerkrachttraining voor kinderen met ADHD het meest effectief zijn. In tegenstelling tot studie 8, is in deze meta-analyse gekeken naar uitkomstmaten op kindniveau: ADHD kenmerken (totaal, onoplettendheid en hyperactiviteit/impulsiviteit) en gedragsproblemen. In de meta-analyse zijn 32 RCTs meegenomen die oudertraining, leerkrachttraining, of een combinatie onderzochten voor kinderen onder de 18 jaar. De gedragstechnieken die in deze trainingen aan bod komen en de kenmerken van de trainingen (bijv. individueel of groepsformaat) zijn middels meta-regressie analyses gerelateerd aan de uitkomstmaten.
- c) De meta-analyse toont aan dat een hogere dosis psycho-educatie in oudertraining gerelateerd was aan kleinere effecten op de gedragsproblemen en ADHD kenmerken van het kind, terwijl een hogere dosis aan consequente technieken was gerelateerd aan een grotere vermindering van gedragsproblemen (standardized mean differences [SMDs] tussen 0.32 en 0.64). Trainingen die individueel werden aangeboden, waren gerelateerd aan een grotere vermindering van ADHD kenmerken (in totaal en hyperactiviteit/impulsiviteit specifiek) dan trainingen die in groepsformaat werden aangeboden.

Studie 10

- a) Sustained improvements by behavioural parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review of longer-term child and parental outcomes. Doffer, D. P. A., Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Leijten, P., Hoekstra, P. J., van den Hoofdakker, B. J., & Groenman, A. P. (2023). *JCPP Advances*, 3(3).
- b) Alhoewel bekend is dat oudertraining goed werkt op de korte termijn (direct na de training), is er weinig bekend over de effectiviteit op de langere termijn. In deze

meta-analyse zijn de langere termijn (meer dan 2 maanden na de interventie) effecten van oudertraining voor kinderen met ADHD onderzocht. Hierbij is gekeken naar uitkomstmaten op zowel het kindniveau (ADHD kenmerken, gedragsproblemen) als het ouderniveau (positief en negatief ouderschap, ouders' competentiegevoel, de kwaliteit van de ouder-kindrelatie, en ouders' mentale gezondheid). In de meta-analyse zijn van 27 studies (31 oudertraining interventies) de verschillen in effectiviteit over tijd (within-groups) en in vergelijking met de controlecondities (between-groups) onderzocht met multilevel analyses. Daarnaast is gekeken welke factoren (bijv. leeftijd, geslacht) samenhangen met de veranderingen in ADHD kenmerken en gedragsproblemen van kinderen.

- c) De meta-analyse toont aan dat op de langere termijn, van voor de interventies tot gemiddeld 5.3 maanden na de interventies, de oudertrainingen een significant effect hebben op de ADHD kenmerken ($ES=0.21$) en gedragsproblemen ($ES=0.16$) van kinderen en op positief ouderschap ($ES=0.60$), ouders' competentiegevoel ($ES=0.38$) en de kwaliteit van de ouder-kind relatie ($ES=0.21$) ten opzichte van de controlecondities (between-groups). Ook de within-groups analyses laten significante effecten van oudertraining zien op alle uitkomstmaten. Hierbij zijn nauwelijks verschillen gemeten in de periode direct na de interventie tot gemiddeld 5.3 maanden na de interventie, wat aantoont dat de behaalde effecten direct na de oudertraining grotendeels blijvend zijn op de langere termijn. Verschillende factoren lijken samen te hangen de veranderingen in de uitkomsten op kindniveau. Zo is er een grotere afname van ADHD kenmerken gevonden voor meisjes dan voor jongens en een grotere afname van gedragsproblemen voor relatief jongere kinderen. Samen laten deze resultaten zien dat oudertrainingen voor kinderen met ADHD niet alleen direct na de training, maar ook op de langere termijn effectief zijn.

Studie 11

- a) An Individual Participant Data Meta-analysis: Behavioral Treatments for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Groenman, A. P., Hornstra, R., Hoekstra, P. J., Steenhuis, L., Aghebati, A., Boyer, B. E., Buitelaar, J. K., Chronis-Tuscano, A., Daley, D., Dehkordian, P., Dvorsky, M., Franke, N., DuPaul, G. J., Gershly, N., Harvey, E., Hennig, T., Herbert, S., Langberg, J., Mautone, J. A., ... van den Hoofdakker, B. J. (2022). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(2), 144–158.
- b) In deze individual participant data (IPD) meta-analyse is onderzocht of kenmerken van ADHD, ODD en CD, ernst van functionele beperkingen, medicatiegebruik, leeftijd, geslacht, IQ, sociaaleconomische status en alleenstaand ouderschap de effecten van gedragstherapeutische behandelingen (waarvan de meeste oudertrainingen betreffen) op kenmerken van ADHD, ODD en CD en algehele beperking modereren. In deze meta-analyse zijn 21 RCTs naar gedragsmatige oudertraining voor kinderen en jongeren (<18 jaar) met ADHD meegenomen.
- c) De resultaten laten zien dat gedragstherapeutische behandelingen een significant effect hebben op kenmerken van ADHD (klein tot middelgroot effect), ODD (klein effect) en CD (klein effect) en op functionele beperkingen (middelgroot effect). Daarbij modereerde een diagnose of kenmerken van CD voorafgaand aan de interventies de uitkomsten op de ADHD, ODD en CD kenmerken na afloop van de interventies. Alleenstaand ouderschap modereerde ODD kenmerken na afloop van de interventies en de ernst van ADHD kenmerken modereerde de algehele beperking na afloop van de interventies. In de controlecondities van de RCTs waren ADHD en CD kenmerken, een CD diagnose en alleenstaand ouderschap gerelateerd aan een verergering van de symptomen, terwijl dit niet het geval was voor gezinnen die een interventie kregen. Deze bevindingen tonen aan dat gedragstherapeutische behandelingen werken voor het verminderen van ADHD, ODD en CD kenmerken en functionele beperkingen van kinderen met ADHD.

Daarnaast laat de studie zien dat de problemen van kinderen met ernstige ADHD en CD kenmerken en die van kinderen van alleenstaande ouders kunnen verergeren wanneer zij op een wachtlijst staan. Wanneer zij gedragstherapeutische behandeling krijgen is dat niet het geval. De auteurs adviseren dan ook om deze groepen te prioriteren in het aanbieden van oudertraining, om mogelijke verergering te voorkomen.

5. Samenvatting Werkzame elementen

De *inhoudelijke werkzame elementen* van BPTG voor het bereiken van de gestelde doelen zijn de antecedente gedragstechnieken en de consequente gedragstechnieken die aan ouders worden geleerd. Verschillende meta-analyses naar oudertraining voor kinderen met ADHD kenmerken en gedragsproblemen hebben aangetoond dat antecedente technieken resulteerden in de grootste verbetering in het competentiegevoel en de mentale gezondheid van ouders (Dekkers et al., 2022), terwijl consequente technieken resulteerden in de grootste afname in gedragsproblemen van het kind (Hornstra et al., 2023; Leijten et al., 2019) en negatief ouderschap (Dekkers et al., 2022). Een microtrial, waarin gebruik is gemaakt van de Gedragingenlijst die ook bij BPTG gebruikt wordt, liet ook zien dat beide soorten technieken effectief zijn in het verminderen van gedragsproblemen (Hornstra et al., 2021). Hierbij waren de antecedente technieken sneller effectief, en werkten ze beter dan consequente technieken in het verminderen van aandachtsproblemen.

De *praktisch werkzame elementen* van BPTG kunnen worden gevonden in de hoogwaardige training en supervisie van therapeuten, die hoogstwaarschijnlijk bijdragen aan het verbeteren van de opvoedvaardigheden en kennis van ouders en het verminderen van de gedragsproblemen (Daley et al., 2017). Ook is de achtergrond van therapeuten mogelijk van invloed: therapeuten die reeds ervaring hebben met gedragstherapeutische oudertraining en/of post-academisch geschoold zijn in de gedragstherapie maken zich de behandeling gemakkelijker eigen. Daarnaast bevordert de betrokkenheid van ouders mogelijk de werkzaamheid van de oudertraining. Betrokkenheid wordt tijdens de bijeenkomsten gestimuleerd door interactieve werkvormen (bijv. stoplichtspel, rollenspellen) en buiten de bijeenkomsten door huiswerkopdrachten die met ouders worden voor- en nabesproken.

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.

Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and Competencies. *Pediatrics in Review*, 21(8), 265-271.

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.

Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L., & Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 339, 860-866.

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

Breider, S., de Bildt, A., Nauta, M.H., Hoekstra, P.J., van den Hoofdakker, B.J. (2019). Self-directed or therapist-led parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder? A randomized controlled non-inferiority pilot trial. *Internet Interventions*, 18. 100262.

Chacko, A., Allan, C.C., Uderman, J., Cornwell, M., Anderson, L., & Chimiklis, 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, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Asherson, P., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., ... Sonuga-Barke, E. J. (2017). Practitioner review: Current best practice in the use of parent training and other behavioral interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 69(9), 932–947.

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.

De Jong, S.R.C., van den Hoofdakker, B.J., van der Veen-Mulders, L., Veenman, B., Twisk, J.W.R., Oosterlaan, J., & Luman, M. (2023). The efficacy of a self-help parenting program for parents of children with externalizing behavior: a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 32(10), 2031-2042.

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.

Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2022). Meta-analysis: Which Components of Parent Training Work for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(4), 478–494.

Doffer, D. P. A., Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Leijten, P., Hoekstra, P. J., van den Hoofdakker, B. J., & Groenman, A. P. (2023). Sustained improvements by behavioural parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review of longer-term child and parental outcomes. *JCPP Advances*, 3(3).

Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology, 7*(2), 113–116.

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry, 24*(4), 562–575.

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.

Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. v., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K.-P., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J. M., Ribases, M., & Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology, 28*(10), 1059–1088.

Groenman, A. P., Hornstra, R., Hoekstra, P. J., Steenhuis, L., Aghebati, A., Boyer, B. E., Buitelaar, J. K., Chronis-Tuscano, A., Daley, D., Dehkordian, P., Dvorsky, M., Franke, N., DuPaul, G. J., Gershly, N., Harvey, E., Hennig, T., Herbert, S., Langberg, J., Mautone, J. A., ... van den Hoofdakker, B. J. (2022). An Individual Participant Data Meta-analysis: Behavioral Treatments for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61*(2), 144–158.

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.

Hornstra, R., Groenman, A. P., van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., & van den Hoofdakker, B. J. (2023). Review: Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? – a meta-regression analysis on child behavioral outcomes. *Child and Adolescent Mental Health, 28*(2), 258–268.

Hornstra, R., van der Oord, S., Staff, A. I., Hoekstra, P. J., Oosterlaan, J., van der Veen-Mulders, L., Luman, M., & van den Hoofdakker, B. J. (2021). Which Techniques Work in Behavioral Parent Training for Children with ADHD? A Randomized Controlled Microtrial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 50*(6), 888–903.

Hulsbosch, A.-K., de Meyer, H., Beckers, T., Danckaerts, M., van Lierferinge, D., Tripp, G., & van der Oord, S. (2021). Systematic Review: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Instrumental Learning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60*(11), 1367–1381.

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

Johansen, E. B., Killeen, P. R., Russell, V. A., Tripp, G., Wickens, J. R., Tannock, R., Williams, J., & Sagvolden, T. (2009). Origins of altered reinforcement effects in ADHD. In *Behavioral and Brain Functions* (Vol. 5).

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.

Lipszyc, J., & Schachar, R. (2010). Inhibitory control and psychopathology: A meta-analysis of studies using the stop signal task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(6), 1064–1076.

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.

Luman, M., Tripp, G., & Scheres, A. (2010). Identifying the neurobiology of altered reinforcement sensitivity in ADHD: A review and research agenda. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 34, Issue 5, pp. 744–754).

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.

Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD: Etiology, Heterogeneity, and Early Life Course. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2(1), 559–583.

Nobel, E., Hoekstra, P.J., Brunnekreef, A.J., Messink-de Vries, D.E.H., Fischer, B., Emmelkamp, P.M.G., van den Hoofdakker, B.J. (2020). Home-based parent training for school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder and behavior problems with remaining impairing disruptive behaviors after routine treatment: a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 395-408.

Noordermeer, S. D. S., Luman, M., Buitelaar, J. K., Hartman, C. A., Hoekstra, P. J., Franke, B., Faraone, S. v., Heslenfeld, D. J., & Oosterlaan, J. (2020). Neurocognitive Deficits in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With and Without Comorbid Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 24(9), 1317–1329.

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.

Rapport, 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.

Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2011). Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1233–1241.

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., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: Evidence for the dissociation of timing, inhibitory and delay-related impairments in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 345–355.

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. (2018). Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. *American Journal of Psychiatry*, 175(10), 943–950.

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 Oord, S., & Tripp, G. (2020). How to Improve Behavioral Parent and Teacher Training for Children with ADHD: Integrating Empirical Research on Learning and Motivation into Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(4), 577–604.

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 Kenniscentrum Sport & Beweging, 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.

