

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/56458>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <http://www.researchgate.net/publication/254871952>

# Onderzoeksprogrammering Opvoed- en Opgroei-ondersteuning. Een ZonMw programmeringsstudie. Adviesrapport ten behoeve van ZonMw Programma Jeugd

ARTICLE

---

DOWNLOADS

79

---

VIEWS

15

3 AUTHORS:



[Mariska Klein Velderman](#)

TNO

40 PUBLICATIONS 314 CITATIONS

SEE PROFILE



[Clemens M H Hosman](#)

Radboud University Nijmegen

68 PUBLICATIONS 1,142 CITATIONS

SEE PROFILE



[Theo Paulussen](#)

TNO

69 PUBLICATIONS 1,041 CITATIONS

SEE PROFILE

## TNO-rapport

**KvL/P&Z 2006.100**

## Onderzoeksprogrammering Opvoed- en Opgroeiondersteuning

Datum	24 januari 2007
Auteur(s)	M. Klein Velderman* C.M.H. Hosman** T.G.W.M. Paulussen*
	* TNO Kwaliteit van Leven ** Radboud Universiteit Nijmegen
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnummer	031.10706
Rubricering rapport	ZonMw Programmeringsstudie Jeugd, Deelstudie 2
Aantal pagina's	240 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	4



Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding.....</b>	<b>5</b>
1.1	Modern ouderschap.....	5
1.2	Politieke bemoeienis.....	6
1.3	Hedendaagse opvoed- en opgroeiondersteuning.....	7
1.4	Programmeringsstudie Jeugd.....	9
1.5	Operationalisering centrale begrippen Deelstudie II.....	10
1.6	Opbouw rapport.....	14
<b>2</b>	<b>Opzet van het onderzoek.....</b>	<b>17</b>
2.1	Probleemstelling.....	17
2.2	Werkwijze met betrekking tot signaleringsinstrumenten.....	18
2.3	Werkwijze met betrekking tot selectieve en geïndiceerde interventies.....	18
2.4	Nationaal aanbod.....	21
2.5	Verwerking resultaten.....	21
	<b>Resultaten deel A: Kennis over signaleringsinstrumenten voor vroegtijdige signalering en risicotaxatie bij kinderen en jeugdigen ten behoeve van opvoed- en opgroeiondersteuning.....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>Signaleringsinstrumenten op het gebied van opvoed- en opgroeiondersteuning ...</b>	<b>25</b>
3.1	Signaleren van een zorgwekkende opvoeding en/of ontwikkeling: <i>Meten + Delen</i> .....	25
3.2	Inventrapport.....	29
3.3	Overzicht van signaleringslijsten betreffende psychische problematiek bij jeugdigen door Valenkamp en collega's.....	36
3.4	Signaleringslijsten betreffende psychosociale problematiek bij jeugdigen: Overig onderzoek.....	39
3.5	Gebruik van 'Computerized Adaptive Testing' in vroegsignalering van psychosociale problemen in de JGZ (IRT-CAT).....	41
3.6	Signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties.....	42
3.7	Conclusie.....	44
	<b>Resultaten deel B: Kennis over effectiviteit van interventies op het terrein van opvoed- en opgroeiondersteuning.....</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>Overzichtsstudies van selectieve en geïndiceerde interventies voor opvoed- en opgroeiondersteuning.....</b>	<b>49</b>
4.1	Internationale overzichtsstudies.....	49
4.2	Nationale overzichtsstudies.....	49
	Preventie van internaliserende problematiek.....	50
4.3	Preventie van internaliserende problematiek: Internationale overzichtsstudies.....	50
4.4	Preventie van internaliserende problematiek: Nationale overzichtsstudies.....	55
	Preventie van externaliserende problematiek.....	58
4.5	Preventie van externaliserende problematiek: Internationale overzichtsstudies.....	58
4.6	Preventie van externaliserende problematiek: Nationale overzichtsstudies.....	63
	Preventie van meervoudige of overige problematiek.....	70
4.7	Preventie van meervoudige of overige problematiek: Internationale overzichtsstudies.....	70
4.8	Preventie van meervoudige of overige problematiek: Nationale overzichtsstudies.....	76
	Preventie bij aanwezig risicofactoren op het niveau van het kind.....	76

4.9	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het kind: Internationale overzichtsstudies.....	76
4.10	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het kind: Nationale overzichtsstudies.....	77
	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Kindermishandeling.....	78
4.11	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Kindermishandeling: Internationale overzichtsstudies.....	78
4.12	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Kindermishandeling: Nationale overzichtsstudies.....	89
	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Echtscheiding of overlijden binnen het gezin.....	93
4.13	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Echtscheiding of overlijden binnen het gezin: Internationale overzichtsstudies.....	93
4.14	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Echtscheiding of overlijden binnen het gezin: Nationale overzichtsstudies.....	99
	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Ouders met psychiatrische problemen of met een verslaving.....	102
4.15	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Ouders met psychiatrische problemen of met een verslaving: Internationale overzichtsstudies.....	102
4.16	Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Ouders met psychiatrische problemen of met een verslaving: Nationale overzichtsstudies.....	107
	Overige overzichten van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's ...	110
4.17	Overige internationale overzichten van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's.....	110
4.18	Overige nationale overzichten van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's.....	115
4.19	Inventrapport.....	121
4.20	Systematisch overzicht in Bijlage C.....	129
<b>5</b>	<b>In Nederland toegepaste interventies voor opvoed- en opgroeiondersteuning (inventarisatie NIZW).....</b>	<b>131</b>
5.1	NIZW onderzoek ten behoeve van effectieve opvoedondersteuning in de jeugdgezondheidszorg.....	132
5.2	Aansluiting jeugdinterventies in de DEI bij interventies in de (inter)nationale overzichtsstudies.....	137
5.3	Tot slot.....	141
<b>6</b>	<b>Conclusie en discussie.....</b>	<b>143</b>
6.1	Signaleringsinstrumenten.....	143
6.2	Selectieve en geïndiceerde interventies op het terrein van opvoed- en opgroeiondersteuning.....	153
6.3	Invoering van evidence-based instrumenten en interventies.....	167
6.4	Kanttekeningen bij gepresenteerde conclusies.....	171
<b>7</b>	<b>Geraadpleegde literatuur.....</b>	<b>173</b>

**Bijlage(n)**

- A Referenties signaleringsinstrumenten en interventies
- B Vragenlijstkenmerken van geëvalueerde lijsten in de publicatie van Reijneveld en collega's (2002)
- C Systematisch, alfabetisch overzicht van de in Hoofdstuk 4 besproken interventieprogramma's
- D Overzicht meest gebruikte interventies in de JGZ (ontleend aan Prinsen, 2006)

# 1 Inleiding

Dit rapport betreft de rapportage van deelstudie II van de Programmeringsstudie Jeugd van ZonMw 2006. Doel van deze deelstudie is allereerst het inventariseren en evalueren van de beschikbare kennis over effectieve interventies en signaleringsinstrumenten op het terrein van opvoed- en opgroeiondersteuning om de psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en adolescenten (-9 maanden tot 23 jaar) te bevorderen. Ten tweede, beoogt deze deelstudie lacunes en tegenstrijdigheden in de beschikbare wetenschappelijk kennis te identificeren.

De Programmeringsstudie Jeugd wordt uitgevoerd in het kader het Kennisprogramma Jeugd van VWS. In dit kennisprogramma worden drie functie onderscheiden: kennisproductie, kennisbeheer en kennisimplementatie. De Programmeringsstudie van ZonMw is bedoeld als een basis voor de invulling van de kennisproductiefunctie, die bij ZonMw is ondergebracht. De Programmeringsstudie omvat drie deelstudies. Naast de hier beschreven deelstudie worden ook deelstudies uitgevoerd naar de beschikbare kennis over pedagogische basisvoorzieningen en jeugdzorg en de behoefte aan verder onderzoek op deze terreinen.

Alvorens ingegaan wordt op de opzet van het onderzoek wordt eerst het algemene kader geschetst van deze tweede deelstudie op het gebied van opvoed- en opgroeiondersteuning.

## 1.1 Modern ouderschap

“Goed ouderschap is een uitvinding van de modernisatie. In de traditionele maatschappij liet de ontwikkeling en het welbevinden van kinderen jonger dan twee jaar de moeders onverschillig. In de moderne maatschappij plaatsen zij het welzijn van hun jonge kinderen boven alles”, aldus Edward Shorter (1976, p. 168). In de jaren zeventig beschreven Shorter en collega's in het veld de ontwikkeling van het postmoderne gezin. In de middeleeuwen bestond de kindertijd niet als aparte fase in het leven van de mens. Zodra men zonder continue verzorging kon leven, werd men onderdeel van de volwassen maatschappij. Dit hield in dat kinderen werden gezien als volwassen en zich ook zo gedroegen: ze hadden hetzelfde soort kleren en deden volwassen werk. Door de jaren heen ontwikkelde er echter aparte aandacht voor kinderen. Dit ontstond vanaf de zeventiende eeuw, om te beginnen bij de gegoede burgerij. Kinderen kregen eigen kleding, speelgoed, literatuur en onderwijs. Ook veranderde de manier waarop men tegen kinderen aankeek. Kinderen werden gezien als “kleine mensjes wier gevoelens konden en zouden moeten worden begrepen, met wie gespeeld moest worden als met speelgoed en huisdieren, en van wie bovenal genoten moest worden” (Anderson, 1995). Daarbij werd het steeds meer als een verantwoordelijkheid gezien om zorg te dragen voor deze kwetsbare mensjes die begrepen en beschermd moesten worden; schepsels met goed en slecht potentieel die gedisciplineerd moesten worden om te zorgen dat hun aangeboren slechte eigenschappen werden onderdrukt en het goede werd gekoesterd. Op deze wijze werd het moderne beeld van ouderschap geboren met bijbehorende verplichtingen aan kind en maatschappij (Anderson, 1995).

## 1.2 Politieke bemoeienis

Halverwege de twintigste eeuw kwam na de Tweede Wereldoorlog langzaam de economie weer op gang. Tot in de jaren vijftig moesten veel mensen zuinig zijn en heerste er schaarste in vele gezinnen. Bovendien ontstond er direct na de oorlog een 'geboortegolf'. Juist in deze naoorlogse periode was er een toename te zien van echtscheidingen, ongehuwd moederschap en 'verwilderde jeugd'. Via de kinderbescherming kwamen veel kinderen terecht in kindertehuizen of pleeggezinnen. De politiek vreesde hierdoor alle verlies aan normen en gezagrespect in gezin en samenleving (Kooy, 1985).

De Nederlandse politiek was in deze naoorlogse periode erg eensgezind over de fundamentele waarde van huwelijk en gezin voor de samenleving (Peeters, Dresen-Coenders, Brandenburg, 1994). Zij steunden de campagne 'gezinsherstel is volksherstel' die de kerken in 1946 voerden. De overheid richtte bovendien in 1952 een ministerie van Maatschappelijk Werk in dat zich voornamelijk richtte op de bescherming, het herstel en versterking van de gezinsgemeenschap als kracht in de maatschappij. Hiertoe kon gebruik gemaakt worden van voorzieningen zoals gezinsverzorging, bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, medisch opvoedkundige bureaus, algemeen maatschappelijk werk en sociale wetgeving ingesteld om het gezin te versterken (Kooy, 1985; Peeters e.a., 1994). De kinderbescherming viel onder het Ministerie van Justitie en het jeugdbeleid was een verantwoordelijkheid van de Minister van Onderwijs. De overheid had op deze wijze de nodige middelen in handen gekregen om het zogenoemde zedelijkheids- en beschavingsoffensief te voeren en was daarbij bereid hiervoor de financiële middelen te verschaffen.

In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw liet de Nederlandse bevolking steeds meer de traditionele verbanden los. De sociale controle vanuit dorp, buurt, familie en kerk nam steeds verder af en individualisering van het leven nam steeds verder toe. Tegelijkertijd groeide, mede door veranderingen in onderwijs- en beroepsperspectieven, de onzekerheid over de opvoeding. In reactie hierop trachten deskundigen nieuwe zekerheden te bieden. Waar kort tevoren veel strenge medische opvattingen overheersten met betrekking tot rust, reinheid en regelmaat ter bestrijding van zuigelingensterfte, werd nu meer aandacht geschonken aan het emotionele welbevinden en de psychische ontwikkeling van kinderen. Moeders ervoeren dat hun verantwoordelijkheid hierin groot was. Zij werden geacht voortdurend beschikbaar te zijn en prompt en adequaat te reageren op signalen van hun kinderen. Zij dienden zich deskundige kennis eigen te maken, terwijl de verzorgende en opvoedende taak vaak alleen op hen aankwam. Echter, faalden zij, dan waren er deskundigen op het gebied van om hen te adviseren met betrekking tot opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen (Peeters e.a., 1994).

In deze context ontwikkelde zich in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw, binnen de gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening, een professionele sector die specifiek gericht was op opvoedingsvoorlichting, gezondheidsvoorlichting, preventie en gezondheidsbevordering. Voorlichtings-, ondersteunings- en preventieprogramma's voor kinderen en jeugdigen werden ontwikkeld door JGZ-medewerkers, jeugdhulpverleners en door het groeiend potentieel aan gespecialiseerde gezondheidsvoorlichters en preventiewerkers, inmiddels werkzaam bij GGD-en, thuiszorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Deze ontwikkeling werd van overheidswege ondersteund door meerdere ministeries, met name op het gebied van Volksgezondheid en Justitie. Meer dan in andere Europese



landen hebben in ons land landelijke instituten en onderzoeksinstituten een grote rol gespeeld in de verdere ontwikkeling van preventieve zorg en opvoedondersteuning voor kinderen en jeugdigen. Dit geldt in het bijzonder voor het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), TNO Preventie, het Trimbos-instituut en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Vragen omtrent effectiviteit speelden tot de jaren negentig echter nauwelijks enige rol.

### 1.3 Hedendaagse opvoed- en opgroeiondersteuning

Inmiddels is er, aan het einde van de 20<sup>e</sup>, begin van de 21<sup>e</sup> eeuw, met betrekking tot ondersteuning van gezinnen en de ontwikkeling van kinderen veel bereikt. Waar het gaat om opvoedingsondersteuning omschrijft Jo Hermanns (2006) het als volgt: Er is geen sprake meer van een beschavingsoffensief, van psychohygiëne of bevoogding. Het gaat niet langer om compensatie van ouderlijke tekorten. We streven ernaar om wat normaal vanzelf gaat weer normaal te laten gaan. Daarbij bestaan er talloze initiatieven en zijn deze initiatieven steeds meer theoretisch en wetenschappelijk onderbouwd. Bovendien zijn er opleidingen beschikbaar voor de deskundigen die deze opvoedingsondersteuning verzorgen. De tijd is aangebroken “om van opvoedingsondersteuning een vak te maken dat evidence-based, maar wel flexibel en vraaggestuurd opvoeders die dat nodig hebben helpt bij het opvoeden”, aldus Hermanns (2006).

Het veld van de *opvoed- en opgroeiondersteuning* is de laatste jaren volop in beweging. “De Jeugd heeft de toekomst”, zo opent de Operatie Jong het rapport ‘Sterk en resultaatgericht voor de jeugd’ in 2004 (Operatie Jong, 2004). Er wordt benadrukt dat het kabinet in het nieuwe beleid in tegenstelling tot instellingen, organisaties en departementen, het kind centraal stelt: niet alleen het kind dat zich goed ontwikkelt tot de volwassenheid, maar juist ook de steeds grotere groep jongeren die met problemen kampt. Want, zo stelt Operatie Jong, “De groep jongeren met problemen groeit, de ernst van hun problemen neemt toe en de problemen ontstaan op steeds jongere leeftijd.”

#### 1.3.1 *Operatie Jong*

Operatie Jong stelt een twaalftal thema's centraal. Hiervan zijn er vier in het bijzonder relevant voor de onderhavige studie. Zo stelt Operatie Jong allereerst dat rondom scholen een sluitend aanbod moet komen van zorg, zodat kinderen met problemen beter geholpen kunnen worden. Vroegsignalering is één van de speerpunten van Operatie Jong, zo luidt hun vierde thema: “Problemen bij kinderen en jongeren moeten tijdig worden gesignaleerd, instanties moeten van elkaar weten wie signalen opvangt, welke interventies plaatsvinden en wie waarvoor verantwoordelijk is.” Andere relevante thema's zijn thema 8, “Het samenwerken met verschillende partners in een ‘keten’ vraagt om een goede informatie-uitwisseling tussen verschillende instellingen en sectoren. Belemmeringen daarin moeten snel worden weggevoerd.” en thema 10, “Er zijn verschillende programma's om jongeren te helpen. Die moeten worden getoetst op effectiviteit en kwaliteit en beter op elkaar worden afgestemd.”

#### 1.3.2 *Inventgroep*

Door de staatssecretaris van VWS, mevrouw drs. Clémence Ross-van Dorp werd naar aanleiding van de speerpunten van de Operatie Jong een ‘Inventgroep’ samengesteld die gevraagd werd deze nader te evalueren en adviezen uit te brengen over de concretisering van deze speerpunten. De wetenschappers van de Inventgroep werden

verzocht de staatssecretaris te adviseren over vroegtijdige signalering van gedrags- en opvoedingsproblemen bij kinderen, vroegtijdige interventies om deze problemen te verminderen of te voorkómen en over de minimale infrastructuur om deze signalering en interventies mogelijk te maken.

De Inventgroep onderschrijft in haar eindrapport de noodzaak van vroegtijdig signaleren en ingrijpen. Het rendement van vroege investeringen in het opvoeden en opgroeien, is groter dan dat van latere investeringen, zo stellen de auteurs. Echter, een groot deel van nationaal en internationaal beschikbare signaleringsinstrumenten en interventies zijn niet in het Nederlands vertaald, aangepast en op werkzaamheid getoetst. “Een gecoördineerd en langdurig onderzoeksprogramma zal noodzakelijk zijn om deze methodische ontwikkeling op niveau te brengen” (Inventgroep; Hermanns, Öry, & Schrijvers, 2005, p. 11).

In het kader van bovenstaande constatering dat een langdurig en systematisch onderzoeksprogramma nodig is met betrekking tot signaleringsinstrumenten en interventies voor de jeugd (Inventgroep, 2005), moet ook de Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg (Dijkstra e.a., 2001) worden genoemd. Deze studie, waarvan in 2001/2002 het eerste deel werd uitgevoerd, had tot doel om een onderzoeksprogrammering en -prioritering op te stellen voor het effectonderzoek in de jeugdgezondheidszorg. Ten behoeve van een geactualiserende onderzoeksprogrammering en -prioritering, ten behoeve van een evidence-based jeugdgezondheidszorg, verscheen in opdracht van ZonMw in 2005 een update van deze programmeringsstudie. In deze studie was men op basis van literatuuronderzoek en behoeftepeilingen onder deskundigen en uitvoerenden tot een soortgelijke conclusie als bovenstaand gekomen: er bleek een grote behoefte te zijn aan onderzoek naar de doelmatigheid, doeltreffendheid en uitvoerbaarheid van onderkenning en begeleiding van zorgwekkende opvoedingssituaties. Bovendien was er behoefte aan ontwikkelingsonderzoek naar betere signaleringsinstrumenten en methoden voor het volgen en beïnvloeden van de ontwikkeling van kinderen. Dit werd onderschreven door Kooijman en Prinsen (2003) die met betrekking tot het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties de aanbeveling deden onderzoek toe te spitsen op de vergroting van de effectiviteit van de methode en verbetering van de betrouwbaarheid en validiteit van signaleringsinstrumenten. In 2005 werd er in een update van de Programmeringstudie wegens de hoge mate van aandacht voor opvoedingsproblemen en opvoedondersteuning in onderzoek, praktijk en beleid, voor gekozen het monitoren van opvoedingsproblemen van ouders, de zorgbehoefte van ouders en de gegeven voorlichting en het advies bij hun opvoedingsproblemen apart op te nemen en *zeer hoge prioriteit* te geven (Neppelenbroek e.a., 2005).

Samengevat, wordt zowel door de overheid, deskundigen en praktijk met betrekking tot ondersteuning van opvoeding en ontwikkeling van de jeugd de eis van evidence-based werken gesteld, maar blijkt er een methodische lacune op dit gebied te bestaan. In aansluiting op deze lacune heeft het Ministerie van VWS recent het initiatief genomen een Kennisprogramma Jeugd in te richten. Dit programma zal ten doel hebben de jeugdzorg te optimaliseren waar het gaat om effectiviteit, en daarnaast met betrekking tot de doelmatigheid de knelpunten verminderen via verbetering van kennisontwikkeling, kennisbeheer en kennisimplementatie.

## 1.4 Programmeringsstudie Jeugd

### 1.4.1 Doel programmeringsstudie

Ter voorbereiding van het in te richten Kennisprogramma Jeugd, is door ZonMw een programmeringsstudie geïnitieerd. In deze Programmeringsstudie Jeugd staat de inventarisatie van kennis over (de toepassing van) interventies in de zorg aan jeugdigen centraal: welke lacunes en tegenstrijdigheden vertoont de huidige kennis en welke acties zijn er nodig om in deze leemtes te voorzien? ZonMw zal de resultaten van deze programmeringsstudie, gecombineerd met resultaten van andere voorbereidende activiteiten gebruiken voor het inrichten van het nieuwe Kennisprogramma Jeugd.

### 1.4.2 Drie deelstudies

De Programmeringsstudie Jeugd is opgedeeld in drie deelstudies die samen alle sectoren van preventie en zorg voor jeugd omspannen. De eerste deelstudie richt zich op signaleringsinstrumenten en interventies die passen binnen de pedagogische basisvoorzieningen en worden gebruikt ter stimulering van de *normale ontwikkeling* van kinderen. Het betreft signaleringsinstrumenten en interventies die voor alle kinderen in Nederland beschikbaar zijn. Het betreft hier de *universele preventie* die gericht is op de gehele populatie (zie ook Hermanns e.a., 2005). In de tweede deelstudie staan voorzieningen centraal voor kinderen en ouders die opvoed- en opgroei-ondersteuning nodig hebben vanwege dreigende of beginnende problemen (zie onderstaand). Het betreft *selectieve* of *geïndiceerde preventieprogramma's*. Tot slot richt de derde deelstudie zich op signaleringsinstrumenten en interventies voor situaties waarin jeugdigen (en hun ouders) begeleiding en behandeling nodig hebben vanwege reeds bestaande ernstige opvoed- en opgroei-problemen. In deze situaties is sprake van klinische interventies of *geïndiceerde zorg*, waarvoor door gespecialiseerde voorzieningen hulp, behandeling of zorg wordt aangeboden (Hermanns e.a., 2005). Deze drie deelstudies van de Programmeringsstudie Jeugd zullen uiteindelijk mede leiden tot een nieuw ZonMw Programma Jeugd. Daarmee zal nadere invulling gegeven kunnen worden aan het noodzakelijke gecoördineerde onderzoeksprogramma waar de Inventgroep (Hermanns e.a., 2005) aan refereert.

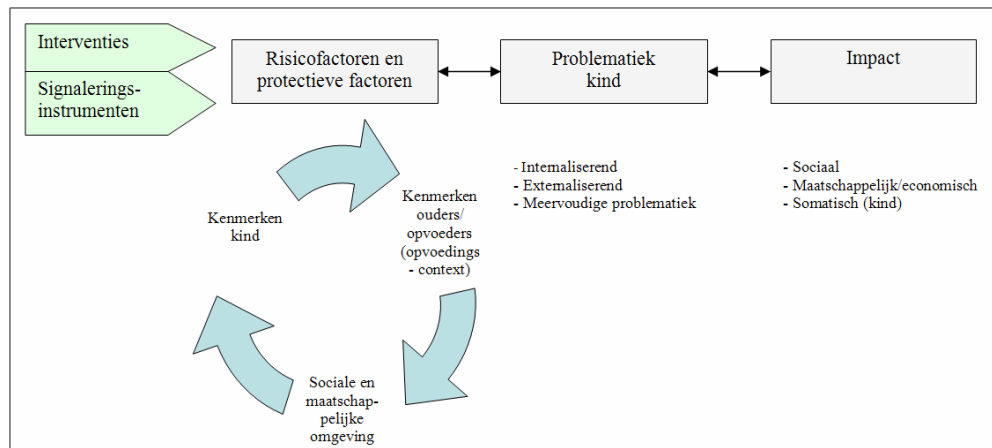
### 1.4.3 Deelstudie 2

Dit rapport doet verslag van de tweede deelstudie van de ZonMw Programmeringsstudie Jeugd. Het domein van de programmeringsstudie betreft de psychische, sociale en cognitieve problemen van kinderen en jeugdigen tot 23 jaar. In de voorliggende tweede deelstudie zal een overzicht gegeven worden van de beschikbare kennis over signaleringsinstrumenten en interventies met betrekking tot (a) het bevorderen van een normale ontwikkeling bij dreigende problemen en (b) het helpen bij beginnende problemen. Met deze deelstudie wordt daarmee een nadere aanzet gegeven tot het in kaart brengen van de lacunes op het gebied van signaleringsinstrumenten en interventieprogramma's op het gebied van *selectieve* en *geïndiceerde* opvoed- en opgroei-ondersteuning.

Bij *selectieve* vroegtijdige opvoed- en opgroei-ondersteuning is sprake van een risicogroepenbenadering (Hermanns e.a., 2005; Mrazek & Haggerty, 1994). Men biedt geen zorg aan de gehele populatie, maar ondersteuning op individueel of groepsniveau aan subpopulaties waarvan men op basis van onderzoek weet dat ze verhoogde risico's hebben voor het ontwikkelen van psychische, sociale of cognitieve problemen. Het gaat

bijvoorbeeld om interventies gericht op kinderen van ouders met psychiatrische problematiek.

Bij *geïndiceerde* vroegtijdige opvoed- en opgroei-ondersteuning richt men zich op individuele opvoeders of kinderen die geselecteerd worden door een geïndividualiseerde screening (op grond van aanwezigheid van een aantal risicofactoren); of die risicotrajecten zijn ingegaan (de eerste signalen van beginnende problemen afgeven).



Figuur 1: Modelweergave van de aandachtsgebieden binnen deelstudie 2 van de ZonMw Programmeringsstudie Jeugd.

Figuur 1 biedt een modelweergave van de aandachtsgebieden die binnen deze tweede deelstudie centraal staan. We maken onderscheid tussen risicofactoren en protectieve factoren, problematiek van het kind, en de impact van deze problematiek op sociaal, maatschappelijk, economisch en somatisch vlak. Op basis van voorgaande definiëring van selectieve en geïndiceerde ondersteuning kunnen we dus stellen dat voor de signaleringsinstrumenten en interventies die in deze tweede deelstudie centraal staan, de risicofactoren en protectieve factoren links in het model een centrale positie hebben (zie verder interventiedoelen in Hoofdstuk 2; Paragraaf 2.3.3).

Hierbij dient vermeld dat wij ons *niet* richten op het gehele werkterrein van de selectieve en geïndiceerde interventies op het gebied van jeugd. Wij richten ons specifiek op opvoed- en opgroei-ondersteuning bij dreigende psychische, sociale en cognitieve problemen van kinderen en jeugdigen. Hier valt bijvoorbeeld niet het begeleiden van de financiën van de opvoeder of jeugdige onder. Bovendien richten wij ons niet op het primair bevorderen van de fysieke ontwikkeling van de kinderen of jeugdigen.

## 1.5 Operationalisering centrale begrippen Deelstudie II

Met betrekking tot de hantering van de term 'risico' versus de term 'probleem' bestaan verschillende optieken. In sommige optieken wordt de risicosituatie zelf als het focale probleem beschouwd, in andere optieken staat het probleem waartoe de risicosituatie kan leiden centraal. In een pedagogische of ontwikkelingspsychologische benadering worden voor de pedagogiek specifieke risicosituaties, zoals kindermishandeling of een onveilig opvoedingsklimaat, vaak als het focale probleem gedefinieerd. In aansluiting hierop wordt de vermindering van risicofactoren en risicogedrag gezien als het primaire einddoel en succes criterium van opvoedingsondersteunende interventies. Zo

benoemden Asscher en Paulussen-Hoogenboom (2005) opvoedingsgedrag als uitkomstmaat, “juist omdat ouders via opvoeding de noodzakelijke voorwaarden voor de ontwikkeling van kinderen scheppen” (p.57). In een preventieve gezondheidszorg optiek echter, wordt vaak ook de uiteindelijk te voorkomen problematiek als uitgangspunt genomen en vormt een aantoonbare vermindering van deze problematiek de eindterm waaraan het succes van interventies wordt afgemeten. Zo kunnen bijvoorbeeld in het jeugdbeleid de preventie van kindermishandeling en negatief opvoedingsgedrag benoemd worden als kerndoelen, of de preventie van psychische en fysieke schade die het gevolg kunnen zijn van blootstelling aan dergelijke risicofactoren. In deze laatste optiek vormt de vermindering van risicofactoren het intermediaire korte termijn doel. In dit onderzoek is gekozen voor het laatste perspectief waarbij we onder problematiek overwegend voor een psychiatrische diagnose in aanmerking komende problemen bij het kind of de jongere scharen. Dit laat overigens onverlet dat er een goede reden kan zijn om preventiebeleid specifiek te richten op bepaalde risicofactoren, met name wanneer er sprake is van risicofactoren met een breed-spectrum-effect, dat wil zeggen risicofactoren die de kans verhogen op verschillende soorten problemen. Kindermishandeling is een voorbeeld van een dergelijke gemeenschappelijke risicofactor<sup>1</sup>.

### 1.5.1 *Problematiek*

Risicofactoren en protectieve factoren (links in Figuur 1, zie verder Paragraaf 1.5.2) kunnen gebruikt worden om een inschatting te maken van het risico voor het ontstaan van bepaalde problematiek (Figuur 1, midden). De *preventie* van deze problematiek of het *verminderen* van eerste signalen van deze problematiek, betreffen interventiedoelen van de interventies die in deze studie centraal staan. In dit onderzoek scharen we onder problematiek overwegend voor een psychiatrische diagnose in aanmerking komende problemen. Hierbij maken we in aansluiting op het empirische onderzoek naar problemen bij kinderen en jeugdigen (vgl. b.v. Achenbach, 1988) een onderscheid tussen internaliserende, externaliserende en meervoudige problematiek van kinderen tot 23 jaar. Voor alle duidelijkheid, bij de kinderen in de geïnccludeerde studies is dus nog géén sprake van diagnostiseerbare problemen op dit terrein. Er is hooguit sprake van een ‘*hoog risico*’ voor dergelijke problematiek of van *eerste signalen* van internaliserende of externaliserende problemen.

De term ‘internaliserende stoornis’ verwijst naar condities waarin sprake is van verstoringen in iemands emotie of gemoedstoestand (Kovacs & Devlin, 1998). Wanneer gesproken wordt over internaliserende stoornissen, gaat het om stoornissen waarbij het kind probleemgedrag uit in de vorm van terugtrekking, angst, depressiviteit of somatische klachten. In deze studie spreken we over ‘internaliserende problematiek’. Hieronder vallen: angststoornissen, dissociatieve stoornissen, hechtingsstoornis, post traumatische stressstoornis, aanpassingsstoornis, bipolaire stoornis, depressieve stoornis, suïciderisico, paniekstoornis en ernstige identiteitsproblematiek.

Er is over het algemeen een consensus in de literatuur over het soort gedragingen dat geschaard kan worden onder ‘externaliserende problematiek’ (Keil & Price, 2006). Het betreft gedragingen die naar buiten gericht en verstorend zijn en vaak het schenden van maatschappelijke normen, het vernielen van eigendommen en schade berokkenen aan anderen impliceren. In het kort gaat het dus om *gedereguleerd gedrag* (Kovacs &

<sup>1</sup> Indien wij dus in dit onderzoek gekozen hadden voor de andere optiek, waarin de risicosituatie zelf als het focale probleem beschouwd wordt, dan had kindermishandeling niet tot deze tweede deelstudie behoord. Hulp bij kindermishandeling zou dan namelijk geïndiceerde *zorg* inhouden, behorend tot Deelstudie III.

Devlin, 1998). Keil en Price (2006) operationaliseren externaliserende gedragsproblemen als openlijke gedragingen die agressief, vijandelijk, destructief en opstandig van aard zijn. Dit omvat vooral conduct disorder en oppositionele gedragsstoornis zoals gedefinieerd in de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004). Van Yperen (1994) voegt hier op basis van de syndromen uit de Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991) nog delinquentie aan toe. In deze studie scharen wij onder ‘externaliserende problematiek’ naast conduct disorder en oppositionele gedragsstoornis tevens ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), agressieve gedragsstoornis, antisociale gedragsstoornis, delinquentie en verslaving.

### 1.5.2 *Risicofactoren en beschermende (protectieve) factoren*

Uiteenlopende factoren in het leven van een kind beïnvloeden of het kind zich gezond ontwikkelt. Sommige kinderen lijken daarin kwetsbaar; bij hen ontstaan bepaalde problemen. Anderen kinderen echter lijken over de nodige veerkracht te beschikken om zich ondanks de nodige ongunstige factoren goed te ontwikkelen. Factoren die maken dat het ene kind zich onder bepaalde omstandigheden wel en het andere kind zich niet gunstig ontwikkelt, noemen we afhankelijk van hun invloed risicofactoren (of bedreigende factoren), en beschermende (of protectieve) factoren. Risicofactoren zijn factoren die een risico vormen voor de (verdere) ontwikkeling van een individu (Groenendaal & Van Yperen, 1994). Daarbij dient opgemerkt dat onderzoek heeft aangetoond dat het juist een cumulatie van aanwezige risicofactoren die leidt tot het ontstaan van ernstige psychische en sociale problemen (b.v. Deater-Deckard, Dodge, Bates, & Pettit, 1998; Sameroff, 1985; zie ook Hermanns e.a., 2005). De kans op latere problemen in de aanwezigheid van slechts één risicofactor is doorgaans klein (Aplleyard, Egeland, Dulmen, & Sroufe, 2005; Asscher & Paulussen-Hoogenboom, 2005), terwijl de kans op problemen toeneemt naarmate er sprake is van meer risicofactoren. Deze *risicocumulatie* is aangetoond voor verschillende soorten problematiek, zoals intelligentieontwikkeling (Sameroff, Seifer, Baldwin, & Baldwin, 1993), en psychische en gedragsstoornissen (Garbarino & Kostelny, 1996).

Beschermende factoren worden vaak uitgelegd als de tegenpool van risicofactoren, maar in de theorievorming is een beschermende factor nog iets meer dan dat: “Over het algemeen worden protectieve factoren geassocieerd met een lagere dan verwachte kans op een problematische ontwikkeling. Het gaat beter dan verwacht. Dat wil zeggen dat men eigenlijk pas van protectie spreekt in aanwezigheid van bedreigende factoren; er moet iets zijn om tegen te beschermen (Groenendaal & Van Yperen, 1994, p.92).” Een protectieve factor wordt beschouwd als een buffer in de relatie tussen de risicofactoren en verwachte problematiek, die alleen werkt als er risicofactoren aanwezig zijn risicofactoren. Daarnaast kunnen gunstige omstandigheden ook een ontwikkelingsstimulerende invloed hebben, los van de protectieve rol die zij spelen.

Risicofactoren en protectieve factoren zijn op te delen in een drietal dimensies: (a) factoren op het niveau van het kind; (b) factoren gelegen in de gezins- of overig smalle opvoedingscontext; en (c) factoren uit de bredere maatschappelijke/sociale omgeving (Lewis, Dlugokinski, Caputo, & Griffin, 1988). Om tot een onderbouwde risicodiagnose te komen moet iedere dimensie daarbij bezien worden vanuit het licht van de beide andere dimensies. Alleen kijken naar aanwezige lichte problematiek op het niveau van het kind, doet bijvoorbeeld geen recht aan de uitwerking van competenties van het kind, een warm opvoedingsklimaat en een positieve woonomgeving. Lewis en collega’s stelden daarom een multidimensionele benadering voor, weergegeven door de pijlen die de afzonderlijke dimensies in Figuur 1 met elkaar verbinden.

Zonder uitputtend te zijn, geven we in de volgende subparagrafen een aantal voorbeelden van risicofactoren en beschermende factoren op de drie niveaus.

#### *1.5.2.1 Factoren op niveau van het kind*

Risicofactoren en protectieve factoren kunnen om te beginnen gevonden worden op het niveau van het kind. Hierin onderscheiden we als risicofactoren allereerst biologische kindkenmerken of kindfactoren zoals prematuriteit, een laag geboortegewicht (Sameroff & Chandler, 1975) en geslacht (b.v. Eme, 1979; Rutter, 1987). Er kan bovendien sprake zijn van genetische risico's voor het kind. Daarnaast kan een moeilijk temperament aangemerkt worden als risicofactor op kindniveau (b.v. Groenendaal & Dekovic, 2000; Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Van IJzendoorn, 2006a; Prior, 1992; Rutter, 1987; Swets-Gronert, 1988). Tot slot kunnen voor wat betreft risicofactoren op kindniveau ingrijpende gebeurtenissen een rol van betekenis spelen. Denk aan normatieve levensgebeurtenissen zoals de puberteit, overgang naar hoger onderwijs of schoolverlaten (Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Rutter, 1988), maar ook aan non-normatieve levensgebeurtenissen zoals langdurige ziekte of ziekenhuisopname (Masten & Garmezy, 1985). Als beschermende factoren worden op kindniveau met name algemene veerkracht of competentie (b.v. Garmezy, 1989; Riksen-Walraven, 1988), humor en intelligentie (b.v. Kandel e.a., 1988) genoemd.

#### *1.5.2.2 Factoren op niveau van het gezin of de opvoedingscontext*

Ook op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext zijn een aantal primaire risicofactoren en protectieve factoren te onderscheiden. Het gaat dan om te beginnen om psychiatrische problematiek van de ouder(s) (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek, KOPP; b.v. Wernand, 1986), negatieve interacties met ouders en een conflictvol of disharmonieus gezinsklimaat (b.v. Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974; Dekovic & Janssens, 1991). Hierbij hoort ook de situatie waarin kinderen getuige zijn van geweld in het gezin.

Op dit niveau worden daarnaast ook ingrijpende gebeurtenissen aangemerkt als mogelijke risicofactoren. Denk bijvoorbeeld aan de geboorte van een broertje of zusje, ziekte binnen het gezin, echtscheiding of het overlijden van ouders. Verder kunnen negatieve levensgeschiedenis van ouders – hun gehechtheidservaringen (Belsky, 1984; Van IJzendoorn, Kranenburg, Zwart-Woudstra, Van Busschbach, & Lambermon, 1991) of ervaringen van kindermishandeling of verwaarlozing (b.v. Lambermon & Van IJzendoorn, 1991; Lewis, 1992; Watkins & Bentovim, 1992) – een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind. Een goede relatie of veilige gehechtheid met ouders (b.v. Cassidy, 1999); ondersteunend ouderlijk handelen of sensitieve responsiviteit (b.v. Ainsworth e.a., 1974; Belsky, 1984); een gunstig gezinsklimaat en een goede huwelijksrelatie van de ouders (Groenendaal & Dekovic, 2000) kunnen op gezinsniveau genoemd worden als voorbeelden van beschermende factoren.

#### *1.5.2.3 Factoren op niveau van de bredere sociale context van het kind*

Tot slot zijn een aantal voorbeelden te noemen van risicofactoren en protectieve factoren op het niveau van de sociale context waarin het kind zich ontwikkelt. Het betreft de sociaal-economische status van het kind; de mate van sociale steun of het sociale netwerk van het kind of het gezin; school- en/of werkgerelateerde ervaringen; en belangrijke gebeurtenissen in deze context. Daarin kunnen traumatische gebeurtenissen als oorlogssituaties, natuurrampen of bijvoorbeeld een gijzeling invloedrijke risicofactoren zijn.

Voor een overzicht van risicofactoren en protectieve factoren zie bijvoorbeeld Groenendaal & Van Yperen (1994) en Hermanns en collega's (2005).

### 1.5.3 *Opvoed- en opgroeiondersteuning*

Deze tweede deelstudie van de ZonMw Programmeringsstudie Jeugd richt zich op opvoed- en opgroeiondersteunende preventieprogramma's die ingrijpen op mogelijke risicofactoren en beschermende factoren om psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en adolescenten tot 23 jaar te bevorderen en de hierboven geformuleerde problematiek van deze kinderen en adolescenten te voorkomen. Hoe kunnen we in dit kader opvoed- en opgroeiondersteuning operationaliseren? Eerder werd door Janssens (1998) opvoedondersteuning of gezinsondersteuning gedefinieerd als 'een verzamelaar voor een aantal preventieve activiteiten en interventies die tot doel hebben de opvoedingscompetentie van ouders te vergroten en het gezinsfunctioneren te verbeteren'. Volgens Hermanns (1992) omvat opvoedondersteuning 'al de activiteiten die tot doel hebben de opvoedings situatie te verbeteren, met andere woorden opvoeders helpen opvoeden'. De titel van het recente eerste Nationaal Congres Opvoedingsondersteuning op 16 juni 2006 in Ede 'Ouders helpen opvoeden' sluit aan bij deze definitie. In dit onderzoek wordt 'opvoedondersteuning' gedefinieerd als:

*Alle activiteiten die tot doel hebben de opvoedings situatie te verbeteren door de opvoedingscompetentie van opvoeders te vergroten.*

Opgroeiondersteuning richt zich, in tegenstelling tot opvoedondersteuning, niet primair op de setting waarin kinderen opgroeien, maar rechtstreeks op het kind zelf en de *gezonde* ontwikkeling van het kind. Voor een operationalisatie van 'gezonde' ontwikkeling, verwijzen wij naar de definitie die de Wereld Gezondheid Organisatie (World Health Organization, WHO) hanteert voor gezondheid: 'Gezondheid is een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en is niet alleen van toepassing op de afwezigheid van ziekte of een handicap'.<sup>2</sup> In deze studie hanteren wij in aansluiting op deze definitie voor 'opgroeiondersteuning' de volgende omschrijving:

*Alle activiteiten die tot direct doel hebben een gezonde ontwikkeling of de competenties van het kind te bevorderen, die bijdragen tot het fysiek, sociaal en mentaal welbevinden van het kind. Het betreft welbevinden tijdens het opgroeien als ook een ontwikkeling met zo hoog mogelijke kansen op blijvend welbevinden.*

Hierbij dient opgemerkt te worden dat fysiek welbevinden in deze studie niet als primair interventiedoel wordt meegenomen. Dit sluit niet uit dat studies wel resultaten op fysieke ontwikkeling rapporteren (zie voor een verdere afbakening van de studie Hoofdstuk 2).

## 1.6 **Opbouw rapport**

In dit rapport zal in Hoofdstuk 2 allereerst weergegeven worden hoe de zoektocht naar literatuur over effectieve signaleringsinstrumenten en interventies plaatsvond. Daarbij zal afzonderlijk ingegaan worden op signaleringsinstrumenten en interventies. Ook

---

<sup>2</sup> Deze definitie werd opgenomen in de oprichtingsakte van de WHO, zoals aangenomen door de Internationale Gezondheidszorg Conferentie in New York op 19-22 juni in 1946, en ondertekend op 22 juli 1946 door 61 landen. De afspraken zijn van kracht sinds 7 april 1948 waarna de definitie van gezondheid zoals vastgesteld door de WHO niet meer is gewijzigd.



geven wij aan welke selectie- en exclusiecriteria wij tijdens de literatuurstudie gehanteerd hebben en welke zoekstrategieën zijn gebruikt. In de methoden van het onderzoek beschrijven wij eveneens de zoektocht naar signaleringsinstrumenten en interventies, passend binnen de tweede deelstudie, die gehanteerd worden in het Nederlandse werkveld. In Resultaten deel A, Hoofdstuk 3, presenteren wij de resultaten met betrekking tot signaleringsinstrumenten, waarna wij in deel B, Hoofdstuk 4 en 5, antwoord zoeken op de geformuleerde onderzoeksvragen met betrekking tot selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's: In Hoofdstuk 4 bespreken we de resultaten van de analyse van overzichtstudies met betrekking tot interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning. Ter vergelijking wordt in Hoofdstuk 5 een beeld geschetst van de in Nederland uitgevoerde interventies op dit terrein. Het rapport sluit af met een algemene beschouwing van de gevonden resultaten.



## 2 Opzet van het onderzoek

In het voorgaande hoofdstuk is het kader geschetst waarbinnen deze studie plaatsvond. Daarbij is ingegaan op de relevantie van dit onderzoek en aangegeven hoe dit onderzoek zich verhoudt tot de andere twee deelstudies van de Programmeringsstudie Jeugd. Een aantal centrale begrippen - risicofactoren, protectieve factoren, problematiek, opvoed- en opgroei-ondersteuning - zijn daarbij nader geoperationaliseerd. In dit tweede hoofdstuk wordt allereerst de probleemstelling uitgewerkt. Vervolgens gaan we in op de onderzoeksstrategie die wij gevolgd hebben.

### 2.1 Probleemstelling

Samengevat is het doel van deze inventarisatiestudie allereerst het inventariseren van beschikbare kennis over bruikbare signaleringsinstrumenten en effectieve selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning om de psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en adolescenten/jongvolwassenen tot 23 jaar te bevorderen. Daarnaast zal de aansluiting van deze kennis bij het nationale aanbod van opvoed- en opgroei-ondersteuning in kaart gebracht worden. Aansluitend zijn de vragen die centraal staan in deze studie de volgende:

- 1) Welke kennis is er beschikbaar over effectiviteit van signaleringsinstrumenten en interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning en voor welke risico- en probleemgroepen is deze kennis beschikbaar?
- 2) Welke lacunes en tegenstrijdigheden vertoont deze kennis en in hoeverre sluiten de gevalideerde en betrouwbare instrumenten en effectieve interventies aan bij beschikbare kennis over risicopopulaties op het gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning?
- 3) Welke signaleringsinstrumenten en interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning worden in Nederland toegepast en voor welke risico- en probleemgroepen?
- 4) Sluit de beschikbare kennis met betrekking tot gevalideerd en betrouwbaar instrumentarium en effectieve interventies aan bij de interventies en signaleringsinstrumenten die in Nederland gebruikt worden?

De signaleringsinstrumenten en interventies die tot deze deelstudie behoren, zijn beperkt tot die welke vallen binnen het terrein van de 'hoog-risico-benadering' en selectieve en geïndiceerde preventie. Met andere woorden, het gaat hier uitsluitend om signaleringsinstrumenten en interventies gericht op kinderen en doelgroepen met een hoog risico voor het ontstaan of verder ontwikkelen van ernstige opvoed- of opgroei-problematiek (zie ook Hoofdstuk 1). In deze studie worden primair niet de bestaande werksoorten en zorgkaders als uitgangspunt genomen voor de analyse van leemtes en tegenstrijdigheden in de kennis, maar de behoeften van kinderen en opvoeders aan opvoed- en opgroei-ondersteuning gezien de bij hen geconstateerde risicofactoren en tekorten aan protectieve factoren. Opvoed- en opgroei-ondersteuning gericht op de bevordering van de lichamelijke ontwikkeling worden niet meegenomen in deze studie.

## 2.2 Werkwijze met betrekking tot signaleringsinstrumenten

Ter beantwoording van de vraag naar wetenschappelijke kennis over signaleringsinstrumenten voor vroegtijdige signalering en risicotaxatie bij kinderen en jeugdigen is primair aangesloten bij een aantal relevante Nederlandstalige overzichtsstudies, te weten:

- NIZW rapport over signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in de jeugdgezondheidszorg (Kooijman & Prinsen, 2003)
- Het Inventrapport (Hermanns e.a., 2005)
- Overzicht van gestandaardiseerde vragenlijsten gericht op psychische problemen door Valenkamp, Verhulst en De Ruiter (2006)

Aanvullend is gezocht naar internationale overzichtsstudies in een aantal databestanden. Om te beginnen zijn de digitale databestanden van PiCarta, PsycINFO en die van de Cochrane Collaboration geraadpleegd (zie ook Paragraaf 2.3.1 voor een korte omschrijving van deze bestanden). Hiertoe combineerden we zoektermen over instrumenten (zoals observation tool\* OR instrument\* OR assessment\* OR screening\*), met betrekking tot overzichtsstudies (bijvoorbeeld review OR meta-analy\*) en met betrekking tot effectiviteit (zoals efficacy or effectiveness or eff\* or evaluation or validat\* or validity). Hierbij werd gezocht naar publicaties die vielen binnen de leeftijdsgroepen tot aan de jongvolwassenheid (tot 23 jaar) met een publicatiedatum vanaf 1995.

Voor aanvullende overzichtsstudies in de Nederlandse literatuur zochten we in de databestanden van de bibliotheek van het Trimbos-instituut, de Mulock Houter Bibliotheek en de publicatielijsten van het NIZW. Bovendien werden in gevonden studies de referentielijsten doorgenomen om overige relevante studies op te sporen.

## 2.3 Werkwijze met betrekking tot selectieve en geïndiceerde interventies

### 2.3.1 Internationale literatuurverkenning

Ter beantwoording van de eerste drie onderzoeksvragen met betrekking tot kennis over (kosten)effectiviteit van interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning, is een literatuurverkenning gedaan in een aantal internationale databestanden: PiCarta, PsycINFO, Medline (PubMed), ERIC, en die van de Cochrane Collaboration.

PiCarta includeert de Nederlandse Centrale Catalogus (NCC) en Online Contents met meer dan 15.000 periodiek verschijnende tijdschriften uit alle wetenschappen. PsycINFO bevat publicaties gericht op psychologie of psychologische aspecten in andere disciplines. Verder is Medline met name gericht op medische literatuur en ERIC op opvoedkundige en onderwijskundige publicaties. De Cochrane Collaboration produceert en verspreid systematische overzichtsstudies van interventies op het gebied van de gezondheidszorg. Het belangrijkste product van Cochrane is de *Cochrane Database of Systematic Reviews*, een elk kwartaal geactualiseerd onderdeel van de Cochrane Library. In deze database van systematische overzichtsstudies zochten wij naar relevante studies voor deze tweede deelstudie van de Programmeringsstudie.

Om te beginnen hebben wij ons gericht op overzichtsstudies van effectonderzoek naar selectieve en geïndiceerde interventies zoals beschikbaar in deze internationale databestanden. Voor de literatuurverkenning in deze registers hebben we trefwoorden

gecombineerd over preventie of interventie (zoals prevention OR intervention OR treatment OR education OR training) trefwoorden met betrekking tot effectiviteit en betrouwbaarheid, trefwoorden voor meta-analyses en reviews en trefwoorden over de betreffende thema's. Met betrekking tot de thema's werden zowel risicofactoren als problematiek benoemd (zoals eating-disorders OR antisocial behavior OR behavior disorders OR mental disorders OR parenting style OR child neglect OR risk factors, enzovoorts). Daarnaast werden in gevonden studies de referentielijsten doorgenomen om nieuwe studies op te sporen.

De gevonden internationale literatuur werd aangevuld met recente overzichtsrapporten zoals het NIZW rapport van Konijn (2003) of het rapport van de Inventgroep (Hermanns e.a., 2005). Daarnaast is ter aanvulling van de internationale literatuur gezocht naar Nederlandse overzichtsstudies met betrekking tot effectonderzoek van selectieve en geïndiceerde interventies in de databestanden van de bibliotheek van het Trimbos-instituut, de Mulock Houwer Bibliotheek, de publicatielijsten van het NIZW en het Verweij-Jonker Instituut.

### 2.3.2 *Selectiecriteria publicaties over effectonderzoek naar interventies*

Op basis van de literatuurverkenning werden overzichtsstudies geselecteerd die inhoudelijk aansloten bij de onderhavige studie. Dat wil zeggen dat zij handelden over *opvoed- en opgroei-ondersteuning om psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en adolescenten tot 23 jaar te bevorderen en de hierboven geformuleerde problematiek van deze kinderen en adolescenten te voorkomen*. Indien studies over interventieprogramma's zowel universele als selectieve preventieprogramma's en/of behandelprogramma's beschreven, dus studies passend in zowel deelstudie I, II en/of II van de ZonMw Programmeringsstudie Jeugd, werden deze alleen meegenomen indien de resultaten gespecificeerd waren naar type programma. De resultaten moesten daarvoor afzonderlijk uitgeschreven zijn voor universele, selectieve, of geïndiceerde preventie, dan wel behandelprogramma's. Zo boden Stice en Shaw (2004) aparte resultatentabellen voor universele en selectieve preventiestudies met betrekking tot eetstoornissen. Deze studie kon daarom meegenomen worden in dit onderzoek. Daarentegen was in bijvoorbeeld de studie van Bunting (2004) over 'parenting programmes' niet te differentiëren naar resultaten passend binnen de eerste, tweede of derde deelstudie, en deze publicatie werd daarom uitgesloten van inclusie in dit onderzoek.

We verzamelden drie type overzichtsstudies. Allereerst betrof het statistische meta-analyses. In meta-analyses zijn de uitkomsten van de systematisch verzamelde studies op statistische wijze samengevoegd tot een gemiddelde effectgrootte<sup>3</sup>. Ten tweede werden systematische overzichts- of reviewstudies meegenomen in het onderzoek. In deze studies zijn zoekstrategie, in- en exclusiecriteria van studies gespecificeerd. De studies die in dergelijke overzichten zijn meegenomen, worden systematisch geanalyseerd en vaak weergegeven in één of meerdere overzichtstabellen. Tot slot zijn een aantal meer traditionele overzichtsstudies meegenomen waarin op verhalende wijze

<sup>3</sup> De formule voor effectgrootte ( $d$ ) = (gemiddelde op de nameting van de interventiegroep – gemiddelde van de controlegroep) / gepoolde standaarddeviatie (zie b.v. The Cochrane Collaboration, 2002). Indien in dit rapport effectgroottes vermeld zijn, kunt u er van uitgaan dat deze berekeningswijze gehanteerd is, tenzij door ons specifiek anders vermeld wordt. Zo zal in sommige gevallen apart voor de interventie- en apart voor de controlegroep een  $d$  berekend zijn (zie b.v. Paragraaf 4.5.3). Ook wordt in veel gevallen ook de voormeting in  $d$  verwerkt (zie b.v. Horowitz & Garber, 1996; Paragraaf 4.3.3). Een effect van 0.0 duidt op geen aanwezig effect, 0.2 op een klein positief effect, 0.5 op een matig positief effect en 0.8 op een groot positief effect.

overzicht wordt gegeven van een afgebakend terrein. In dergelijke studies zijn de zoekstrategie, in- en exclusiecriteria niet nader gespecificeerd en is geen sprake van een systematische analyse van geïnccludeerde studies (zie ook Cuijpers, 2001).

De gevonden bronnen zijn verder getoetst aan de volgende criteria:

- Publicatiedatum: publicaties vanaf 1995
- Publicatievorm internationale literatuur: tijdschriftartikelen of boekhoofdstukken (b.v. geen dissertaties)  
Publicatievorm nationale literatuur: ook onderzoeksrapporten
- Doelgroep: leeftijd kinderen/jongeren: prenataal – 23 jaar
- Inhoud: overzicht van *effectiviteitsonderzoek* op het gebied van opvoed- en opgroeiondersteuning  
Inhoud nationale literatuur: ook overzichten van *nationaal aanbod* op het gebied van opvoed- en opgroeiondersteuning

### 2.3.3 *Interventiedoelen relevante interventieprogramma's*

Aansluitend bij de probleemstelling en het theoretisch kader van dit onderzoek, konden de interventiedoelen van de selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's in de tweede deelstudie de volgende zijn:

#### *Proximale interventiedoelen*

- 1) De aanwezigheid van risicofactoren voor het ontwikkelen van problemen op het gebied van psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling reduceren of wegnemen en protectieve factoren bevorderen bij risicogroepen;
- 2) Eerste symptomen van problematiek op het gebied van psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling reduceren of wegnemen, ten einde het ontwikkelen van ernstige problematiek te voorkomen.

#### *Distale interventiedoelen*

- 3) Ernstige problematiek cq stoornissen op het gebied van psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling voorkomen;
- 4) De impact van problematiek op het gebied van psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling verminderen of wegnemen (zie Figuur 1, p. 10).

We richten ons in deze op effectieve interventies op het terrein van de opvoed- en opgroeiondersteuning die uitgevoerd worden of kunnen worden door instellingen op het terrein van de algemene gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg (JGZ; maatwerkdeel), pedagogische basisvoorzieningen, jeugdzorg, eerstelijns-psychologen en –pedagogen, geestelijke gezondheidszorg, scholen of andere instanties die zich bezighouden met opvoed- en opgroeiondersteuning.

### 2.3.4 *Effectiviteit*

Onder effectieve interventies worden in deze studie evidence-based interventies verstaan op het benoemde terrein van de opvoed- en opgroeiondersteuning. Voor de Databank Effectieve Jeugdinterventies (2006) wordt gebruikgemaakt van een indeling van de mate van effectiviteit van interventies:

- (\*\*\*\*) betrouwbare meetinstrumenten, voor- en nameting en follow-up (zes maanden of later eindmeting), gecontroleerd onderzoek met of zonder gerandomiseerde toedeling aan condities, deugdelijke statistische berekening effectgrootte, metingen en interventie in de praktijk;
- (\*\*\*) idem als 4 sterren, maar geen follow-up (niet bekend of effect beklijft);

- (\*\*) idem als 3 sterren, maar niet in de praktijk uitgevoerd (in principe werkzaam maar mogelijk niet effectief);
- (\*) veelbelovend (veranderingsonderzoek zonder controle: voor- en nameting, evt. met follow-up);
- (<sup>o</sup>) geen effectonderzoek: beschrijvend onderzoek, literatuuronderzoek, theoretisch onderbouwde positieve verwachting.

Deze deelstudie baseert zich wat betreft wetenschappelijk kennis primair op studies die volgens bovenstaande indeling gekenschetst worden als gecontroleerde studies, gewaardeerd met twee, drie of vier sterren. Daarom zal de aandacht ook primair uitgaan naar systematische overzichtsstudies en meta-analyses. Traditionele overzichtsstudies en in overzichtsstudies meegenomen primaire studies waarbij geen controlecondities zijn gebruikt, beoordeelden wij vooral op basis van relevantie en behoefte aan verder gecontroleerd onderzoek.

## 2.4 Nationaal aanbod

In de vierde onderzoeksvraag staan de signaleringsinstrumenten en interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning centraal zoals deze in Nederland worden toegepast. Voor de inventarisatie van dit Nederlandse aanbod hebben wij primair gebruikgemaakt van beschikbare overzichtsstudies. Doordat wij zowel internationale als nationale overzichtsstudies evalueerden, komen reeds verschillende voorbeelden van programma's zoals deze in Nederland aangeboden worden in de bespreking van deze publicaties in Hoofdstuk 3 en 4 terug. Met betrekking tot de signaleringsinstrumenten beperken wij ons hiertoe. Voor wat betreft de interventies gaan wij echter nog separaat in op de inventarisatie door het NIZW ten behoeve van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEI<sup>4</sup>; zie Hoofdstuk 5).

## 2.5 Verwerking resultaten

De gevonden resultaten met betrekking tot interventiestudies in de literatuurverkenning, werden om te beginnen geregistreerd aan de hand van een door het NIZW ontwikkelde Tabel format. Deze registratie diende als basis voor de resultaten zoals wij deze in Hoofdstuk 4 presenteren. In Hoofdstuk 4 zijn tabellen opgenomen waarin de bestudeerde overzichtsstudies worden gekenschetst: algemene informatie over de auteurs, het probleemgebied waarop de overzichtstudie betrekking heeft, het type overzichtsstudie (traditioneel review, systematisch overzicht of meta-analyse), het aantal studies dat beschreven wordt, en de leeftijdscategorie van de doelgroep. In de tekst worden de kenmerken van overzichtsstudies en interventies nader besproken, de inclusie- en exclusiecriteria, de aard van het verrichte effectonderzoek en de gevonden resultaten met betrekking tot de effectiviteit. Bijlage C bevat een alfabetisch overzicht van alle interventies die in Hoofdstuk 4 worden besproken en gekenschetst zijn als effectief of veelbelovend. Per interventie wordt daarin informatie gegeven over (1) de naam van het programma, (2) algemene informatie over de auteurs, (3) de problematiek of risicofactoren waarop de interventie gericht is, (4) de leeftijdscategorie van de doelgroep, (5) een omschrijving van het programma en de setting waarin het wordt uitgevoerd, (6) resultaten met betrekking tot de effectiviteit op korte en eventueel lange termijn, en (7) geconstateerde struikelblokken en pluspunten.

<sup>4</sup> ZonMw schrijft in de eerste ronde van het Programma Jeugd – i.o. Vroegtijdige signalering & interventies – aan de DEI een belangrijke rol toe: Er wordt expliciet vermeld dat onderzoek naar interventies en instrumenten die minimaal de kwalificatie 'veelbelovend' hebben in de DEI in aanmerking komt voor financiering (Bron: <http://www.zonmw.nl>).





## Resultaten deel A: Kennis over signaleringsinstrumenten voor vroegtijdige signalering en risicotaxatie bij kinderen en jeugdigen ten behoefte van opvoed- en opgroeiondersteuning

In het voorgaande hoofdstuk, Hoofdstuk 2, werden de vier centrale vraagstellingen voor het onderhavige onderzoek gepresenteerd. De aandacht in de probleemstelling bleek tweeledig: enerzijds wordt gezocht naar kennis op het gebied van signaleringsinstrumenten, anderzijds naar kennis met betrekking tot interventies op het terrein van opvoed- en opgroeiondersteuning. In dit eerste deel van de resultaten zullen de signaleringsinstrumenten voor vroegtijdige signalering en risicotaxatie bij kinderen en jeugdigen (tot 23 jaar) ten behoeve van opvoed- en opgroeiondersteuning centraal staan. De tweede resultatensectie (Hoofdstuk 4 en 5) zal betrekking hebben op selectieve en geïndiceerde preventieve interventieprogramma's op het gebied van opvoed- en opgroeiondersteuning.



### 3 Signaleringsinstrumenten op het gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning

In dit derde hoofdstuk van het onderhavige rapport, gaan wij in op signaleringsinstrumenten op het gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning. Op dit gebied zijn een aantal overzichtsstudies verricht (o.a. Hermanns e.a., 2005; Kooijman & Prinsen, 2003), die we niet voornemens zijn te repliceren. Wij zullen hier de voornaamste conclusies uit deze studies presenteren en waar nodig cq mogelijk aanvullen met de ons bekende nadere ontwikkelingen of recente kennis op dit gebied. Deze aanvullingen zullen primair gebaseerd zijn op de gevonden studies in de in Hoofdstuk 2 beschreven literatuurstudie.<sup>5</sup> De instrumenten die in dit hoofdstuk worden behandeld hebben deels betrekking op het signaleren van risico's op basis van aanwezige risicofactoren, deels op het vroegtijdig signaleren van beginnende problematiek en symptomen.

#### 3.1 Signaleren van een zorgwekkende opvoeding en/of ontwikkeling: *Meten + Delen*

In 2003 brachten Kooijman en Prinsen een rapport uit getiteld *Metten + Delen: Signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in de jeugdgezondheidszorg*. Zij bespraken recent onderzoek naar het gebruik van signaleringsinstrumenten en -methoden in de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Vervolgens gingen zij in op praktijktoepassingen van instrumenten voor signalering van zorgwekkende opvoedings- en ontwikkelingssituaties van kinderen in de JGZ 0-4, inclusief instrumenten die onderdeel waren van uitgebreide interventies. Aansluitend kwamen enkele veelbelovende instrumenten en modellen uit het buitenland aan bod. Om zicht te krijgen ondermeer op toepasbaarheid en bruikbaarheid, legden de auteurs het overzicht dat hieruit voortkwam voor aan landelijke deskundigen en praktijkwerkers uit de JGZ 0-4 jaar. Het geheel leidde tot een model en toetsingskader voor de verdere ontwikkeling van instrumenten en methoden voor de signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in de JGZ.

Kooijman en Prinsen (2003) vonden geen publicaties van systematische, volledige inventarisaties van instrumenten die binnen de JGZ beschikbaar zijn of gebruikt worden ten behoeve van het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties. Naar de beperkte hoeveelheid beschikbare, en bovendien voor de JGZ meest bruikbare instrumenten voor het signaleren van opvoedingsproblematiek en/of psychosociale problematiek van jeugdigen, was nog onvoldoende validatieonderzoek verricht. Bovendien vonden zij niet duidelijk één algemeen geaccepteerd instrument. Het relatief meest gebruikte, en binnen de JGZ meest onderzochte, 'formele' instrument voor de onderkenning van psychosociale problemen en opvoedingsvragen leek het *KIPPPPI* te zijn (Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie; Kousemaker, 1997; Romijn & Kousemaker, 2001). De *KIPPPPI*-methode is gericht op het vroegtijdig signaleren van psychosociale, gedrags- en ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen. De methode bestaat uit: *BABY-KIPPPPI*, *PEUTER-KIPPPPI*, *KIPPPPI 1-4 jaar* en *KIPPPPI 5 jaar*. Naast het *KIPPPPI* bleek men veel gebruik te maken van 'eigen' lijsten, bijvoorbeeld lijsten die men ontwikkeld had in het

---

<sup>5</sup> In de resultatenhoofdstukken (Hoofdstuk 3 tot en met 5) beperken wij ons primair tot de presentatie van bevindingen en conclusies van de auteurs van de verscheidene overzichtsstudies. Dit staat los van ons oordeel over aangedragen signaleringsinstrumenten en interventieprogramma's. Een kritische beschouwing volgt in het centrale conclusie- en discussiehoofdstuk aan het einde van dit rapport.

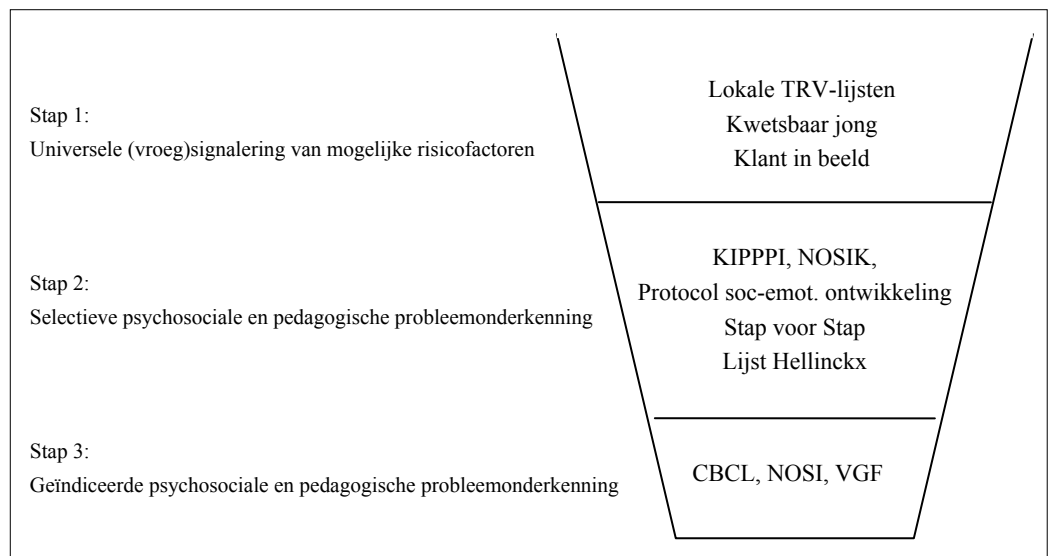
kader van vroegsignalering van risicokinderen. *Stap voor Stap* (Uittenbogaard e.a., 1996) bleek de meest gebruikte begeleidingsmethode (zie hieronder bij beschrijving van de Stap voor Stap methode). Gemiddeld bleken ervaren praktijkwerkers de bestaande instrumenten vaak tijdrovend en/of belemmerend te vinden in het contact met de ouders. Er was wel de behoefte aan een duidelijke, bij voorkeur korte en eenvoudige lijst, als hulpmiddel bij het in kaart brengen van risicofactoren en protectieve factoren in de opvoedingssituaties, met indicaties voor volgende interventies.

### 3.1.1 *Drietrapsmodel van signalering*

Kooijman en Prinsen (2003) gaven aan dat een signaleringsproces gericht op zorgwekkende opvoedings- en ontwikkelingssituaties in de jeugdgezondheidszorg idealiter drie fasen kent:

- 1) Detectie van zorgwekkende opvoedings- of ontwikkelingssituaties;
- 2) Dialoog en communicatie met de ouders ('zorgen delen');
- 3) Analyse uitmondend in besluitvorming over te ondernemen actie.

Bij de detectie van zorgwekkende opvoedingssituaties maakten zij vervolgens een onderscheid in drie stappen en beschreven voor iedere stap daarbij te hanteren signaleringsmethoden en -instrumenten<sup>6</sup> (Figuur 2). De eerste stap betrof universele vroegsignalering gericht op alle kinderen en ouders. Deze eerste stap van risicotaxatie cq signalering van opvoedings- en opgroei-problematiek sluit aan bij de centrale thematiek uit Deelstudie I van de ZonMw Programmeringsstudie Jeugd: universele signalering.



Figuur 2: Drietrapsmodel van signalering van zorgwekkende opvoedings- en ontwikkelingssituaties in de jeugdgezondheidszorg volgens Kooijman en Prinsen (2003).

Uit deze eerste stap kunnen eerste indicaties naar voren komen ten behoeve van nadere onderkenning of signalering van bepaalde problematiek. Op basis van deze eerste indicaties kan een selectief interventieprogramma ingezet worden. Verder kan de

<sup>6</sup> Selectiecriteria voor methoden en instrumenten:

- a) in Nederland gebruikt in JGZ 0-4 jaar of daarvoor geschikt;
- b) gericht op signalering (aspecten van) zorgwekkende opvoedingssituaties;
- c) gepubliceerde gegevens over eigenschappen ervan bij gebruik in Nederland beschikbaar;
- d) primair gericht op 'ouder' als informant.

tweede stap van signaleren volgen; signalering bij geselecteerde groepen of individuen. Dit *selectieve* niveau van signaleren sluit meer aan bij de onderhavige deelstudie. In deze tweede stap wordt gestreefd naar een specifiek beeld van de psychosociale problematiek bij de kinderen en/of de pedagogische of psychische problemen bij ouders. Op indicatie kan vervolgens stap 3 volgen waarin nadere (basis)diagnostiek plaatsvindt van de in de stappen 1 en 2 gesignaleerde (psychosociale) problemen bij kinderen en/of problemen bij de ouders.

In dit model van Kooijman en Prinsen (2003; Figuur 2) werden de volgende signaleringsinstrumenten of -methoden genoemd:

- *Lokale TRV-lijsten*. Dit betreft vragenlijsten die zijn ontwikkeld in het kader van de Tijdelijke Regeling Vroegsignalering (TRV) met het oog op de vroegsignalering van risico's voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Deze lijsten richten zicht doorgaans op de verhouding tussen draaglast- en draagkracht in het gezin en de behoefte bij ouders aan extra zorg.
- *Kwetsbaar jong*. Dit betreft een nadere beschrijving van risicosituaties van 0- tot 4-jarigen (Kijlstra, Prinsen, & Schulpen, 2001, 2003). Er wordt afzonderlijk ingegaan op 10 verschillende risicosituaties: pre- en dysmatuur geboren kinderen; chronisch ziek zijn; alleenstaand ouderschap; langdurige werkloosheid en arbeidsongeschiktheid; verslaafdheid aan drank of drugs; psychische (psychiatrische) problemen; allochtone kinderen; en uit het buitenland geadopteerde kinderen.
- *Klant in beeld*. Dit betreft een voorbeeld van een lokale TRV-lijst. Het is een formulier dat ontwikkeld werd door Thuiszorgorganisatie Maatzorg (De Vries, 2003) om tijdens het zuigelingenhuisbezoek, of iets daarna, de zorgbehoefte van ouders in te schatten. Op basis van deze registratie wordt het advies voor basiszorg of aanvullende zorg gegeven.
- De *KIPPPPI*-methode is gericht op het vroegtijdig signaleren van psychosociale, gedrags- en ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen (zie hierboven). Kooijman en Prinsen (2003) gingen in het bijzonder in op de KIPPPPI 0-1 en de KIPPPPI 1-4. Beide versies kennen een oudervragenlijst (OVL), een consultatiebureau signaleringsinstrument (CBSI, in te vullen door de JGZ-verpleegkundige) en een signaleringsinstrument kinderopvang (SIKO, in te vullen door de leidster op het kinderdagverblijf). De KIPPPPI 0-1 richt zicht op de lichamelijke gezondheid, eten en drinken, slapen, activiteit, contact met de verzorger/opvoeder, contact met anderen, stemming en persoonlijkheid van de betreffende baby. De KIPPPPI 1-4 gaat in op de lichamelijke gezondheid, eten en drinken, slapen, zindelijkheid, motoriek, activiteit, zelfredzaamheid/zelfstandigheid, verstandelijke ontwikkeling, taal/spraak, spel en spelen, contact met anderen, stemming, persoonlijkheid, gedrag en angst van de peuter of kleuter. Het invullen van de KIPPPPI duurt ongeveer 10 minuten. De bespreking ervan in het periodiek gezondheidsonderzoek bedraagt daarnaast nog eens ongeveer 5 minuten.
- De *NOSIK* (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index – korte versie; De Brock e.a., 1992) is een korte versie van de vertaling en bewerking van de Parenting Stress Index van Abadin en meet ouderlijke stressbeleving in de opvoeding van een kind.
- *Protocol ondersteuning sociaal-emotionele ontwikkeling/ DMO-P protocol (Samen Starten)*. Dit protocol werd door de Universiteit van Amsterdam ontwikkeld ten behoeve van ondersteuning van de sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge kinderen (vanuit de JGZ). Het heeft tot doel gezinnen met een ondersteuningsbehoefte te signaleren; een zodanige band met de ouders op te bouwen dat hun gevoel van sociale ondersteuning wordt versterkt; het gevoel van

- competentie van de ouder te versterken; en het welbevinden van het kind te vergroten. Hiertoe wordt tijdens het consultatiebureauconsult in een extra kwartier gesproken over de competentie van de primaire ouder; de rol van de partner; sociale steun; mogelijke 'obstakels' (ingrijpende levensgebeurtenissen); en het welbevinden van het kind. Het protocol wordt ingezet in het project *Samen Starten*.
- *Stap voor Stap* is een gestructureerde methode ter advisering en begeleiding van ouders die lichte pedagogische problemen ervaren met de dagelijkse opvoeding van hun kinderen (0-4; 6-12 en 12-18 jaar; Uittenbogaard e.a., 1996). De methode is primair toegespitst op huilen, eten, slapen, bewegen, spelen, drift en koppigheid, en zindelijkheid. Aan de methode ligt een probleemoplossende cyclus van vier stappen ten grondslag:
    - *Stap 1*: Probleem verhelderen
    - *Stap 2*: Met ouders inzicht verwerven in de achtergronden van de opvoedingssituatie
    - *Stap 3*: Besluiten tot handelen, overleg plegen of verwijzen
    - *Stap 4*: Evaluatie: zijn de beoogde veranderingen bereikt?
 Ad de eerste stap zijn een babylijst en peuterlijst ontwikkeld die ouders toegestuurd kunnen krijgen om de problemen helder in kaart te brengen. De babyvragenlijst bestaat uit 29 items met betrekking tot huilen, voeding, slapen, spel en contact, en ouderschap. De peutervragenlijst bestaat uit 53 items met naast de thema's uit de babyvragenlijst aandacht voor drift en koppigheid/grenzen stellen, zindelijkheid en taal.
  - *Lijst Hellinckx/ de schaal 'Screening van Ernstige Problematische Opvoedingssituaties met Risico op Kindermishandeling'* is ontwikkeld voor gebruik in de Vlaamse JGZ (Hellinckx e.a., 2001) en is bedoeld om risico's van fysieke kindermishandeling binnen het gezin na te gaan (leeftijd kinderen 0-3 jaar). De lijst bestaat uit 32 items met drie subschalen, namelijk a) verstoorde ouder-kindrelatie; b) verstoorde communicatie tussen ouder en verpleegkundige; en c) psychologische problemen van de ouder. De lijst wordt ingevuld door de verpleegkundige en de toepassing is vraag- of verhaalgestuurd, in open dialoog met de ouder.
  - De *Child Behavior Checklist (CBCL)* van Achenbach is in Nederland beschikbaar in de vorm van een vertaling door Verhulst en collega's (1990). De vragenlijst wordt door ouders ingevuld en is voor verschillende leeftijden beschikbaar (2-3 jaar, 1½-5 jaar en 4-18 jaar). Daarnaast is er een zelfrapportage versie voor adolescenten (11 tot 18 jaar) en een leerkrachtenversie. De ouderversie voor kinderen van twee tot drie jaar oud bestaat uit 100 vragen over eigenschappen of gedragingen van kinderen. Met de vragenlijst kunnen scores berekend worden voor emotionele en gedragsproblemen. Reijneveld e.a. (2000) beoordeelden de afnameduur van ongeveer 20 minuten als te lang voor de JGZ (zie ook Paragraaf 3.4.2).
  - De *NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index)* is de volledige versie van de vertaalde en bewerkte Parenting Stress Index (Abadin) waarmee de stressbeleving van ouders en de ouderlijke beleving van het kind gemeten kan worden. Hierboven kwam de korte versie van dit instrument aan bod. De afnameduur van de NOSI (123 items) is gemiddeld 25 minuten. Voor de NOSIK (25 items; met betrekking tot ouderlijke stress vanuit de opvoeding) bedraagt de afnameduur 5 minuten.
  - *Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF)*. De VGF (Ten Brink e.a., 2000) helpt met het systematiseren, standaardiseren en objectiveren van informatie over gezinnen met (ernstige) opvoedingsproblematiek. De informant dient een hulpverlener te zijn die het gezin goed kent, de mogelijkheid heeft in het gezin te observeren en voldoende informatie heeft over alle gezinstaken (denk bijvoorbeeld aan een video-

hometrainer). Centrale onderwerpen zijn basiszorg, sociale contacten, opvoedingsvaardigheden, jeugdbeleving, veiligheid in het gezin, individueel functioneren, en de partnerrelatie.

De instrumenten die Kooijman en Prinsen (2003) met betrekking tot de derde stap aandroegen, de CBCL, NOSI en VGF “passen in feite niet meer in de context van de JGZ, maar worden gebruikt in de context van de jeugdzorg of GGZ” (Kooijman & Prinsen, 2004, p. 10). Hiermee zijn we op de scheidslijn naar Deelstudie III van de programmeringsstudie aanbeland.

Overigens geven Kooijman en Prinsen (2003) aan dat er ook voor gekozen kan worden de eerste en tweede stap meer in elkaar te schuiven en bijvoorbeeld de KIPPPI, de NOSIK of het protocol ondersteuning sociaal-emotionele ontwikkeling direct in te zetten voor de gehele populatie als een universele risicotaxatie. De volgende stap van nadere (basis)diagnostiek zou dan eventueel, na versterking van de pedagogische ‘know-how’ in de JGZ, op kunnen schuiven naar de JGZ als voorpost van de jeugdzorg.

### 3.2 Inventrapport

In het Inventrapport werd door Hermanns e.a. (2005) een overzicht van signaleringsinstrumenten met betrekking tot problematische opgroei- en opvoedsituaties gegeven op basis van een literatuursearch in Omega UU, PiCarta, PsycINFO, PubMed en Google Scholar<sup>7</sup>. Er werden vier niveaus van signaleren onderscheiden:

- 1) Zo vroeg mogelijk: Korte screening op signalen van toekomstige ernstige zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (risicofactorenlijst)<sup>8</sup>.
- 2) Op verschillende momenten in de ontwikkeling: Signaleren van risicoprocessen die duiden op het ontstaan van internaliserende en/of externaliserende problematiek en zorgwekkende opvoedingssituaties. Het betreft brede, de ontwikkeling volgende methodieken.
- 3) Op vastgestelde tijdstippen: Inzet van breed toegepaste screeningsinstrumenten voor het signaleren van opvoed- en ontwikkelingsproblemen die manifest zijn en ondanks screening op de niveaus 1 en 2 niet eerder zijn onderkend.
- 4) Taxatie veiligheidsrisico's voor, tijdens en/of na hulptrajecten. Dergelijke instrumenten zijn te plaatsen in de setting van de eerstelijns hulpverleningsinstellingen, zorginstellingen, dan wel tweedelijnsvoorzieningen en vallen daarmee voornamelijk binnen Deelstudie III van de programmeringsstudie.

<sup>7</sup> De Inventgroep (2005) richtte zich dus in tegstelling tot Kooijman en Prinsen (2003) niet alleen op signaleringsinstrumenten die in Nederland gebruikt worden in de JGZ 0-4 of daarvoor geschikt zijn. Ook stelden zij niet de eis dat er gepubliceerde gegevens over eigenschappen ervan bij gebruik in Nederland beschikbaar waren en ze primair gericht waren op de ‘ouder’ als informant. De Inventgroep richtte zich vanuit een breder spectrum op signaleringsinstrumenten ter signalering van problematische opgroei- en opvoedsituaties in de vroege kindertijd tot en met de jongvolwassenheid, waarvoor in de internationale literatuur evidentie gevonden kon worden.

<sup>8</sup> NB: Indien deze korte screening in de gehele populatie plaatsvindt, valt deze screening voornamelijk binnen het kader van de universele preventieve zorg en daarmee binnen Deelstudie I van de programmeringsstudie. Indien echter een eerste universele signalering vooraf is gegaan zoals voorgesteld in het drietrapsmodel van Kooijman en Prinsen (2003) betreft dit meer selectieve korte screening passend binnen de onderhavige deelstudie. Hetzelfde geldt voor de screening op niveau 2: ook dit is in feite voornamelijk relevant voor deze deelstudie indien deze niet sec plaatsvindt in de gehele populatie, maar voorafgegaan door een eerste korte universele screening. Er is echter voor gekozen om een korte weergave te bieden van het gehele spectrum van gepresenteerde instrumenten in het Inventrapport, alhoewel de instrumenten ad niveau 4 niet nader uitgewerkt worden.

De Inventgroep deed aanbevelingen voor toepassing van een aantal instrumenten op deze vier niveaus (zie Tabel 1). Hierbij benadrukten de auteurs dat er een match dient te zijn tussen professionele competenties en eisen die het instrument stelt aan de professional die het instrument toepast. Daarnaast moet een instrument inpasbaar zijn in de doelstelling en dagelijkse praktijk van de instelling. Dit stelt aansluitend de nodige eisen aan de aard van de instrumenten en aan het tijdsbeslag. De auteurs gingen dieper op de afzonderlijke instrumenten in en benoemden (waar bekend) sensitiviteit, specificiteit, positieve predictieve waarde en negatieve predictieve waarde van de instrumenten<sup>9</sup> (zie Inventgroep, 2005, p. 33).

Tabel 1: Overzicht van instrumenten ten behoeve van de signalering van problematische opgroei- en opvoedsituaties zoals genoemd door de Inventgroep (2005).

Niveau signalering	Instrument	Onderwerp	Setting	Leeftijd
1	Dunedin Family Services Indicator	Signaleren zorgwekkende opvoedingssituatie	JGZ 0-19, huisarts  NB: ook door verpleegkundige is deze lijst in te vullen  Perinataal: Controles verloskundigen	Perinataal
2	<i>Protocol Samen Starten</i>		JGZ 0-19 (Consultatiebureau)	Vroege ontwikkeling 0-4 jaar
2	<i>Diagnostisch Informatie en Management Systeem</i>	Speel/leerstoflijnen en problemen daarin, waar nodig passende diagnostiek	Onderwijs	4-12 jaar in de basisschool
2	<i>Risicovolle Ontwikkelingspaden Delinquentie</i>	Risicopaden delinquentie	HALT	> 12 jaar
3	Parent Child Conflict Tactics Scale	Relatie tussen ouders en kind: met name aandacht voor kindermishandeling (Straus e.a., 1998)	JGZ 0-19	0-18 jaar
3	<i>Vragenlijst onvervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning (VOBO)</i>	Opvoedingsproblematiek	JGZ 0-19: minimaal een HBO-opgeleide beroepskracht kan de lijst afnemen/scoren	
3	Juvenile Victimization Questionnaire (Hamby, &	Problemen in de opvoeding	JGZ 0-19	Bruikbaar vanaf 8 jaar

<sup>9</sup> *Sensitiviteit* van een instrument is het percentage personen met bepaalde problematiek dat op het instrument als zodanig wordt herkend. *Specificiteit* betreft het percentage personen zonder problematiek dat op het instrument toch een afwijkende score krijgt. De *positieve predictieve waarde* geeft aan wat bij een positieve testuitslag de kans is dat een persoon in een bepaalde populatie daadwerkelijk aan de aandoening lijdt. De *negatieve predictieve waarde* is een maat voor het percentage niet problematische gevallen dat door het instrument ook als probleemloos wordt aangemerkt.



Niveau signalering	Instrument	Onderwerp	Setting	Leeftijd
3	Finkelhor, 2001) <i>Infant-Toddler Social &amp; Emotional Assessment (ITSEA;</i> Carter et al, 2003)	Vroegtijdig signaleren van externaliserende/ internaliserende problemen	JGZ 0-19	12 maanden - 3 jaar
3	Suicide Ideation Questionnaire (+ JR) (Reynolds, 1987)		JGZ 0-19, huisarts	11-13 jaar (JR) en 14-18 jaar
3	Strengths and Difficulties Questionnaire  (o.a. Van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003)	Inter-/externaliserende problemen	JGZ 0-19, onderwijs, huisarts, HALT	>3 jaar
3	<i>SPUTOVAMO</i>	Kindermishandeling	Ziekenhuizen	Alle leeftijden
4 = voor, tijdens en na hulptrajecten	<i>Child Abuse Risk Evaluation (CARE;</i> Nederlands: CARE-NL, De Ruiters & Pollman, 2003)	Taxatie zorgwekkende opvoedingssituaties	1 <sup>e</sup> lijn hulpverlening/ 2 <sup>e</sup> lijn zorginstellingen	
4	Early Assessment Risk List (EARL20B)	Antisociaal, delinquent gedrag en recidive voorspellen	1 <sup>e</sup> lijn hulpverlening/ 2 <sup>e</sup> lijn zorginstellingen	<12 jaar
4	Structured Assessment of Violence in Youth (SAVRY; zie ook Lodewijks, Ruiters, & Dorrelijers, 2003)	Taxaties bij geweldadige jongeren	1 <sup>e</sup> lijn hulpverlening/ 2 <sup>e</sup> lijn zorginstellingen	

Noot: *Cursief* weergegeven signaleringsinstrumenten vereisen nog verder onderzoek.

### 3.2.1 *Korte screening ten behoeve van signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties: beperkt tot de vroege kindertijd*

In het overzicht in Tabel 1 vallen een aantal zaken op. Zo werd er door de Inventgroep om te beginnen slechts één geschikte methodiek voorgesteld met betrekking tot vroegtijdige signalering (niveau 1). Dit betrof de *Dunedin Family Services Indicator*. Deze indicator omvat een korte vragenlijst voor ouders, een semigestructureerd interview en een checklist bestaande uit 9 items met betrekking tot de sociaal demografische gegevens. Het doel van het instrument is zorgwekkende opvoedingssituaties te signaleren tijdens de zwangerschap. In validatieonderzoek door Muir e.a. (1989) werd als criterium het aantal meldingen van vermoedens van kindermishandeling binnen twee jaar na de screening gehanteerd. De sensitiviteit van het instrument bleek 100% en de specificiteit 87%. De *Dunedin Family Services Indicator* is te gebruiken in de JGZ en door bijvoorbeeld huisartsen. Naast de *Dunedin Family Services Indicator* ging de Inventgroep nog kort in op de *Kempe Family Stress Inventory* (zie Paragraaf 3.6.3) en een uitgebreide Vlaamse lijst voor het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties in de vroege ontwikkeling van een kind (Screening van Ernstige Problematische Opvoedingssituaties, SEPO; Hellinckx, Grietens, Geeraert, Moors, & Assche, 2001; niet vermeld in Tabel 1). De Inventgroep vond géén instrument waarmee op relatief eenvoudige wijze zorgwekkende

opvoedingssituaties in latere ontwikkelingsfasen van het kind of in andere settings dan de JGZ (b.v. kinderopvang of onderwijs) gesignaleerd konden worden.

### 3.2.2 *Signaleren van risicoprocessen voor het ontstaan van internaliserende en/of externaliserende problematiek en zorgwekkende opvoedingssituaties: nader onderzoek gewenst*

De Inventgroep presenteerde een drietal instrumenten ten behoeve van signalering op niveau 2. Het betreft het *protocol van Samen Starten (DMO-P)*, het *Diagnostisch Informatie en Management Systeem* en *Risicovolle Ontwikkelingspaden Delinquentie*. Het Samen Starten of DMO-P protocol kwam in de vorige paragraaf met betrekking tot het overzicht van Kooijman en Prinsen (2003) reeds aan bod. Deze methodiek besteedt ondermeer aandacht aan de competentie van de primaire ouder; de rol van de partner; sociale steun; mogelijke 'obstakels' (ingrijpende levensgebeurtenissen); en het welbevinden van het kind. De Inventgroep (2005) gaf aan dat alleen al voor het welbevinden van het kind ruim 100 indicatoren bestaan. Een benadering waarin globale domeinen gedefinieerd worden als gespreksthemata en waarbij ouders zoveel mogelijk aangemoedigd worden om te vertellen dat er iets mis gaat en wat, heeft volgens Hermanns e.a. daarom voorkeur boven lange checklists aan ouders. Het DMO-P protocol geeft invulling aan een dergelijke benadering binnen de JGZ.

Verder werd het Diagnostisch Informatie en Management Systeem genoemd (Inventgroep, 2005). Dit betreft een digitaal dossier waarin informatie wordt opgeslagen over prestaties van leerlingen (4-12 jaar) op speel- en leerstoflijnen en problemen daar in. Waar nodig wordt ook passende diagnostiek inbegrepen. Echter, er is volgens de Inventgroep onvoldoende onderzoek naar deze aanpak gedaan om concrete aanbevelingen over het gebruik ervan te doen. Verder onderzoek naar deze en vergelijkbare systemen is daarom gewenst. Daarbij zijn ook inhoudelijke punten van belang zoals kenmerken van de ouders, zoals depressie bij ouders (zowel vaders als moeders).

Tot slot werd *Risicovolle Ontwikkelingspaden Delinquentie* of *Reconstructie Ontwikkelingspad Delinquentie* (Hermanns & Groen, 2004) genoemd. Dit instrument is ontwikkeld voor kinderen vanaf twaalf jaar die met de HALT-afdoening te maken krijgen. Het betreft een retrospectief instrument om in korte tijd samen met ouders en kind te kijken naar risicoprocessen voor delinquentie. Er worden hiertoe zeven potentiële milestones in delinquente ontwikkelingspaden besproken: onhandig gedrag op jonge leeftijd, ernstige gedragsproblemen in de basisschoolleeftijd, beginnende delinquentie aan het einde van of na de basisschool, signalen van schooluitval in het middelbaar onderwijs, feitelijke delinquentie na de twaalfde verjaardag, kindermishandeling en middelengebruik. De Inventgroep adviseerde binnen de HALT-bureaus onderzoek naar de validiteit van dit instrument te verrichten. In het kader van instrumenten op niveau 2 valt de 'witte vlek' of lege plek in de setting van kinderopvang op. De Inventgroep presenteerde géén instrumenten ter vroegtijdige signalering van risicoprocessen voor het ontstaan van problematiek in de setting van peuterspeelzalen en kinderopvang.

### 3.2.3 *Vroegtijdige signalering van manifeste problemen in opvoeding en ontwikkeling*

Met betrekking tot de vroegtijdige signalering van manifeste problemen in opvoeding en ontwikkeling vonden de leden van de Inventgroep meerdere relevante instrumenten die (mogelijk) toepasbaar zijn in zowel de JGZ 0-19, het onderwijs, peuterspeelzalen en kinderopvang, huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en door HALT. Voor toepassing in de JGZ 0-19 adviseerde de Inventgroep (2005) de volgende instrumenten:

- *Parent Child Conflict Scales*: Dit instrument kan gebruikt worden als screeningsinstrument met betrekking tot de relatie tussen ouders en kind (0-18 jaar), waarbij voornamelijk aandacht is voor kindermishandeling (Straus e.a., 1998).
- *Vragenlijst Onvervulde Behoeftte aan Opvoedingsondersteuning (VOBO)*: Dit betreft een vraaggestuurde aanpak waarin door een minimaal HBO-opgeleide beroepskracht met de ouder gesproken wordt over 12 domeinen van het functioneren van hun kind. Per domein wordt gevraagd of er vragen cq problemen zijn, hoe belastend deze zijn en of men steun of hulp heeft gezocht of wellicht nog zoekt. Het instrument is toegepast en onderzocht bij ouders van kinderen van verschillende leeftijden (0-15 jaar) en culturen. Over sensitiviteit en specificiteit van het instrument zijn nog geen gegevens beschikbaar: aanvullend onderzoek is daarom gewenst. Hermanns e.a. (2005) adviseerden de VOBO in te zetten in combinatie met het DMO-P/Samen Starten protocol op het consultatiebureau in het eerste levensjaar en op een leeftijd van 24 maanden. Tot slot adviseerde de Inventgroep de VOBO tweejaarlijks af te nemen tijdens de basisschoolleeftijd.
- De *Juvenile Victimization Questionnaire* is een zelfrapportage-vragenlijst voor kinderen vanaf 8 jaar met betrekking tot problemen in de opvoeding (Hamby & Finkelhor, 2001). Kinderen worden in 37 items gevraagd naar ervaringen met geweld (criminaliteit, mishandeling, pesten, getuigen van geweld). De Inventgroep stelde het gebruik van de lijst voor op 13-jarige leeftijd.
- *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)*. Er is een aantal gevalideerde instrumenten voor ontwikkelingscreening beschikbaar die in Nederland niet of nauwelijks worden toegepast (Mirret e.a., 2004). De Inventgroep stelden voor de ITSEA te gebruiken in combinatie met het Samen Starten protocol op het consultatiebureau. De BITSEA is een korte versie van deze lijst en bevat 42 vragen met meerkeuze-antwoordcategorieën voor ouders met betrekking tot gedrag, emoties, sociale interacties en indicatoren voor psychopathologie (Carter e.a., 2003). Hiermee kunnen vroegtijdig (leeftijd kind 12 maanden - 3 jaar) externaliserende en internaliserende problemen gesignaleerd worden. Visser, Smeekens, Riksen-Walraven en Van Bakel hebben een Nederlandse vertaling gemaakt van de ITSEA<sup>10</sup>.
- De *Suicide Ideation Questionnaire (+JR, 11-13 jaar; SIQ/SIQ-Jr)* bestaat uit 15 vragen die de jeugdige zelf invult (Reynolds, 1987). Bij jeugdigen die boven een bepaald afkappunt scoren dient vervolgens een klinisch interview te worden afgenomen. Voor de SIQ (14-18 jaar) werden een sensitiviteit van 86% en specificiteit van 80% gemeten in relatie tot uitgebreidere diagnostiek (Winters, Myers, & Proud, 2002). De Inventgroep adviseerde de SIQ-Jr en SIQ te vertalen en op validiteit bij toepassing in Nederland (SIQ-Jr op 14 jaar en SIQ op 16 jaar) te onderzoeken.
- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. De SDQ (o.a. Van Widenfelt e.a., 2003) is een vragenlijst die bestaat uit 25 items. Er is een vragenlijst voor kinderen, ouders of leerkrachten. De subschalen zijn: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit-aandachtstekort, problemen in de ontwikkeling en prosociaal gedrag. Er zijn voor verschillende leeftijdscategorieën tot 18 jaar

<sup>10</sup> Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp en Reijneveld (2005) gebruikten een aantal schalen van de ITSEA voor kinderen van 14 maanden oud ( $n = 718$ ) in de 'Peiling Jeugdgezondheid'; een grootschalig onderzoek onder kinderen van 0 tot en met 12 jaar ( $N = 4776$ ). Ze berekenden scores voor internaliserend, externaliserend en totaal probleemgedrag. Voor ieder kind werden de scores gedichotomiseerd als 'normaal' of 'klinisch'. Omdat er nog geen afkappunten voor een Nederlandse normpopulatie was vastgesteld, werden de gehanteerde afkappunten gebaseerd op de Amerikaanse afkappunten en bepaald aan de hand van de hoogste 10% scores in een bepaalde leeftijdsgroep of geslachtsgroep van deze Amerikaanse normpopulatie.

Nederlandse versies beschikbaar. Echter nog niet voor alle leeftijden zijn normen bekend. Eerste resultaten uit Nederlands onderzoek ondersteunen positieve internationale bevindingen omtrent de kwaliteit van het instrument.

De Inventgroep (2005) suggereerde het gebruik van de SDQ in verschillende settings, te weten de JGZ 0-19, het onderwijs, peuterspeelzalen en kinderopvang, gebruik door de huisarts en door HALT. Meer concreet stelden Hermanns e.a. voor de SDQ in te zetten op 36 maanden voor ouderrapportage en eventueel rapportage door leidsters in de kinderopvang. Vanaf 4-jarige leeftijd suggereerden Hermanns e.a. tweemaal gebruik van de SDQ op school en in periodiek gezondheidszorg (JGZ) door kind (>12 jaar), ouders en leerkracht.

Voor de spoedeisende hulp van ziekenhuizen zagen de leden van de Inventgroep een specifieke rol weggelegd in de signalering van kindermishandeling met behulp van de *SPUTOVAMO* (vgl. meldcode kindermishandeling KNMG). Hiermee kunnen aan de hand van een korte checklist van 9 vragen vermoedens ontstaan op kindermishandeling. Bij een dergelijk vermoeden kan doorverwijzing plaatsvinden naar kindergeneeskunde en waar nodig contact gezocht worden met een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. In een aantal ziekenhuizen zijn reeds positieve ervaringen met het instrument opgedaan. Naast het gebruik van de *SPUTOVAMO* noemden Hermanns e.a. het gebruik van de Meldcode Kindermishandeling (Baeten, 2002) in alle voorzieningen voor alle leeftijden.

#### 3.2.4 *Conclusie*

Hermanns e.a. (2005) concludeerden dat een deel van de voorgestelde instrumenten in Nederland vertaald waren en voor een klein deel onderzoek naar de validiteit was verricht. Over de sensitiviteit en specificiteit van instrumenten was soms buitenlands onderzoek en geen enkel Nederlands onderzoek beschikbaar. “Het is evident dat er in ons land een grote achterstand is op het terrein van instrumentontwikkeling. Alvorens instrumenten en procedures op grote schaal gaan worden toegepast, is het derhalve noodzakelijk dat er eerst onderzoek naar toepasbaarheid en de doeltreffendheid van alle hier voorgestelde instrumenten plaatsvindt. Hiervoor is een systematisch opgezet specialistisch onderzoeksprogramma noodzakelijk. Daarnaast is het van belang dat implementatie, training, certificering van de instrumenten en continue monitoring van de opbrengsten van de instrumenten centraal gecoördineerd worden”, aldus Hermanns e.a. (2005, p. 42).

#### 3.2.5 *Advies signaleringsinstrumenten door Artsen Vereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)*

Het Ministerie van Volksgezondheid (VWS) heeft naar aanleiding van de conclusies en aanbevelingen van de Inventgroep (2005) de AJN gevraagd om advies over de Dunedin Family Services Indicator, methode Samen Starten en de SDQ. AJN vond om te beginnen op basis van een vragenlijst bij de achterban dat er grote bereidheid vanuit het veld van de JGZ was om gebruik te maken van signaleringsinstrumenten voor het opsporen van psychosociale problemen (AJN, 2006). Daarbij was de behoefte aan uniforme evidence-based instrumenten groot. Vervolgens deed AJN onderzoek naar de aard en omvang van de drie instrumenten; de mate waarin de evidence voor de instrumenten overdraagbaar is naar de Nederlandse populatie; of en waar de instrumenten passen binnen het basis taken pakket (BTP); wie vanuit de JGZ de instrumenten zou moeten gebruiken of scoren; en welke tijdsinvestering hiervoor nodig zou zijn?

- Kritische beschouwing Dunedin Family Services Indicator

Om te beginnen beschreven de onderzoekers de Dunedin Family Services Indicator (DFSI). Zij gaven aan dat dit instrument niet zondermeer toepasbaar is in Nederland en zeker niet in de setting van de JGZ. De DFSI is bedoeld en getoetst voor gebruik tijdens de zwangerschap. De AJN (2006) stelde dat gebruik tijdens de zwangerschap in Nederland gezien het systeem van controles rondom zwangerschap en bevalling bij verloskundige, huisarts of gynaecoloog in Nederland voor het bereiken van alle moeders moeilijker is dan in Nieuw-Zeeland waar het instrument getoetst is. Het waarborgen van het consequent uitvoeren van de checklist door diverse begeleiders en het daarna overdragen aan de JGZ was de AJN een punt van zorg. Gebruik in de JGZ zou het bereik kunnen vergroten. Bovendien stelde de AJN dat risico inventarisatie met behulp van de DFSI goed mogelijk is en gedaan kan worden door een verpleegkundige. Daarbij zag de AJN voordelen van een dergelijke inventarisatie tijdens de zwangerschap. Echter, er zou wel een perinataal huisbezoek door de JGZ voor nodig zijn. Dit brengt hogere kosten met zich mee omdat een perinataal huisbezoek niet past binnen het huidige budget van het BTP.

Samengevat was het eindadvies van de AJN (2006) de DFSI niet toe te passen. Zij stelden als alternatief een landelijk overdrachtsprotocol naar de JGZ voor met een aantal gestandaardiseerde vragen in de zwangerschap. Daarbij opperden ze het gebruik van de MINI-CARE-NL (zie ook CARE-NL in Inventgroep, 2005) tijdens de zwangerschap.

- Kritische beschouwing methode Samen Starten

Over Samen Starten schreef de AJN (2006) dat er – op dit moment – weinig evidence is voor het volgen van deze methode. Daarnaast vergt de methode intensieve scholing en is ze niet zomaar inpasbaar binnen de contactmomenten van het BTP. Daar staat tegenover dat Samen Starten blijkt te leiden tot meer satisfactie van de werkers in de JGZ en een verbeterde gesprekstechniek.

De AJN zag momenteel meer in het gebruik van een registratieformulier volgens de domeinen<sup>11</sup> van Samen Starten dan voor implementatie van de methode Samen Starten. Een dergelijk formulier is ontwikkeld in een lopend project van Samen Starten in Maastricht (B. Doove), om longitudinaal te registreren en tegelijkertijd een inschatting te maken van de volgende vijf domeinen: competentie ouder, rol partner, sociale steun, obstakels en welbevinden kind. Daarnaast wordt per contact een conclusie opgenomen over het risico voor het kind. De AJN adviseerde een dergelijk formulier zo snel mogelijk in het integraal dossier JGZ op te nemen en uit te breiden voor de oudere kinderen. Alvorens de methode Samen Starten verder te implementeren, adviseerde de AJN de eindrapportage af te wachten.

- Kritische beschouwing SDQ (en *SPsy*)

Tot slot ging de AJN in op de SDQ waar we hieronder ook op basis van ander onderzoek nog nader op in zullen gaan. Het advies dat geformuleerd werd, was uitgesplitst naar JGZ contactmomenten. Allereerst adviseerde de AJN een pilotstudie uit te voeren naar gebruik van de SDQ binnen contactmoment in groep 2 (basisonderwijs). Verder is de SDQ voor het contactmoment in groep 6/7 gevalideerd en werd er ten tijde van het advies vanuit GGD Nederland reeds gewerkt aan een handleiding en aansluitend het implementeren van het gebruik van de SDQ voor deze groep. De AJN adviseerde deze implementatie verder door te zetten.

<sup>11</sup> De vijf domeinen van Samen Starten zijn: gezondheid en ontwikkeling van het kind, competentie ouder, steun partner, sociaal netwerk (isolement), problemen in het dagelijks leven die als belastend of stressvol ervaren worden.

Voor wat betreft het eerste contactmoment in het voorgezet onderwijs, in klas 2, adviseerde de AJN de *SPsy* (Screeningsinstrument Psychische Stoornissen; Van Oort e.a., 2006) in tegenstelling tot de SDQ te gebruiken. Dit instrument is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en gevalideerd in Nederland. De *SPsy* bestaat uit twee delen (Trimbos-instituut, 2006). Het eerste deel is de gehele SDQ. Ten behoeve van een accurate screening op het Bureau Jeugdzorg werden hier echter noodzakelijke aanvullende vragen aan toegevoegd met betrekking tot eetstoornissen, psychotische kenmerken, problemen met alcohol, problemen met drugs en risico op suïcide en automutilatie. De gecombineerde lijst wordt de ‘*SPsy*’ genoemd.

De *SPsy* is in 10 minuten af te nemen. De vragenlijst bestaat uit 44 vragen (in tegenstelling tot de SDQ met 25 vragen) en is ook geschikt voor allochtonen en lage SES. Daarbij is ook de *SPsy* volgens de AJN (2006) toepasbaar binnen het BTP. De AJN gaf de voorkeur voor gebruik van de *SPsy* in klas 2 van het voorgezet onderwijs boven de veelal gebruikte KIVPA omdat de *SPsy* in tegenstelling tot de KIVPA ook de genoemde leeftijdsrelevante vragen bevat over ondermeer eetstoornissen, psychosen en middelengebruik.

Tot slot benadrukte de AJN (2006) dat uit recent onderzoek van scholieren en EMOVO-onderzoek is gebleken dat psychosociale problematiek bij 16-jarigen nog groter is dan op de leeftijd van het contactmoment in klas 2. De AJN adviseerde daarom op de systematische benadering van 16-jarigen te heroverwegen. De AJN gaf daarbij aan dat ook binnen deze groep bij voorkeur de *SPsy* gebruikt dient te worden; voor leerlingen die binnen een Zorgadviesteam besproken worden tenminste aangevuld met ook de door de leerkracht ingevulde TRF (Achenbach, 1991b).

### 3.3 **Overzicht van signaleringslijsten betreffende psychische problematiek bij jeugdigen door Valenkamp en collega’s**

Hierboven was te lezen dat de Inventgroep een prominente plaats in zou willen richten voor het gebruik van de SDQ als instrument ter vroegtijdige signalering van psychische problemen van jeugdigen. Zij droegen het gebruik van dit instrument voor in de volgende settings: JGZ 0-19, onderwijs, peuterspeelzalen en kinderopvang, huisarts en HALT. Het gebruik van de SDQ in de JGZ werd onderschreven door het advies van de AJN (2006). Ook Valenkamp en collega’s (2006) noemden recent de SDQ als gevalideerd en genormeerd Nederlandstalig instrument ter signalering van psychische problematiek bij jeugdigen. Zij voegden hier echter een tweede methode aan toe: de *ASEBA*-vragenlijsten. Deze lijsten zijn vooral bekend onder de namen van de verschillende versies: a) de *CBCL*-lijsten, b) de *Teacher Report Form* (TRF), en c) de *Youth Self Report* (YSR). Deze werden ook genoemd in het overzicht van Kooijman en Prinsen (2003). De Inventgroep noemde de *CBCL* wel (Hermanns e.a., 2005, p. 40), maar brachten het instrument niet nadrukkelijk in hun aanbevelingen naar voren. Zij gaven aan dat de *CBCL* als ‘tweede stap in de procedure voorgesteld kan worden’, dat wil zeggen, na toepassing van de SDQ.

#### 3.3.1 *Zestien korte, gestandaardiseerde en generieke signaleringsinstrumenten*

Valenkamp en collega’s (2006) gaven een overzicht van beschikbare korte, gestandaardiseerde signaleringsinstrumenten waarmee een selectie kan plaatsvinden van personen met een verhoogd risico op psychopathologie, voorafgaand aan diagnostische evaluatie van psychische stoornissen in een gestructureerd diagnostische interview door een professional. Zij evalueerden signaleringslijsten die door ouders, leerkrachten en/of adolescenten zelf zijn in te vullen binnen maximaal twintig minuten. De betreffende instrumenten vragen ofwel psychische stoornissen na, dan wel de aanwezigheid van

psychische klachten van kinderen of jeugdigen vanaf twee jaar. Voor de instrumenten werd nagegaan of er deugdelijke normen voor de Nederlandse populatie beschikbaar waren en voor internationale instrumenten of er een Nederlandse vertaling bestond. Valenkamp e.a. (2006) vonden totaal zestien korte, gestandaardiseerde en generieke signaleringsinstrumenten waarover in de vakliteratuur gepubliceerd is<sup>12</sup>:

- Voor de Nederlandse markt ontwikkelde signaleringsinstrumenten<sup>13</sup>:
  - DSM-IV Vragenlijst (Hartman, 2001; Hartman e.a., 2001)
  - Klachtenlijst voor Adolescenten (KLAD; Peeters, 1994, 2002)
  - Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten (KIVPA; Bos, Van Ede, Maarsingh, & Lako, 1998; Van Ede, 1997)
  - Vragenlijst voor PSYchosociale problematiek in de Bovenbouw van het Basisonderwijs (PSYBOBA)
- In het Nederlands vertaalde signaleringsinstrumenten waarvoor Nederlandse normgegevens beschikbaar zijn:
  - Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA, te weten CBCL, YSR, TRF; Achenbach, 1991a, 1991b, 1991c)
  - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997)
- Internationale, in het Nederlands vertaalde signaleringsinstrumenten, waarvoor geen Nederlandse normen beschikbaar zijn<sup>14</sup>:
  - Child Symptom Inventories (CSI; Gadow & Sprafkin, 1996, 1999, 2002; Mattison, Gadow, & Sprafkin, 2003)
  - Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R; Conners, Sitarenios, Parker, & Epstein, 1998)
  - DISC Predictive Scales (DPS-4; Lucas e.a., 2001; Van Domburgh & De Ruiter, 2003)
  - Pediatric Symptom Checklist (PSC; Jellinek & Murphy, 1988; Pegano, Cassidy, Little, Murphy, & Jellinek, 2000)
  - SCL-90-R (Derogatis, 1994)
- Niet voor Nederland vertaalde en genormeerde internationale signaleringsinstrumenten
  - Behavioral Assessment System for Children (BASC; Kamphaus, Huberty, DiStefano, & Petoskey, 1997; Kamphaus, Petoskey, Cody, Rowe, & Huberty, 1999; Reynolds & Kamphaus, 1992)
  - Devereux Scales of Mental Disorders (DSMD; Naglieri, LeBuffe, & Pfeiffer, 1994; Smith & Reddy, 2002)
  - Eyberg Child Behavior Inventory, Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised (ECBI/SESBI-R; Eyberg & Pincus, 1999)
  - Ontario Child Health Study Scales-Revised (OCHS-R; Boyle e.a., 1993)
  - Revised Behavior Problem Checklist (RBPC; Quay & Peterson, 1996)
  - Revised Rutter Scales (Elander & Rutter, 1996a, 1996b; Rutter, 1967)

<sup>12</sup> Voor een beschrijving en aanduiding van kenmerken van deze signaleringsinstrumenten verwijzen we naar de publicatie van Valenkamp e.a. (2006) en voornamelijk de overzichtstabellen (1-4) in deze publicatie.

<sup>13</sup> De auteurs gaven aan dat voor geen van deze instrumenten normen beschikbaar zijn. Echter, voor de KIVPA zijn wel enige Nederlandse referentiegegevens beschikbaar (zie ondermeer Bijlage B en Reijneveld e.a., 2000). Verder namen de auteurs de PSYBOBA niet mee in de overzichtstabellen in de publicatie omdat in de vakliteratuur nog niet over het instrument gepubliceerd is. Zie hierover echter ook Vogels e.a. (2005) later in dit hoofdstuk, in Paragraaf 3.4.3.

<sup>14</sup> Notabene: In feite zijn voor de PSC 7-12 jaar wel normen beschikbaar. Echter dit instrument wordt afgeraden op grond van minder validiteit dan SDQ en PSYBOBA, en veel kritische opmerkingen van ouders. Zie met betrekking hiertoe ook Vogels e.a. (2005; zie Paragraaf 3.4.3) en Reijneveld e.a. (2006).

Voor wat betreft de stand van zaken in het Nederlandse taalgebied, waren in dit overzicht met name de SDQ en de ASEBA-vragenlijsten (CBCL, TRF, YSR) interessant, omdat deze beide signaleringsinstrumenten kort zijn en gestandaardiseerd, vertaald zijn en er Nederlandse normeringen voor beschikbaar zijn. Meer specifiek; de ASEBA-lijsten uit 1996 en 1997 zijn reeds voor de Nederlandse populatie genormeerd en de normering voor de Nederlandse versies van de herziene ASEBA-lijsten uit 2003 zijn in voorbereiding. Van de SDQ zijn de eerste gegevens over Nederlandse normen gepubliceerd (Valenkamp e.a., 2006, p. 24). De auteurs gaven aan dat er voor de overig genoemde instrumenten nog een vertaling nodig is naar het Nederlands of nader onderzoek gewenst is naar psychometrische kenmerken van de instrumenten in de Nederland.

### 3.3.2 *SDQ versus ASEBA*

Valenkamp e.a. (2006) maakten een bondige vergelijking tussen de SDQ en de ASEBA. Ze gaven aan dat onderzoek onderschrijft dat beide instrumenten even goed in staat zijn een onderscheid te maken tussen kinderen en adolescenten met en zonder psychopathologie (Goedhart e.a., 2003; Klasen e.a., 2000; Goodman & Scott, 1999). Het voordeel van de SDQ boven de ASEBA is dat de lijst korter is en daarmee een kortere afnametijd geniet. De lijst kent daarmee echter ook minder subschalen dan de ASEBA-lijsten en vraagt niet naar de minder vaak voorkomende symptomen zoals dwanghandelingen, hallucinaties of seksuele problemen (Klasen e.a., 2000). Dit maakt de ASEBA-lijsten beter geschikt als hulpmiddel in het diagnostisch proces “om een zelfstandige en gedetailleerde beschrijving te geven van psychische problematiek en om de klachten en symptomen te selecteren waar de behandeling zich op moet richten” (p. 24); als ‘assessment’-instrument dus. En in die toepassing – in GGZ-instellingen en in wetenschappelijk onderzoek – worden de ASEBA-lijsten reeds veelvuldig toegepast. Voor de SDQ zagen de auteurs een andere rol weggelegd, namelijk de rol van “signaleringsinstrument om te bepalen welke jeugdigen nader diagnostisch onderzoek nodig is” (p. 25). Daarmee sloten ze dus aan bij de indeling door de Inventgroep: eerst de SDQ en als hulpmiddel bij nadere diagnostiek de CBCL.

### 3.3.3 *Conclusie*

Afsluitend wezen Valenkamp e.a. (2006) op de acht niet genormeerde in Nederland beschikbare signaleringsinstrumenten, waarvan in sommige gevallen normering gaande is. De auteurs waren terughoudend in hun aanmoediging om dergelijke instrumenten zondermeer verder te ontwikkelen en normeren. Zij gaven aan dat een dergelijke uitbreiding van het Nederlandse aanbod slechts gunstig genoemd mag worden indien dit instrumenten oplevert die op verantwoorde wijze beantwoording van specifieke onderzoeks-, screenings-, of diagnostische vragen mogelijk maken. Daarbij noemden ze de meta-analyse van Durlak en Wells (1998) die aantoonde dat vroegtijdige opsporing en behandeling van psychische problemen de kans op een gezonde ontwikkeling van jeugdigen kan vergroten, vooral als opsporing plaatsvindt op basis van gevalideerde vragenlijsten (zie Paragraaf 4.7). In het kader hiervan moedigen de auteurs (Valenkamp e.a., 2006) in het bijzonder aan onderzoek te doen naar de validiteit en normering van die specifieke instrumenten die in eerder (buitenlands) onderzoek hun waarde reeds hebben bewezen.



### 3.4 Signaleringslijsten betreffende psychosociale problematiek bij jeugdigen: Overig onderzoek

#### 3.4.1 *ESP en SSRS*

In aanvulling op de SDQ, ASEBA-lijsten en overige instrumenten die Valenkamp en collega's beschouwden, noemden Conroy, Hendrickson en Hester (2004) als zeer gangbare methoden voor het signaleren van emotionele en gedragsmatige problemen van kinderen naast de CBCL het *Early Screening Profile* (ESP; Walker, Severson, & Feil, 1995), en de *Social Skills Rating Scale* (SSRS; Gresham & Elliot, 1990). Het ESP is een screeningsinstrument dat helpt bij het identificeren van kinderen van drie tot vijf jaar oud die externaliserend en internaliserend probleemgedrag laten zien en een hoog risico lopen voor het ontwikkelen van emotionele en gedragsmatige stoornissen. Gebruik van het instrument bestaat uit drie stappen: 1) de leerkracht in de kleuterklas benoemt de top 5 van kinderen met externaliserend en internaliserend probleemgedrag in de klas; 2) voor deze 5 kinderen vult de leerkracht 5 checklists in; en 3) de kinderen die volgens fase 2 hoog risico lijken te hebben op het ontstaan van emotionele en gedragsmatige stoornissen, worden in fase 3 geobserveerd in relevante academische en sociale omgevingen. De methodiek is uitvoerig onderzocht en empirisch gevalideerd (b.v. Feil & Becker, 1994; Feil e.a., 1998; Feil e.a., 2000). Voor zover de auteurs van het onderhavige rapport bekend is, is het ESP niet vertaald in het Nederlands dan wel gebruikt in Nederlandse populaties. Daarmee heeft het beduidend minder voorkeur dan een in Nederland veelvuldig gebruikt, gevalideerd en genormeerd instrument als de CBCL of de SDQ.

De SSRS is een meer diepgaand screeningsinstrument dat gericht is op de ontwikkeling van sociale vaardigheden. Het bestaat uit een leraar- (SSRS-T) en oudervragenlijst (SSRS-P) ter identificatie van kinderen tussen drie en acht jaar oud die een hoog risico lopen op het ontstaan van ernstige emotionele problematiek en/of gedragsstoornissen. Zowel sociale als gedragsmatige vaardigheden worden bestudeerd, op terreinen als samenwerking, sociale initiatieven en agressie. Ook dit instrument is, voor zover ons bekend, niet beschikbaar en/of in gebruik in het Nederlandse werkveld.

#### 3.4.2 *Voor de JGZ praktisch bruikbare signaleringsinstrumenten met betrekking tot psychosociale problemen*

Door TNO werd in 2000 een rapport gepresenteerd (Reijneveld, Stiggelbout, Wagerman-Van Hees, & Brugman, 2000) waarin ingegaan werd op de effectiviteit van een aantal in Nederland beschikbare en gebruikte instrumenten in het signaleren van psychosociale problemen door de JGZ. De auteurs gingen in op de CBCL (Achenbach, 1991a), KIPPPPI (Kousemaker, 1997), KIVPA (Bos e.a., 1997), LSPPK (Landelijke Signaleringshulp voor Psychosociale Problematiek bij Kleuters, o.a., Bouchier e.a., 1996, 1997), TRF (Achenbach, 1991b) en YSR (Achenbach, 1991c). In Bijlage B zijn de kenmerken van deze instrumenten zoals gepresenteerd in deze publicatie overgenomen. Hieruit blijkt dat er allereerst een aantal speciaal voor gebruik in de JGZ ontwikkelde vragenlijsten beschikbaar zijn, die zijn toegesneden op de JGZ praktijk, in het bijzonder het PGO (periodiek geneeskundig onderzoek): de KIPPPPI, KIVPA en LSPPK. Zij kunnen (veelal) gebruikt worden als gespreksleidraad tijdens het PGO. We weten doorgaans echter weinig over de psychometrische kwaliteit van deze instrumenten. De instrumenten in de tweede categorie zijn primair ontwikkeld voor een klinische setting en psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek. Van deze instrumenten, te weten de ASEBA-lijsten (CBCL, TRF, YSR), is in onderzoek gebleken dat de psychometrische kwaliteit goed is. Echter zij zijn te lang om direct tijdens een PGO te

worden gebruikt of verwerkt. Reijneveld en collega's concludeerden dat ze wel kunnen worden gebruikt op indicatie; bij kinderen met een verhoogde kans op psychosociale problemen. Valenkamp e.a. (2006), de Inventgroep (2005) en Reijneveld e.a. (2000) kennen dus eensgezind de ASEBA-lijsten een plaats toe als tweede stap in het signaleringsproces.

### 3.4.3

#### *Signalering psychosociale problematiek bij kinderen van 7 tot en met 12 jaar*

TNO presenteerde vijf jaar later (Reijneveld & Vogels, 2005; Vogels, Crone, Hoekstra, & Reijneveld, 2005) de resultaten van een nadere studie naar drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar (als eerste stap in het signaleringsproces). Vogels en collega's vergeleken de PSC, PSYBOBA en SDQ op psychometrische en epidemiologische aspecten en eveneens op bruikbaarheid voor ouders en JGZ-medewerkers. De SDQ kwam in het voorgaande reeds veelvuldig aan bod. De *Pediatric Symptom Checklist* (PSC) van Jellinek en Murphy (1988, 1990) werd door Valenkamp e.a. (2006) genoemd in de categorie 'Internationale, in het Nederlands vertaalde signaleringsinstrumenten, waarvoor geen Nederlandse normen beschikbaar zijn'. Vogels en collega's (2005) gebruikten in hun onderzoek een nieuwe Nederlandse vertaling van dit instrument. De PSC bleek betrouwbaar ingezet te kunnen worden voor vroegsignalering van psychosociale problemen bij kinderen van 7 tot en met 12 jaar oud, in het bijzonder met ten opzichte van de Verenigde Staten van Amerika aangepaste afkapwaarden. Voordeel van de PSC is daarbij dat het 35 items tellende instrument in minder dan 5 minuten afgenomen en gescoord kan worden. (Juist omdat op een eenvoudige manier een score berekend kan worden, beoordeelden JGZ medewerkers de PSC als meest positief vergeleken met de SDQ en PSYBOBA, Reijneveld en Vogels (2005).) Tot slot werd de PSYBOBA, *Psychosociale Problemen Bovenbouw Basisonderwijs*, zoals ontworpen door de Landelijke werkgroep Signaleringsinstrumenten Psychosociale Problematiek Jeugd (LSPPJ; Ede e.a., 2003) meegenomen. De PSYBOBA bestaat uit een invulgedeelte voor de ouders, thuis in te vullen voorafgaand aan het onderzoek (screening of PGO) van de 7-12 jarigen in het basisonderwijs, en een invulgedeelte voor de artsen/verpleegkundigen, in te vullen na het gesprek met de ouders over hun zorgen met betrekking tot de problemen van hun kind. Vragen hebben betrekking op schoolproblemen, problemen in de sociale omgang met anderen, internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek, psychosomatische problemen, problemen thuis en kindermishandeling. Op basis van de psychometrische en klinisch-epidemiologische gegevens, en praktische bruikbaarheid, bleek de PSC een minder voor de hand liggende keuze te zijn voor gebruik in de JGZ ten behoeve van de signalering van psychosociale problematiek bij kinderen van 7 tot en met 12 jaar oud. De testeigenschappen van de PSYBOBA en de SDQ daarentegen bleken elkaar nauwelijks te ontlopen. Daarnaast was de bruikbaarheid voor de PSYBOBA en SDQ in de praktijk van de JGZ vergelijkbaar. Daarbij dient vermeld dat dit geldt bij eendimensionaal gebruik van de SDQ; dat wil zeggen dat er geen subschaalscores voor de SDQ berekend worden. Een dergelijk eendimensionaal gebruik van de SDQ werd ondersteund door de resultaten van het onderzoek van Vogels e.a. en bespaart ingewikkelde en tijdrovende berekeningen.

Concluderend stelden Vogels en collega's in 2005 daarom dat de keuze tussen de SDQ en de PSYBOBA als instrument in de JGZ primair gemaakt zou moeten worden op basis van andere overwegingen, zoals de kans van acceptatie van het signaleringsinstrument door het JGZ veld (en gerelateerd: snelle en brede implementatie); de mate waarin de door de JGZ verzamelde informatie ook bruikbaar is bij consultatie van en verwijzing naar derden; en het (eventuele belang van)

bruikbaarheid in de Monitor Jeugdgezondheid. Reijneveld en Vogels vulden in het Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg (2005) aan dat met name op grond van de internationale vergelijkbaarheid en het feit dat de Jeugdzorg de SDQ ook gebruikt, het bestuur van GGD Nederland besloten had de SDQ te adviseren als standaardinstrument voor de opsporing van psychosociale problemen door de JGZ bij 7-12 jarigen. De aanvullende informatie omtrent het gebruik van de SDQ, PSYBOBA en PSC in de JGZ werd toegevoegd aan eerdere kennis uit de publicatie van 2000 (Reijneveld e.a., 2000, zie bovenstaand). Dit completere overzicht van instrumenten is eveneens opgenomen in Bijlage B.

### 3.5 Gebruik van ‘Computerized Adaptive Testing’ in vroegsignalering van psychosociale problemen in de JGZ (IRT-CAT)

In het voorgaande werd voornamelijk dieper ingegaan op het signaleren van psychosociale problemen van kinderen in de JGZ, waarbij gebruik gemaakt wordt van schriftelijke vragenlijsten die over het algemeen thuis worden ingevuld. Uit de verschillende beschouwingen kwam daarbij ondermeer de lengte van vragenlijst als struikelblok naar voren: lange vragenlijsten zijn niet bruikbaar in de JGZ en korte vragenlijsten zijn vaak minder op psychometrische kwaliteit onderzocht, zijn relatief weinig nauwkeurig of leveren slechts globale informatie. Zij kunnen vooral dienen als eerste stap in het signaleringsproces waarna nadere indicaties gewenst zijn. Op andere onderzoeksgebieden is het mogelijk gebleken om met behulp van *Computerized Adaptive Testing* (CAT) op basis van *Item Response Theory* (IRT) methodieken te ontwikkelen die met een gering aantal items toch een meer nauwkeurig meting mogelijk maken. Mogelijk kan deze methode gebruikt worden om ook binnen de JGZ met behulp van zo weinig mogelijk items een betrouwbare inschatting te maken van psychosociale problematiek dan mogelijk is op basis van de relatief korte maar beperkte schriftelijke screeningslijsten.

Bij CAT wordt na ieder antwoord van een respondent een schatting gemaakt van de score én van de nauwkeurigheid van deze schatting. Vervolgens genereert het systeem een vraag die de beschikbare schatting optimaal kan verbeteren. Dit proces vervolgt zich tot de vereiste nauwkeurigheid is bereikt. De respondent krijgt zodoende alleen een beperkt aantal items voorgelegd die bij hem of haar passen.

TNO (Vogels, Jacobusse, Chablani, Hilgersom, & Rövekamp, 2006) deed onderzoek naar de toepassing van CAT met betrekking tot het signaleren van psychosociale problematiek. IRT liet zien dat vrijwel alle items van een aantal relevante vragenlijsten (CBCL, SDQ, PSC, PSYBOBA) op een unidimensionale schaal passen en daarmee te gebruiken zijn voor een CAT. In simulatieonderzoek bleek vervolgens dat CAT een klinische CBCL score voor totale problematiek kon voorspellen met een sensitiviteit van 89% en een specificiteit van 90%. Bij 38% van de kinderen waren daarvoor 5 items of minder nodig; bij 52% maximaal 10 items. Gemiddeld bleken 11.5 items (standaarddeviatie 13.0) nodig om klinische totale gedragsproblemen (CBCL) te voorspellen. Hiermee is deze toepassing bruikbaar in PGO in de JGZ.

Voor geautoriseerde gebruikers is inmiddels een werkend prototype beschikbaar. Ouders van kinderen tussen 7 en 12 jaar oud kunnen op [www.uwkind.nl](http://www.uwkind.nl) de CAT invullen (mits men geautoriseerd is: dus beschikt over gebruikersnaam en wachtwoord). De JGZ kan vervolgens op [www.uwkind.nl/arts](http://www.uwkind.nl/arts) de resultaten daarvan inzien. Zij krijgen scores op 4 schalen gepresenteerd: Totale Probleemscore, Externaliseren, Internaliseren en Hyperactief gedrag. Daarin worden licht verhoogde en verhoogde scores gemarkeerd. Ook worden de gestelde vragen en daarop gegeven antwoorden gepresenteerd met een indicatie van hoe ernstig een bepaald antwoord is. Gezien de

kosten-effectiviteit van de CAT is verder onderzoek wenselijk naar de validiteit, normering en gebruikswaarde ervan.

### 3.6 Signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties

Zoals we in Hoofdstuk 1 konden lezen staat in dit onderzoek de beschikbare kennis over *signaleringsinstrumenten en interventies met betrekking tot het bevorderen van een normale ontwikkeling bij a) dreigende problemen en b) het helpen bij reeds ontstane beginnende problemen van kinderen en jeugdigen* centraal. We maakten aansluitend onderscheid tussen risicofactoren en protectieve factoren die een uiterlijk geven aan al dan niet aanwezig hoog risico. Deze factoren waren gelegen op het niveau van het kind, de opvoedingscontext of de bredere sociale context (zie ook Figuur 1). In Paragraaf 3.4 en 3.5 gingen we zojuist dieper in op kennis over (vroeg)signalering van psychosociale problematiek van jeugdigen. Daarmee lag de focus voornamelijk op het *niveau van het kind en op beginnende problematiek*.

#### 3.6.1 *Risico's in de gezinscontext*

Met betrekking tot signalering in dit onderzoek staat echter niet alleen (dreigende) problematiek in de ontwikkeling van kinderen centraal. De gezinsomgeving van het kind kent ook een belangrijke plaats in signalering ten behoeve van passende opvoeden- en opgroei-ondersteuning ter preventie van problematiek van het kind. Het betreft het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties cq problemen in de opvoeding. We zagen in de publicaties van Kooijman en Prinsen (2003) en de Inventgroep (2005) hiertoe verschillende methodieken de revue passeren. Deze hadden allen betrekking op problemen en/of risico's in de gezinscontext, echter vanuit verschillende perspectieven en gericht op verschillende risiconiveaus. Er werden verschillende facetten van risico in de gezinscontext gemeten: zorgbehoefte van ouders, dan wel behoefte aan opvoedondersteuning; 'risico's' in de opvoedingssituatie of verstoorde draagkracht-draaglast verhouding in het gezin; ouderlijke stress; pedagogische problemen cq opvoedingsproblematiek; verstoorde ouder-kind relatie cq ouder-kind conflict; en risico op kindermishandeling.

Er was daarnaast onderscheid naar verschillende niveaus van signaleren. Met betrekking tot een eerste universele vroegsignalering van mogelijke risicofactoren in de gezinsomgeving waren met name de lokale TRV-lijsten, Kwetsbaar Jong, Klant in beeld en de Dunedin Family Services Indicator relevant. De auteurs noemden met betrekking tot meer selectieve pedagogische probleemonderkenning de NOSI, het DMO-P protocol, Stap voor Stap en Lijst Hellinckx. Als geïndiceerde screeningsinstrumenten werden VGF, de Parent Child Conflict Tactics Scale, de VOBO, Juvenile Victimization Questionnaire en SPUTOVAMO genoemd. Tot slot noemde de Inventgroep de CARE(-NL) waar het ging om taxatie van veiligheidsrisico's voor, tijdens en/of na hulptrajecten.

Een aantal van de genoemde instrumenten besteedden aandacht aan (risico op) kindermishandeling. Het gaat om de Lijst Hellinckx, Parent Child Conflict Tactics Scale, SPUTOVAMO en CARE. Daarnaast is de Dunedin Family Services Indicator in validatieonderzoek afgezet tegen het aantal vermoedens van kindermishandeling binnen twee jaar na de screening.

### 3.6.2 *Risicofactoren inzake kindermishandeling*

Baartman (1996a) besprak een aantal retro- en prospectieve studies naar risicofactoren inzake kindermishandeling<sup>15</sup>. In de studies liepen de definities voor kindermishandeling uiteen en ook werd hoog risico voor kindermishandeling op uiteenlopende manieren in kaart gebracht. Monaghan e.a. (1986) keken bijvoorbeeld naar de risicofactoren: frequent verhuizen in het jaar voor de bevalling; de moeder is onder psychiatrische behandeling (geweest); emotionele problematiek; beperkte verstandelijke vermogens; irreële verwachtingen van het kind; verwaarlozing van prenatale zorg; twijfel over eventuele afstand van het kind; verwaarlozing of mishandeling van een ouder als kind; mishandeling of verwaarlozing van de moeder in haar jeugd. Murphy e.a. (1985) lieten getrainde maatschappelijk werkers een interview afnemen op basis waarvan een vragenlijst werd ingevuld. Deze had betrekking op 10 variabelen: 1) als kind geslagen of tekortgekomen; 2) criminaliteit of psychiatrische ziekte bij de moeder; 3) er is sprake geweest reeds van (vermoedens van) kindermishandeling; 4) lage zelfwaardering, sociaal isolement of depressiviteit; 5) er is sprake van een veelvoud aan crises of stress; 6) er is sprake van gewelddadige woede-uitbarstingen; 7) de ouder heeft rigide en irreële verwachtingen van het kind; 8) de ouder is gewend hardhandig te straffen; 9) het kind wordt door de ouders als lastig ervaren; 10) het kind is ongewenst of maakt weinig kans op een goede band met de moeder. De score op deze punten bepaalde de aan- of afwezigheid van hoog risico. Browne en Saqi (1988) ontwikkelden op basis van epidemiologische en demografische studies inzake kindermishandeling een checklist bestaande uit 13, deels met voorgaande lijstjes overlappende, variabelen. Verder noemde Baartman kort de studie van Milner en collega's (1984) waarin de *Child Abuse Potential Inventory* (CAPI<sup>16</sup>) werd afgenomen. Als gevolg van dergelijke verschillen in gebruik van terminologie en risico-indicatoren liep de omvang van de percentages mishandeling in de risicogezinnen sterk uiteen: ze varieerden van 6% bij Browne en Saqi tot 53% bij Murphy en collega's.

Ondanks bovengenoemde verschillen in de wijze waarop hoog risico bepaald werd in de verschillende studies, bleek uit het overzicht van Baartman (1996a) dat 67.5% tot 91% van de groep gezinnen waar sprake was van kindermishandeling eerder aangemerkt was als risicogezin. Baartman suggereerde dit te benutten door een tweestapsmodel van screening waarin elke jonge of aanstaande ouder om te beginnen hetzelfde aanbod krijgt, namelijk een gesprek over de op handen zijnde of prille opvoedingssituatie. Indien tijdens het gesprek, eventueel ondersteund met een vragenlijst, blijkt dat de ouders en de interviewer enigerlei vorm van hulp gewenst vinden, zal een systematischer onderzoek plaatsvinden op basis waarvan duidelijk kan worden wat de gewenste vorm van hulp is. Op die manier kan stigmatisatie van opvoeders voorkomen worden doordat alle ouders op gelijke wijze benaderd worden. Baartman verwees hierop naar het onderzoek van Lynch en Roberts (1977). In deze studie bleek dat men zich ten tijde van de geboorte van 70% van de mishandelde kinderen ernstige zorgen had gemaakt.

<sup>15</sup> Agathonos, 1995; Avison e.a., 1986; Browne & Saqi, 1988; Gray e.a., 1979; Kotelchuk, 1982; Monaghan e.a., 1986; Murphy e.a., 1985; Pianta e.a., 1989; Schneider, 1982; Starr, 1982; Vietze e.a., 1982

<sup>16</sup> De CAPI werd ontwikkeld door Milner (1986, 1990) en in het Nederlands vertaald door Grietens en collega's (1999). De CAPI bevat 160 items en is gericht op ouders met een kind tussen 0 en 18 jaar. Met de schaal worden karakteristieken van ouders opgespoord die een verband houden met een risico op fysieke mishandeling van kinderen. In een onderzoek naar de Vlaamse versie van de CAPI werd een interne consistentie van de *abuse*-schaal van 0.90 gevonden, wat hoog te noemen is. Ook met betrekking tot begripsvaliditeit zijn positieve resultaten gevonden. Echter, door de omvang van de vragenlijst betreft dit vooral een effectief en bruikbaar onderzoeksinstrument en geen vragenlijst die in bijvoorbeeld de JGZ als signaleringsinstrument te gebruiken is.

Baartman (1996a) besluit: “Natuurlijk zullen bij een screening als boven beschreven niet alle risicogezinnen in het vangnet van ondersteuning terecht komen en komen ze erin terecht, dan is dat nog geen garantie dat er zich geen problemen zullen gaan voordoen. Maar een grote groep van deze gezinnen zou wel eerder opgevangen kunnen worden en dat biedt de mogelijkheid om niet meer achteraf, als de zaken geheel uit de hand gelopen zijn, te hoeven zeggen: we hadden het wel gedacht. En wat belangrijker is, veel zeer van kind en ouders zou voorkomen kunnen worden” (p. 135).

- 3.6.3 *Effectieve risicotaxatie op zorgwekkende opvoedingssituaties en/of kindermishandeling*  
Aansluitend bij bovenstaande vonden we in onze literatuurstudie een systematische overzichtsstudie van Peters en Barlow (2003). Zij voerden een systematische review uit van tientallen instrumenten om gedurende de pre- en postnatale periode een zorgwekkende opvoedingssituatie en/of kindermishandeling te voorspellen. Zij kwamen tot de conclusie dat alleen de *Dunedin Family Services Indicator* en de *Kempe Family Stress Inventory* aan minimale eisen met betrekking tot specificiteit en predictieve waarde<sup>17</sup> voldoen. De Inventgroep verwees ook naar deze publicatie van Peters en Barlow (2003) en droeg op basis daarvan reeds de *Dunedin Family Services Indicator* voor. Dit instrument betreft een checklist van 9 items gebaseerd op sociale, demografische en klinische data, bedoeld voor gebruik tijdens de zwangerschap. De *Kempe Family Stress Inventory* noemden Hermans e.a. (2005) slechts kort. Dit betreft een checklist van 10 items – eveneens in te vullen tijdens de zwangerschap – die op basis van inschattingen van een maatschappelijk werker wordt gescoord (subjectieve beoordeling). Murphy e.a. (1985) plaatsten de resultaten van het instrument naast eenduidige evidentie van mishandeling of verwaarlozing binnen tweeënehalf jaar zoals geregistreerd in ziekenhuisdossiers. De sensitiviteit voor dit instrument werd door hen vastgesteld op 80% en de specificiteit op 92%.

### 3.7 Conclusie

In dit hoofdstuk werd antwoord gezocht op de eerste onderzoeksvraag, waar het gaat om signaleringsinstrumenten: Welke kennis is er beschikbaar over effectiviteit van signaleringsinstrumenten op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning en voor welke risico- en probleemgroepen is deze kennis beschikbaar? In Tabel 2 hebben we een overzicht gegeven van signaleringsinstrumenten die door wetenschappers in de verschillende overzichtsstudies besproken werden vanwege veelvuldig gebruik, beschikbaarheid van normering en/of validering, toepasbaarheid in de JGZ en/of veelbelovendheid. We hebben hier alleen de instrumenten ten behoeve van selectieve en geïndiceerde probleemonderkenning weergegeven vanwege aansluiting bij de onderhavige tweede deelstudie van de ZonMw Programmeringsstudie Jeugd. De instrumenten zijn apart weergegeven voor de voorschoolse periode, de basisschoolleeftijd en de adolescentie en jongvolwassenheid (-23 jaar). Daarnaast hebben wij in aansluiting bij de Inventgroep onderscheid gemaakt tussen instrumenten ten behoeve van probleemonderkenning met betrekking tot de ontwikkeling van het kind, en signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties.

#### 3.7.1 *Selectieve probleemonderkenning*

Met betrekking tot het signaleren van problemen in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen was in de verscheidene overzichtsstudies een primaire rol weggelegd voor de SDQ of de uitgebreidere SPsy. De SDQ voor kinderen tot 18 jaar werd beoordeeld als

<sup>17</sup> Peters en Barlow (2003) stelden als eis dat de specificiteit hoger was dan 80% en de positief voorspellende waarde meer dan 25%.

bruikbaar in de JGZ door een beperkt aantal vragen en daarnaast is validatieonderzoek beschikbaar of in voorbereiding. Voor zeven- tot twaalfjarigen werden ook de PSYBOBA en de PSC genoemd als geschikte instrument ter signalering van problematische ontwikkeling van kinderen. Verder adviseerde de Inventgroep de (B)ITSEA voor gebruik op het consultatiebureau (in combinatie met Samen Starten). Specifiek met betrekking tot suicide en delinquentie werden respectievelijk het instrument Risicovolle Ontwikkelingspaden Delinquentie en de SIQ(-JR) aangemerkt als veelbelovend. Verder werd het digitaal formulier ter toetsing van leerprestaties van basisschoolscholieren – het Diagnostisch Informatie en Management Systeem – door de Inventgroep (2005) genoemd. Niet omdat dit instrument reeds voldoende onderzocht was, maar vooral omdat dergelijke methoden wenselijk waren volgens de auteurs. Meer onderzoek is op zijn plaats.

De KIPPPI, LSPPK en KIVPA bleken weliswaar bruikbaar in de JGZ, echter over de psychometrische kenmerken van deze instrumenten is nog onvoldoende bekend. Bovendien had de SPsy volgens de onderzoekers de voorkeur boven de KIVPA door de leeftijdsadequate vragen over eetstoornissen, psychosen en middelengebruik. Toepassing van een recente vernieuwing, IRT-CAT (momenteel in een eerste versie beschikbaar voor zeven- tot twaalfjarigen), kan in de toekomst mogelijk zorgen voor een beknopte maar betrouwbare digitale screening van psychosociale problematiek bij kinderen en jeugdigen in periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) of daarbuiten.

De auteurs van de verschillende overzichtsstudies vonden weinig selectieve signaleringsinstrumenten met betrekking tot zorgwekkende opvoedingssituaties. De NOSIK is een instrument waarmee een inschatting gemaakt kan worden van ouderlijke stress. Daarnaast werd door de Inventgroep (2005) het protocol van Samen Starten voorgedragen. Echter AJN (2006) concludeerde dat dit protocol nog onvoldoende evidence-based was. Zij adviseerde voorlopig een registratieformulier aan de hand van de domeinen van Samen Starten in te voeren en verder eerst de effecten van onderzoek naar Samen Starten af te wachten. Tot slot noemden Kooijman en Prinsen (2003) Lijst Hellinckx: een instrument dat ontwikkeld werd voor de Vlaamse JGZ. Meer onderzoek naar dit instrument in de Nederlandse praktijk is gewenst.

### 3.7.2 *Geïndiceerde signalering*

Ten behoeve van nadere (basis)diagnostiek; meer geïndiceerde signalering van manifeste ontwikkelingsproblematiek, werden eenduidig de ASEBA-lijsten (CBCL, TRF en YSR) voorgedragen. Deze lijsten zijn door hun lengte niet standaard bruikbaar in PGO. Echter zij zijn gevalideerd en genormeerd en daarbij uitermate geschikt als assessment instrument als nadere stap van probleemonderkenning; na gebruik van bijvoorbeeld de SDQ.

Met betrekking tot geïndiceerde onderkenning van zorgwekkende opvoedingssituaties werden de NOSI, VGF, CARE-NL, Juvenile Victimization Questionnaire, Parent Child Conflict Tactics Scales, VOBO en SPUTOVAMO genoemd. Meer onderzoek naar de psychometrische gegevens van deze instrumenten is gewenst.

In de conclusie en discussie van dit rapport (Hoofdstuk 6) gaan we nader in op de aanwezige lacunes en tegenstrijdigheden in dit overzicht van signaleringsinstrumenten en aansluiting bij beschikbare kennis over risicopopulaties op het gebied van opvoeden en opgroei-ondersteuning.

Tabel 2: Overzicht signaleringsinstrumenten ter vroegtijdige selectieve of geïndiceerde signalering van opgroei- of opvoedingsproblematiek.

Leeftijd	Voorschoolse periode (-9 maanden – 4 jaar)		Basisschoolleeftijd (4 – 12 jaar)		Adolescentie & jongvolwassenheid (>12)	
	Ontwikkeling kind	Opvoedingscontext	Ontwikkeling kind	Opvoedingscontext	Ontwikkeling kind	Opvoedingscontext
<b>Selectieve probleem- onderkenning cq signaleren van risicoprocessen die duiden op het ontstaan van zorgwekkende opgroei- en opvoedsituaties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veel gebruikt, maar onvoldoende gevalideerd:</li> <li>• Stap voor Stap methode</li> <li>• BABY-KIPPPPI</li> <li>• PEUTER-KIPPPPI</li> <li>• KIPPPPI 1-4 jaar</li> </ul> Primair aanbevolen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• (B)ITSEA</li> <li>• SDQ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NOSIK</li> <li>• Samen Starten (AJN: advies: registratieformulier a.h.v. Samen Starten domeinen)</li> <li>• Lijst Hellinckx</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stap voor Stap</li> <li>• KIPPPPI 5 jaar</li> <li>• Diagnostisch Informatie en Management Systeem</li> <li>• Suicide Ideation Questionnaire – JR</li> <li>• LSPPK</li> <li>• PSC</li> </ul> Primair aanbevolen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• SDQ/SPsy</li> <li>• PSYBOBA</li> <li>• IRT-CAT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NOSIK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stap voor Stap</li> <li>• Risicovolle Ontwikkelingspaarden Delinquentie</li> <li>• Suicide Ideation Questionnaire</li> <li>• KIVPA</li> </ul> Primair aanbevolen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• SDQ/SPsy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NOSIK</li> </ul>
<b>Geïndiceerde probleem- onderkenning cq signaleren van manifeste opvoedings- en ontwikkelings- problemen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBCL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NOSI</li> <li>• VGF</li> <li>• CARE-NL</li> <li>• Parent Child Conflict Tactics Scale</li> <li>• VOBO</li> <li>• SPUTOVAMO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBCL</li> <li>• EARL20B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NOSI</li> <li>• CARE-NL</li> <li>• Juvenile Victimization Questionnaire</li> <li>• Parent Child Conflict Tactics Scale</li> <li>• VOBO</li> <li>• SPUTOVAMO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBCL</li> <li>• YSR</li> <li>• TRF</li> <li>• SAVRY</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NOSI</li> <li>• CARE-NL</li> <li>• Juvenile Victimization Questionnaire</li> <li>• Parent Child Conflict Tactics Scale</li> <li>• VOBO</li> <li>• SPUTOVAMO</li> </ul>

Ad Ontwikkeling kind: het betreft hier signalering van opgroei-problematiek: internaliserende, externaliserende en meervoudige/overige problematiek.

Ad Opvoedingscontext: het betreft hier signalering van zorgwekkende opvoedingsituaties zoals gedefinieerd door de Inventgroep (2005).



## Resultaten deel B: Kennis over effectiviteit van interventies op het terrein van opvoed- en opgroeiondersteuning

In het vorige deel van de Resultaten (Deel A) werd de (wetenschappelijke) kennis gepresenteerd met betrekking tot signaleringsinstrumenten voor vroegtijdige signalering van een verhoogd risico op, of eerste signalen van problemen bij kinderen en jeugdigen in hun psychosociale ontwikkeling. Op het moment dat een verhoogd risico geconstateerd wordt voor het ontstaan van problemen in de ontwikkeling van kinderen of jongeren is behoefte aan een aansluitend evidence-based hulpaanbod ter preventie van deze problematiek. Dit deel van de Resultaten (Deel B) beschrijft de wetenschappelijke kennis met betrekking tot dit hulpaanbod op het gebied van selectieve en geïndiceerde opvoed- en opgroeiondersteuning. Allereerst worden in Hoofdstuk 4 de resultaten uit internationale en nationale overzichtsstudies besproken. Aansluitend gaan we in Hoofdstuk 5 kort in op de in Nederland toegepaste interventies op het gebied van opvoed- en opgroeiondersteuning aan de hand van inventarisaties door het NIZW. De effectieve en veelbelovende interventies die in Bijlage C in alfabetische volgorde worden beschreven zijn dus beperkt tot die welke in de besproken overzichtsstudies worden behandeld. De lijst is daarom niet noodzakelijk uitputtend voor alle thans beschikbare effectieve en veelbelovende interventies.



## 4 Overzichtsstudies van selectieve en geïndiceerde interventies voor opvoed- en opgroei-ondersteuning

### 4.1 Internationale overzichtsstudies

Op basis van de in Hoofdstuk 2 gehanteerde zoekstrategie en selectiecriteria ten aanzien van internationale overzichtsstudies op het gebied van selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's werden na een handmatige scan van titel en samenvatting ruim 150 publicaties opgevraagd. Een klein deel van deze literatuur bleek niet (tijdig) verkrijgbaar te zijn. Daarnaast bleek een groot deel van de ontvangen publicaties niet relevant voor deze studie, omdat a) geen effectstudies beschreven werden, maar bijvoorbeeld primair praktijkadviezen of determinanten van problematisch gedrag behandeld werden, b) verslag gedaan werd van één of meer primaire studies in plaats van een overzichtsstudie, c) universele preventieprogramma's centraal bleken te staan (Deelstudie I), of d) juist behandeling van stoornissen centraal stond (Deelstudie III), e) in de resultaten niet gedifferentieerd werd naar resultaten van 'Type Deelstudie I-, II-, of III-programma's', of f) de gehanteerde methode en beschreven resultaten binnen de studie onzorgvuldig uitgewerkt waren waardoor niet exact duidelijk was van welk type studies precies een overzicht gegeven werd. Op basis van een nadere selectie van deze eerste serie publicaties en aanvullende literatuur naar aanleiding van referentielijsten, werden uiteindelijk 40 internationale publicaties relevant bevonden.

Een totaal van 16 studies was expliciet gericht op de preventie van een specifiek type problematiek: internaliserend, externaliserend, dan wel meervoudig of overig. Er was in de primaire studies die opgenomen waren in deze overzichtsstudie enerzijds sprake van eerste symptomen van de gespecificeerde te voorkomen problematiek, anderzijds de aanwezigheid van uiteenlopende risicofactoren. In deze overzichtsstudies waren de risicofactoren waarop hoog gescoord werd in de opgenomen primaire studies gemiddeld niet eenduidig gedefinieerd. De overige 24 overzichtsstudies richtten zich op een bepaald type gedefinieerd risico binnen de primaire studies, in het bijzonder kindermishandeling, echtscheiding of overlijden van ouders en de aanwezigheid van een psychische stoornis of verslaving bij ouders. Beide type studies zullen hier afzonderlijk behandeld worden. Beide type studies zullen hier afzonderlijk behandeld worden.

### 4.2 Nationale overzichtsstudies

De kennis zoals gevonden in de internationale overzichtsstudies, zal steeds aangevuld worden met gevonden kennis in nationale overzichtsstudies<sup>18</sup>. Na een handmatige scan van titels en beschikbare samenvattingen gevonden in PiCarta, de databestanden van het Trimbos-instituut, de Mulock Houwer Bibliotheek, de publicatielijsten van het NIZW en het Verweij-Jonker Instituut, en referentielijsten van ontvangen publicaties, werden totaal 38 nationale overzichtspublicaties opgevraagd. Uiteindelijk werden 17 publicaties

---

<sup>18</sup> Engelstalige publicaties in peer-reviewed tijdschriften of boekhoofdstukken geschreven door Nederlandse auteurs zijn meegenomen onder de noemer 'internationale overzichtsstudies'. 'Nationale overzichtsstudies' heeft primair betrekking op Nederlandstalige publicaties. Uitzondering hierop vormen eventuele Nederlandse onderzoeksrapporten in de Engelse taal.

door ons (tijdig) ontvangen en relevant bevonden werden. Deze zeventien zullen dus als aanvulling op de internationale studies besproken worden.

## Preventie van internaliserende problematiek

### 4.3 Preventie van internaliserende problematiek: Internationale overzichtsstudies

In Tabel 3 is te zien dat wij met betrekking tot selectieve en geïndiceerde preventie van internaliserende problematiek een zevental internationale overzichtsstudies vonden. Deze 7 studies zullen in deze paragraaf centraal staan.

Tabel 3: Internationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor de preventie van internaliserende problematiek van jeugdigen.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
AACAP, 2001	Suicide	Trad. Review	NG <sup>3)</sup>	a) e)	Adolescenten >16 jaar
Barlow, Parsons, & Stewart-Brown, 2002	Mentale gezondheidsproblematiek	Syst. Review	3	a) Opvoeding (gezin)	1-5 jaar
Greco & Morris, 2001	Ernstige gereserveerdheid/verlegenheid (shyness)	Syst. Review	9	b) Interventies op school	Schoolleeftijd
Horowitz & Garber, 1996	Depressie	Meta-analyse	18	a)	<19 jaar
Kaslow & Thompson, 1998	Depressie	Syst. Review	9	a) b) Voornamelijk op school	Schoolleeftijd
Merry, McDowell, Hetrick, Bir, & Muller, 2006	Depressie	- Syst. Review - Meta-analyse	21 13	a)	5-19 jaar
Rones & Hoagwood, 2000	Mentale gezondheidsproblematiek	Syst. Review	47 <sup>4)</sup>	b) Interventies op school	Schoolleeftijd

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review), systematische overzichtsstudie (Syst. Review) of Systematische meta-analyse (Meta-analyse)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

4) Inclusief universele preventieprogramma's

#### 4.3.1 *Opvoedondersteuning ter preventie van mentale gezondheidsproblematiek*

Barlow, Parsons en Stewart-Brown (2002) beschreven een systematische overzichtsstudie naar de effectiviteit van opvoedingsondersteunende programma's gericht op ouders ter preventie van mentale gezondheidsproblemen bij hun kinderen. Opvoedingsondersteunende programma's definieerden zij als gefocuste korte termijn interventies met als doel ouders te helpen om hun relatie met hun kind te verbeteren en gedragsproblemen en/of emotionele aanpassingsproblemen van het kind te voorkomen. Totaal includeerden zij 8 studies, waarvan 5 universele (Deelstudie I) en 3 selectieve

preventieprogramma's. De drie selectieve groepsprogramma's (relevant voor deze Deelstudie) betroffen gecontroleerde studies van Nicholson en collega's (1998, 2002) en van Resnick (1985). Deze werden geboden aan ouders met een lage sociaal economische status die overmatig verbaal en fysiek straffen.

Nicholson en collega's boden een 10 uur durend opvoedingsondersteunend groepsprogramma, speciaal ontwikkeld voor ouders van kinderen in de leeftijd van één tot en met vijf jaar. Het programma is gebaseerd op cognitief psychologische en de sociaal leertheoretische uitgangspunten. Het programma omvat vier belangrijkste componenten (STAR):

- 1) Moedig ouders aan om een pauze in te lassen en te denken voordat ze reageren op het gedrag van hun kind (Stop & Think; S&T)
- 2) Denk na over verwachtingen van het kind (Ask; A)
- 3) Hanteer strategieën die de ontwikkeling stimuleren
- 4) Disciplineer en reguleer het gedrag van het kind (Respond; R)

Er werden als gevolg van dit programma in een eerste evaluatie (Nicholson e.a., 1998) enkele statistisch niet significante effecten gevonden in het voordeel van de interventiegroep. Dit betrof positieve effecten op emotionele en gedragsmatige aanpassing van de kinderen. In de tweede evaluatie (Nicholson e.a., 2002) werden wel statistisch significante effecten gevonden, eveneens op emotionele en gedragsmatige aanpassing.

Resnick (1985) bood eveneens oudergroepsbijeenkomsten. Alleenstaande moeders van kleuters (gemiddeld 3 jaar en 3 maanden oud) namen deel aan een 14 weken durende oudercursus. Deze was gericht op het zelfvertrouwen van de ouders, doelen stellen en sociale steun. Tijdens de bijeenkomsten oefenden moeders hoe zij op andere wijze met hun kind konden interacteren. Er werd geen bewijs gevonden voor verbeteringen in de reacties van moeder op het kind of gedragsproblemen van het kind.

Barlow en collega's concludeerden ondanks de matige effecten dat er voldoende empirisch bewijs was om het gebruik van opvoedingsondersteunende programma's ten behoeve van *selectieve* preventie van mentale gezondheidsproblematiek te ondersteunen. Er werd minder steun gevonden voor het inzetten van opvoedingsondersteunende ouderprogramma's voor de *primaire* preventie van mentale gezondheidsproblematiek. Verder signaleerden de auteurs de aan-, of beter, afwezigheid in de oudergroepen als een probleem: er was sprake van 39 procent uitval tijdens de groepsbijeenkomsten.

In 2000 schreven Rones en Hoagwood over een aantal kenmerken die de effectiviteit van interventieprogramma's kunnen bevorderen. Zij evalueerden schoolprogramma's op het gebied van mentale gezondheidszorg. Centraal stonden interventies gericht op de preventie van depressie, van emotionele en gedragsproblemen, aanpassingsproblemen en middelengebruik. Op basis van hun overzicht concluderen Rones en Hoagwood (2000) dat (a) een consistente implementatie van het programma; (b) een ecologische benadering (inclusie van ouders, leerkrachten, leeftijdsgenoten); (c) gebruik van meerdere vormen van interventie (bijv. verstrekken van informatie gecombineerd met vaardigheidstraining); (d) de integratie van elementen van het programma in het normale lesprogramma; en (e) programma-elementen afgestemd op het ontwikkelingsniveau van de kinderen, belangrijke implementatiekenmerken zijn die bijdragen aan de effectiviteit van programma's en het behoud van deze effecten.

#### 4.3.2 *Interventies ter reductie van sociaal angstig en teruggetrokken gedrag*

Greco en Morris (2001) richtten zich in hun overzichtsstudie op effectstudies met betrekking tot interventies ter reductie van niet-klinisch verlegen en sociaal

teruggetrokken gedrag van kinderen in de basisschool- of middelbare schoolleeftijd (tot en met 18 jaar). Zij vonden 1 Randomized Controlled Trial (RCT) met betrekking tot 'exposure-based treatment', 3 studies met betrekking tot effectiviteit van sociale vaardigheidstraining, en 5 studies waarin effectiviteit van het inzetten van leeftijdsgenoten als intermediairs of partners in de behandeling onderzocht werd<sup>19</sup>. Greco en Morris (2001) merkten op dat dit aantal gevonden studies over een periode van 20 jaar zeer beperkt genoemd kan worden, gezien de bewezen negatieve impact van verlegenheid, sociale isolatie, teruggetrokken gedrag en sociale omgangsproblematiek op de ontwikkeling en gemoedstoestand van het kind. De auteurs beschreven positieve effecten van de verschillende interventieprogramma's op de korte termijn. De auteurs gaven hierbij wel aan dat er onvoldoende informatie beschikbaar was over generaliseerbaarheid, behoud van effecten en sociale validiteit.

#### 4.3.3 *Preventie van depressie*

Er zijn een aantal overzichtsstudies met betrekking tot de preventie van depressie van jeugdigen. Om te beginnen gaven Kaslow en Thompson (1998) een overzicht van effectstudies naar psychosociale interventies voor niet-klinisch depressieve kinderen en adolescenten. In hun overzicht namen zij 7 studies op waarin kinderen centraal stonden en 2 studies waarin het adolescenten betrof. Zij richtten zich op preventiestudies voor 'at risk' kinderen op basis van een verhoogd niveau van depressieve symptomen (op basis van zelfrapportage). Studies waarin kinderen van depressieve ouders, suïcidale jongeren, studenten, farmacologische behandeling of depressie als secundair probleem centraal stond, werden niet meegenomen in het onderzoek.

Kaslow en Thompson (1998) concludeerden dat psychosociale interventies effectief kunnen zijn in het verminderen van depressieve symptomen in niet-klinische steekproeven. De positieve effecten waren onafhankelijk van het individuele of groepsmatige karakter van het programma en van wel of geen betrokkenheid van de ouders. Over het algemeen werden effecten op de follow-up behouden. De auteurs konden niets zeggen over welk type benadering het meest effectief was in het reduceren van depressieve symptomen van jeugdigen en concludeerden dat het onderzoek op dit terrein nog in de kinderschoenen stond.

Er zijn een twee meta-analyses verschenen met betrekking tot de preventie van depressie bij jeugdigen. Allereerst evalueerden Horowitz en Garber (1996) 30 effectstudies naar de preventie van depressieve symptomen van jeugdigen jonger dan 21 jaar. Alleen gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) werden meegenomen in het onderzoek. De auteurs beschreven de effecten van 12 universele preventieprogramma's, 9 selectieve<sup>20</sup> en 9 geïndiceerde preventieprogramma's<sup>21</sup>. Er werden in de studie onder andere een achttal evaluaties van (varianten van) het Penn Prevention Program (Jaycox e.a., 1994; Gillham e.a., 1995) besproken, waaronder varianten van het programma aangepast aan verschillende etnische groepen of met een sterkere focus op emotionele expressie of veerkracht.

Het Penn preventieprogramma is oorspronkelijk bedoeld voor kinderen tussen 10 en 13 jaar oud met depressieve klachten. In groepen wordt aandacht besteed aan (1) correcte interpretatie van omstandigheden en het leren omgaan met emoties, inclusief een zekere

<sup>19</sup> Bierman & Furman, 1984; Blonk e.a., 1996; Christoff e.a., 1985; Christopher e.a., 1991; Furman e.a., 1979; Guevremont e.a., 1989; Jupp & Griffiths, 1990; Lowenstein, 1993; Morris e.a., 1995

<sup>20</sup> Beardslee e.a., 1997; Cardemil e.a., 2002; Gwyn & Brantley, 1987; Quayle e.a., 2001; Roosa e.a., 1989; Sandler e.a., 1992; Seligman e.a., 1999; Wolchik e.a., 1993

<sup>21</sup> Clarke e.a., 1995; Clarke e.a., 2001; Forsyth, 2001; Freres, Gillham, Hamiltotn, & Patton, 2002; Freres, Gillham, Reivich, Shatté, & Seligman, 2002; Gillham e.a., 1995; Jaycox e.a., 1994; Lamb e.a., 1998; Reivich, 1996; Shatté, 1996; Yu & Seligman, 2002

flexibiliteit van denken; en (2) sociaal cognitieve probleemoplossing, te weten het stellen en formuleren van doelen en het toewerken naar besluitvorming.

In de overzichtsstudie van Horowitz en Garber (1996) was de gemiddelde effectgrootte<sup>22</sup> voor selectieve preventieprogramma's 0.30 en voor geïndiceerde programma's 0.23 (hogere scores duiden op minder symptomen van depressie). Op de follow-up waren deze gemiddelde effecten respectievelijk 0.34 en 0.31. Gemiddeld waren de effecten voor selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's groter dan voor universele preventieprogramma's.

De auteurs (Horowitz en Garber, 1996) doen een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek:

- 1) Studies die de effectiviteit van depressie preventieprogramma's onderzoeken zouden moeten onderzoeken of bepaalde risicofactoren de relatie tussen interventie en depressie modereren. Op die wijze kan onderzocht worden voor wie de interventies het meest effectief zijn.
- 2) Preventieprogramma's moeten zodanig aangepast worden dat zij aansluiten bij (cognitief) ontwikkelingsniveau van de participanten, geslacht en etniciteit. Daartoe kan geput worden uit onderzoek naar epidemiologie, fenomenologie, ontwikkeling en etiologie van internaliserende problematiek.
- 3) Onderzoek naar depressie preventieprogramma's zouden de werkzame mechanismen moeten onderzoeken door: (a) interventies tegen elkaar af te zetten die verwachte mediators afzonderlijke manipuleren, en (b) te toetsen of verwachte mediators beïnvloed worden door de interventie en zo ja, of deze inderdaad de relatie mediëren tussen interventie en uitkomst (zie bijv. Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Van IJzendoorn, 2006b). Door te onderzoeken via welke mechanismen interventies werkzaam zijn, kan de ontwikkeling van effectievere en efficiëntere programma's bevorderd worden.
- 4) De ontwikkeling van preventieprogramma's zou ingegeven moeten worden door theoretische uitgangspunten, in het bijzonder vanuit die theorieën die de rol van meerdere interacterende factoren erkennen. Depressie preventieprogramma's zouden systematisch de verschillende combinaties van interventies moeten onderzoeken die zich richten op het veranderen van deze verschillende risicofactoren en processen.
- 5) Basiskennis over depressie zou in preventieprogramma's meegenomen moeten worden om te bepalen wanneer ingegrepen wordt, hoe lang de cliënten gevolgd worden en welke uitkomstmaten gebruikt worden. Verschillende maten van (symptomen van) depressie en andere problemen (bijv. externaliserende problematiek) zouden indien mogelijk in de preventietrajecten gebruikt moeten worden.

Ook vanuit de Cochrane Collaboration verscheen recent een systematische review en meta-analyse van depressie preventieprogramma's voor jeugdigen (Merry, McDowell, Hetrick, Bir, & Muller, 2006). In deze overzichtsstudie werden totaal 21 interventies meegenomen, waarvan 13 ook gebruikt werden in een meta-analyse. Totaal betrof het 10 studies<sup>23</sup> die pasten binnen de definitie van deze tweede deelstudie. De overige studies waren universele preventieprogramma's, behorend tot Deelstudie I van de ZonMw Programmeringsstudie. Een aantal van de interventies die in deze overzichtsstudie aan bod komen, zijn ook besproken in de studie van Horowitz en

<sup>22</sup> De door Horowitz en Garber (2006) gehanteerde formule voor effectgrootte = (gemiddelde op de nameting van de interventiegroep – de controlegroep) / standaarddeviatie van de controlegroep.

<sup>23</sup> Clarke e.a., 1995; Clarke e.a., 2001; Gwyn & Brantley, 1987; Jaycox e.a., 1994; Lamb e.a., 1998; Petersen e.a., 1997; Roberts e.a., 2003; Thompson e.a., 2000; Yu & Seligman, 2002

Garber (1996). Het betreft de 'Coping with Stress Course' (cognitieve gedragsprogramma's) van Clarke en collega's (1995, 2001); het ondersteuningsprogramma van Gwynn en Brantley (1987); het 'Penn Prevention Program' (Jaycox e.a., 1994; Gillham e.a., 1995); het cognitieve vaardigheidsprogramma van Lamb e.a. (1998); en het 'Modified Penn Optimism Program' (aangepast voor Chinese kinderen, Yu & Seligman, 2002).

Gemiddeld werden er kleine positieve veranderingen gevonden in depressiescores. De meeste effectieve interventie was het preventieprogramma van Clarke e.a. (2001; effectgrootte 0.46 met blijvend effect op 12 maanden na de interventie, 0.53). Het Coping with Stress programma van Clarke e.a. biedt middelbare scholieren na schooltijd 15 groepsessies (3 per week gedurende 5 weken) van 45 minuten tot een uur per week. In de bijeenkomsten staat het identificeren van automatisch gegenereerde negatieve gedachten en het ontwikkelen van copingmechanismen centraal. Er is een handleiding beschikbaar en de cursus wordt gegeven door ervaren professionals (universitair geschoolde schoolpsychologen of maatschappelijk werkers). De studies van Clarke en collega's (1995; 2001) lieten een jaar na de interventie een significante afname in het aantal gediagnosticeerde depressiestoornissen zien.

De auteurs van het Cochrane review (Merry e.a., 2006) concludeerden dat de resultaten van de overzichtsstudie veelbelovend zijn, maar dat het implementeren van de depressie preventieprogramma's op grote schaal nog voorbarig zal zijn totdat meer gegevens beschikbaar zijn over de vergelijking van interventies met een vergelijkingsgroep die aandacht of een placebo krijgt en totdat meer blijvende effecten van de programma's bewezen zijn.

#### 4.3.4 *Preventie van suïcide*

Tot slot hebben wij specifiek met betrekking tot de effectiviteit van selectieve of geïndiceerde preventie van suïcidaal gedrag van jeugdigen geen recente (systematische) overzichtsstudies gevonden. Wel schreef de 'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry' (AACAP, 2001) richtlijnen voor het werkveld met betrekking tot de benadering van suïcidaal gedrag van jeugdigen. De adviezen zijn geformuleerd op basis van bestaande kennis over epidemiologie, oorzaken, behandeling en preventie van suïcidaal gedrag. Zij concludeerden dat de behandeling van suïcidale jeugdigen acute ondersteuning gericht op het suïcidale gedrag gecombineerd met behandeling van geassocieerde mentale problematiek vergt. Alhoewel er geen RCT's uitgevoerd zijn om te onderzoeken of ziekenhuisopname van hoog-risico jongeren levens redt, zouden klinici volgens de auteurs bereid moeten zijn om jeugdigen met een persistente wens om dood te gaan of in een zeer instabiele mentale toestand op te nemen. Daarnaast is het van belang om ouders erop te wijzen (vuur)wapens en medicatie buiten bereik te plaatsen. Tot slot beschreven de auteurs de mogelijkheid om met de jeugdige een 'no-suicide' contact te tekenen waarin de jongere verklaart geen zelfmoord te zullen plegen. De behandeling van de mentale toestand van de jeugdige zou volgens de auteurs specifiek toegespitst moeten zijn op de behoeften van de jeugdige waarbij zij cognitieve gedragstherapie, psychotherapie, dialectische gedragstherapie, psychodynamische therapie en gezinstherapie als opties noemen. Er werd niet gesproken over farmaceutische behandeling van suïcidaal gedrag.

#### 4.3.5 *Conclusie*

Samengevat vonden we in ons literatuuronderzoek van internationale literatuur 7 overzichtsstudies waarin effectiviteit van selectieve en/of geïndiceerde preventieprogramma's met betrekking tot internaliserende problematiek centraal stonden (zie Tabel 3, p. 50). Slechts één overzichtsstudie richtte zich op



opvoedondersteuning gericht aan ouders van jonge kinderen: Barlow en collega's (2002) beschreven programma's ter preventie van mentale gezondheidsproblematiek door middel van opvoedondersteuning aan hoog-risico ouders<sup>24</sup>. Er werd steun gevonden voor het inzetten van programma's als dat van Nicholson e.a. (1998, 2002). Aandachtspunt was vooral het behoud van aanwezigheid van ouders bij de groepsbijeenkomsten.

De overige studies richtten zich op effecten van programma's waarin schoolgaande jeugd zelf participeert. Zo beschreven Greco en Morris (2001) positieve resultaten van een beperkt aantal interventies ( $N = 9$ ) ter reductie van sociaal angstig en teruggetrokken gedrag. Het gebrek aan informatie over generaliseerbaarheid, behoud van effecten en sociale validiteit van de interventies laat ruimte voor nader onderzoek.

Vervolgens kwamen een aantal interventies gericht op de preventie van (symptomen van) depressie aan bod. Om te beginnen beschreven Kaslow en Thompson (1998) negen studies waarin interventies voor kinderen met een verhoogd risico op depressieve symptomen centraal stonden. Er werden positieve effecten gevonden, alhoewel de auteurs niet konden duiden wat de werkzame onderdelen van de interventies zouden kunnen zijn. Ronen en Hoagwood gaven 2 jaar later een aantal factoren die lijken bij te dragen aan de effectiviteit van programma's en het behoud van effecten: (a) programma-integriteit, (b) een ecologische benadering, (c) gebruik van verschillende interventievormen, (d) opname van het programma in het onderwijscurriculum, (e) afstemming van het programma op het ontwikkelingsniveau van de deelnemers. Twee recente systematische meta-analyses (Horowitz en Garber, 1996; Merry e.a., 2006) gaven meer concrete aanwijzingen voor mogelijk veelbelovende en/of effectieve interventieprogramma's ter preventie van depressie, en richtingen voor toekomstig onderzoek. Zo zijn het Penn Prevention Program van Jaycox e.a. (1994) en Gillham e.a. (1995) en de Coping with Stress Course van Clarke e.a. (1995; 2001) beiden systematisch geëvalueerd. Deze bleken te leiden tot positieve effecten, ook op langere termijn. Voor wat betreft toekomstig onderzoek lijkt op dit moment vooral met betrekking tot mogelijke mediërende factoren nader onderzoek op zijn plaats. Daarnaast is onderzoek waarin veelbelovende programma's vergeleken worden met een groep waarin een placebo of regulier aanbod wordt verstrekt wenselijk.

Afsluitend kwam de preventie van suicide aan bod. Wij vonden geen internationale overzichtsstudies naar de effectiviteit van suicide preventieprogramma's bij jeugdigen. Wel beschreven we de praktische richtlijnen die geformuleerd werden door de AACAP (2001) op basis van bestaande kennis op dit gebied.

#### 4.4 Preventie van internaliserende problematiek: Nationale overzichtsstudies

In Tabel 4 is te zien dat wij met betrekking tot selectieve en geïndiceerde preventie van internaliserende problematiek ook twee nationale overzichtsstudies vonden. Het betreft een systematische overzichtsstudie met betrekking tot de preventie van psychische problemen (Cuijpers, 2001) en een meer traditionele overzichtsstudie van bewijzen van effectiviteit van GGZ-preventieactiviteiten (Kasander, 2005). Beide publicaties waren primair gericht op het Nederlandse veld van de GGZ-preventie en wetenschappelijke onderbouwing van de activiteiten die hier plaatsvinden. Daarmee ontstond een wat

<sup>24</sup> Als gesproken wordt over 'hoog-risico' ouders of 'hoog-risico' doelgroepen, betreft het ouders dan wel doelgroepen die hoog scoren op bepaalde risicofactoren die een *hoog risico* impliceren voor het ontstaan van internaliserende, externaliserende of meervoudige problematiek van het kind.

smallere focus dan in de hierboven besproken internationale overzichtsstudies op dit gebied. Door bespreking van preventie van depressie bij ‘Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek’ (KOPP) raakten deze beide studies aan overzichtsstudies die later in dit rapport aan bod komen; in de categorie *Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Ouders met psychiatrische problemen of met een verslaving*.

Tabel 4: Nationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor de preventie van internaliserende problematiek van jeugdigen.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Cuijpers, 2001	Psychische problemen	Syst. Review	NG <sup>3)</sup>	a) e)	NG <sup>3)</sup>
Kasander, 2005	Depressie, angst en KOPP (GGZ-preventie)	Trad. Review	NG <sup>3)</sup>	a) e)	NG <sup>3)</sup>

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review) of Systematische overzichtsstudie (Syst. Review)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

#### 4.4.1 KOPP

Aandachtsgebieden in de twee Nederlandse publicaties waren KOPP, opvoedondersteuning, psychosociale problemen en depressie. Met betrekking tot KOPP werd ingegaan op verschillende (doe-)praatgroepen voor kinderen (8-12 en 13-15 jaar), gespreksgroepen voor adolescenten en cursussen voor ‘KOPP ouders’.

Een gecontroleerd Nederlands onderzoek naar een KOPP gespreksgroep voor adolescenten (Beurskens & Siebes, 1998) toonde positieve effecten van deze interventie aan op copingstijlen, toegenomen competentie en verminderd vermijdingsgedrag. Tevens voelden deelnemers zich na de interventie gelukkiger en hadden zij een minder negatief zelfbeeld.

Kasander vond verder dat in 20 GGZ-instellingen een KOPP moeder-baby programma toegepast werd: een preventieve interventie voor depressieve moeders<sup>25</sup>. Het programma bestaat uit zes tot acht huisbezoeken van een uur tot anderhalf uur, gedurende drie tot vier maanden (Van Doesum e.a., 2005). Als methode wordt voornamelijk video-hometraining (als door McDonough, 1995) ingezet. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van modelling, cognitieve herstructurering, praktische pedagogische begeleiding en baby massage. Het programma is getoetst in een RCT en uit een binnenkort te verschijnen artikel blijkt dat de resultaten ten aanzien van de verbetering van de moeder-baby interactie veelbelovend zijn (Van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven, Hosman & Hoefnagels, in druk). ‘Omgaan met depressie’ werd in het kader van KOPP door Kasander nog eens aangehaald (Clarke e.a., 2001).

Verder werd met betrekking tot KOPP ook de positief geëvalueerde interventie van Beardslee en collega’s (*Psycho-Educational Family Preventive Intervention*, 1989, 1992, 1996, 1997) aangehaald. Dit betreft een programma bestaande uit zes tot tien individuele gesprekken met ouders en kinderen en gezinsgesprekken. Het is ook beschikbaar voor Nederland en wordt door verschillende GGZ-instellingen uitgevoerd. Zie over dit programma ook het internationale overzicht van Beardslee en collega’s zelf in Paragraaf 4.15. Ook voor nadere overzichtsstudies met betrekking tot preventieprogramma’s bij KOPP, verwijzen wij u naar Paragraaf 4.15. Cuijpers’

<sup>25</sup> Deze methodiek wordt ook genoemd door Beardslee e.a. (in druk; zie Paragraaf 4.15).

samenvattende conclusie was dat er beperkt onderzoek beschikbaar was en het terrein met betrekking tot KOPP als *experimenteel* gedefinieerd kon worden.

- 4.4.2 *Aanwezig risico in het gezin voor het ontstaan van internaliserende problematiek*  
Met betrekking tot opvoedondersteuning aan ouders in gezinnen met aanwezige risicofactoren voor het ontstaan van internaliserende problematiek van hun kinderen concludeerde Cuijpers (2001) dat onvoldoende onderzoek beschikbaar was om suggesties te doen voor het gebruik van specifieke programma's. In het internationale onderzoek zagen we op dit gebied eerder wel suggesties, namelijk met betrekking tot opvoedingsondersteunende programma's van Nicholson en collega's (1998, 2002; zie Paragraaf 4.3.1).

Cuijpers (2001) concludeerde dat 35% van de voor preventie beschikbare capaciteit in de GGZ werd besteed aan interventies gericht op kinderen en jeugdigen. Het gros van deze activiteiten was gericht op kinderen van psychiatrische patiënten (KOPP; in >80% van de GGZ instellingen; 16% van de totale capaciteit). Andere thema's waren bijvoorbeeld kindermishandeling, psychosociale problemen in het onderwijs en opvoedondersteuning. De onderzoekers vonden geen toegepaste interventies die zij beoordeelden als *effectief*<sup>26</sup>.

- 4.4.3 *Internationale evidentie voor de preventie van internaliserende psychische stoornissen*  
Ondanks dat Cuijpers (2001), evenals Kasander (2005), primair inging op in Nederland toegepaste interventies, ging hij afsluitend wel in op interventiegebieden die in Nederland niet of beperkt ontwikkeld zijn. Hij noemde in dit kader het effectieve 'Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project' (zie ook Greenberg en collega's, 2001, Paragraaf 4.7), ofwel het 'Coping Cat' programma van Dadds e.a. (1997, 1999), ter preventie van angststoornissen bij kinderen met subklinische klachten. Ter preventie van gedragsstoornissen noemde hij het effectieve programma 'Taakspel' (Good Behavior Game).

Samengevat stelde Cuijpers vijf jaar geleden dat er nauwelijks studies waren waarin onderzocht werd of preventieve interventies effect kunnen hebben op het voorkomen van stoornissen. Cuijpers vond slechts 2 buitenlandse studies waarin de preventie van het ontstaan van internaliserende psychische stoornissen expliciet onderzocht werd (Clarke e.a., 1995; Dadds e.a., 1997). Beide studies lieten positieve resultaten zien. Dit duidde volgens hem op 1) de mogelijkheid om het ontstaan van psychiatrische stoornissen daadwerkelijk te voorkomen en 2) de veelbelovendheid van vroege interventies bij kinderen met subklinische klachten, in ieder geval met betrekking tot angst en depressie. Meer onderzoek was echter op zijn plaats, aldus Cuijpers (2001).

- 4.4.4 *Preventie van depressie*

Ter preventie van depressie werden zowel door Cuijpers als Kasander 'Stemmingmakerij' en 'Omgaan met depressie' genoemd. Dit zijn twee psycho-educatieve vormen van cognitieve gedragstherapie tegen depressieve klachten. Beide programma's waren in onderzoek effectief in het verminderen van depressieve symptomen ook op een nameting op 6 en/of 12 maanden (Allart-Van Dam, 2003;

<sup>26</sup> Bewezen effectief (Cuijpers, 2001, p. 488; zie ook Bolier & Cuijpers, 2000, Paragraaf 4.6): "Uit onderzoek van goede kwaliteit blijkt dat de interventie effectief is (minimaal drie gerandomiseerde trials zijn uitgevoerd, óf een gerandomiseerde trial studie met minimaal 1000 proefpersonen, waarbij effecten een jaar na de interventie aantoonbaar zijn). We beperken ons in deze studie tot effecten op geestelijke gezondheid. Als alleen effecten op intermediaire maten zoals kennis of attitudes worden aangetoond, spreken we niet van bewezen effectieve interventies."

Ruiter, 1997; Veltman, Ruiter, & Hosman, 1996). Het programma 'Stemmingmakerij' werd in Nederland onderzocht onder 99 deelnemers in de interventieconditie versus 92 in de controleconditie en positief geëvalueerd (Ruiter, 1997): Depressie bij de cursisten nam meer af dan voor adolescenten in de controleconditie. Dit verschil was ook na een jaar nog zichtbaar. Ook werden effecten op depressieve klachten, algemene psychische gezondheid, sociale en probleemoplossende vaardigheden gevonden.

Het programma 'Omgaan met depressie' is een vertaling van de 'Coping with Stress' cursus van Clarke en collega's (1995) die we ook in de internationale literatuur tegenkwamen (Horowitz en Garber, 2006; Merry e.a., 2006). Cuijpers haalde een eigen meta-analyse aan naar het 'Omgaan met depressie' programma waarin ook twee studies naar de variant voor adolescenten waren opgenomen (Cuijpers, 1998). Voor alle vormen van de cursus werd een gemiddelde effectgrootte van 0.62 gevonden, hetgeen als een groot effect beschouwd mag worden. Een derde onderzoek naar de methodiek was een RCT ( $N = 150$ ) waarin onderzocht werd of de cursus het ontstaan van klinische niveaus van depressie bij depressieve klachten kan voorkomen (Clarke e.a., 1995). Het ontstaan van depressieve stoornissen in de interventiegroep was inderdaad minder (15%) dan in de controlegroep (25%). De conclusie van Cuijpers (2001) was dat het 'Omgaan met depressie' programma een *veelbelovende* methodiek was.

Kasander besprak verder 'The Friends for Children Program'. Dit laatste is een Australisch cognitief gedragsprogramma waarin kinderen en hun ouders strategieën leren om met angst en uitdagende situaties om te gaan. Voor de RCT onder 128 kinderen werden kinderen geselecteerd met een verhoogd niveau van angstigheid. Zes maanden na de interventie werden significante verschillen in aantal angstdiagnoses gevonden tussen de interventie- en controlegroep (54 versus 16%). Het programma is ook in Nederland beschikbaar als 'Vrienden' (Erasmus MC). In Maastricht doet Bögels onderzoek naar dit programma.

Het mogelijk veelbelovende 'Penn Prevention Program' kwamen we in de hier besproken nationale overzichtsstudies niet tegen (zie wel een beschrijving van het Inventrapport in Paragraaf 4.19). Dit komt doordat deze studies uitgingen van de Nederlandse praktijksituatie. Voor zover wij kunnen overzien, zijn er in Nederland geen toepassingen van het Penn Prevention Program in gebruik of ontwikkeling.

## **Preventie van externaliserende problematiek**

### **4.5 Preventie van externaliserende problematiek: Internationale overzichtsstudies**

In Tabel 5 is te zien dat wij met betrekking tot selectieve en geïndiceerde preventie van externaliserende problematiek bij kinderen en jeugdigen een vijftal internationale overzichtsstudies vonden. De studies richtten zich op effectiviteit van interventies gericht op de preventie van antisociaal, agressief of delinquent gedrag, of op overige externaliserende aanpassings- of gedragsproblemen. Het betrof twee systematische overzichtsstudies en drie systematische meta-analyses.

Tabel 5: Internationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor de preventie van externaliserende problematiek van jongeren.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Bernazzani, Côté, & Tremblay, 2001	Gedragsproblemen en delinquentie	Syst. Review	5	a)	-9 maanden - 3 jaar
Lösel & Beelmann, 2003	Antisociaal gedrag	Meta-analyse	84 <sup>3)</sup>	a) b) voornamelijk schoolprogramma's	4-18 jaar
Mytton, DiGuiseppe, Gough, Taylor, & Logan, 2006	Agressief gedrag	Meta-analyse	56	b) schoolprogramma's	Schoolleeftijd
Tremblay & Japel, 2003	Antisociaal en delinquent gedrag	Syst. Review	28	a)	-9 maanden - 5 jaar
Wilson, Lipsey, & Derzon, 2003	Agressief gedrag	Meta-analyse	221 <sup>3)</sup>	b) schoolprogramma's	Overwegend > 6 jaar

1) Systematische overzichtsstudie (Syst. Review) of Systematische meta-analyse (Meta-analyse)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Inclusief universele preventieprogramma's

#### 4.5.1 Vroegtijdige preventie van externaliserend probleemgedrag en delinquentie

Een kleinschalige overzichtsstudie met betrekking tot vroegtijdige preventie van externaliserende problematiek komt van de hand van Bernazzani e.a. (2001). Zij beschreven gerandomiseerde of quasi-experimentele evaluaties (inclusief controlecondities) van interventies gericht op oudertraining in gezinnen met kinderen jonger dan 3 jaar oud. Totaal werden 5 programma's<sup>27</sup> besproken. In ieder programma werden deelnemers thuis bezocht. Bovendien werden in één project van McCarton e.a. (1997) ook oudergroepen aangeboden en waren er in een drietal programma's ook contacten op een soort consultatiebureau (*child development center*). De uitkomsten waren gemêleerd: 3 onderzoeken rapporteerden geen bewijs van effectiviteit en 2 presenteerden positieve resultaten. De twee effectieve programma's waren:

(a) het 'Houston Parent-Child Development Center Program' (Johnson & Walker, 1987) dat geëvalueerd werd in een groep Mexicaans Amerikaanse gezinnen met een laag inkomen ( $N = 139$ ); en

(b) het Elmira Project van Olds en collega's (1986, 1998) dat zijn aanvang kent in de prenatale fase en loopt tot 2 jaar na de geboorte ( $N = 323$ ).

Het was niet duidelijk wat deze beide effectieve programma's onderscheidde van de niet-effectieve programma's. De auteurs concludeerden gezien de gemixte resultaten en het beperkt aantal kwalitatief goed geëvalueerde interventies dat terughoudendheid op zijn plaats is in de interpretatie van de gevonden resultaten in het onderzoek naar de effectiviteit van vroegtijdige ouderprogramma's ter preventie van storend of delinquent gedrag van kinderen.

Omdat longitudinale studies bewijzen dat storend gedrag vaak start in de peuter- en kleutertijd en regelmatig leidt tot jeugddelinquentie, is er duidelijk behoefte aan onderzoek dat vroegtijdige interventies toetsen die bedoeld zijn om onaangepast,

<sup>27</sup> Johnson & Breckenridge, 1982; Johnson & Walker, 1987; Kitzman e.a., 1997; McCarton e.a., 1997; Olds e.a., 1986, 1998; St-Pierre & Layzer, 1999

storend gedrag en jeugddelinquentie te voorkomen, aldus Bernazzani en collega's. In deze review was slechts één programma specifiek ontworpen om onaangepast, storend gedrag van kinderen te voorkomen, namelijk (a) het 'Houston Parent-Child Development Center Program'.

Ook Tremblay en Japel (2003) gaven een systematische review van effectstudies van programma's ter preventie van antisociaal gedrag en jeugddelinquentie. Zij zochten studies die tenminste een follow-up hadden een jaar na de interventie. Bovendien beschreven ze met één uitzondering alleen RCT's. Totaal werden 28 studies<sup>28</sup> meegenomen in het onderzoek. Zij bestudeerden effecten op drie belangrijke risicofactoren voor jeugddelinquentie - storend gedrag, cognitieve vaardigheden en opvoeding - en op jeugddelinquentie zelf.

De auteurs (Tremblay & Japel, 2003) concludeerden dat alle experimenten naar vroegtijdige preventie met storend gedrag als uitkomstmaat neigden naar enige positieve uitkomsten. Alhoewel het voorkomen van chronisch storend en later crimineel gedrag via interventies in de vroege kindertijd dus in enige mate mogelijk lijkt, zou het volgens Tremblay en Japel een goede investering zijn om hoog-risico gezinnen ook in de schoolleeftijd en vroege adolescentie doorlopend steun te bieden.

Elf studies richtten zich op effecten van de geëvalueerde preventieprogramma's op cognitieve vaardigheden van de kinderen. Er werden twee belangrijkste strategieën geëvalueerd: opvoedondersteuning aan ouders en dagopvang om kinderen een stimulerende omgeving te bieden. Resultaten voor beide strategieën zijn positief op lange termijn. Echter, de studies zijn moeilijk te vergelijken door gebruik van verschillende populaties en overwegend relatief kleine steekproeven (< 100). In het 'Infant Health and Development Programme' van McCarton en collega's (1997) zijn beide strategieën gecombineerd en werd wel gebruikgemaakt van een grotere steekproef ( $N = 985$ ). Bovendien was sprake van weinig uitval. In de overzichtsstudie van Bernazzani e.a. (zie hierboven) werd gerapporteerd dat geen effecten werden gevonden van het Infant Health and Development Programme op onaangepast en delinquent gedrag van de kinderen. Echter, dit programma liet wel positieve effecten op de cognitieve ontwikkeling van de kinderen zien.

Opvoedend gedrag wordt in veel theorieën gezien als een eerste stap in een proces dat leidt tot antisociaal gedrag van kinderen. Tremblay en Japel (2003) beschreven hoe een groot aantal perinatale en voorschoolse experimenten liet zien dat interventies in hoog-risico gezinnen het opvoedingsgedrag van ouders positief kunnen beïnvloeden. Echter, daarbij dient vermeld dat vaak sprake is van evaluatie in kleine steekproeven en dat de positieve effecten klein tot matig van omvang zijn.

Vijf van de vroegtijdige interventieprogramma's die Tremblay en Japel (2003) besproken, beschreven resultaten op jeugddelinquent gedrag. Vier van deze vijf programma's hadden indrukwekkende lange termijn effecten in de adolescentie en vroege volwassenheid. Het betrof de volgende vier interventies:

- 1) Syracuse University Family Development Research Programme (Lally e.a., 1988);
- 2) Elmira Prenatal/Early Childhood Project (Olds e.a., 1998);
- 3) High/Scope Perry Preschool Project (Schweinhart e.a., 1993);
- 4) High/Scope Preschool Curriculum Study (Schweinhart & Weikart, 1997).

Deze programma's omvatten intensieve dagopvangprogramma's en/of ouderbegeleiding. Het programma dat geen effecten op jeugddelinquentie liet zien (het 'Abecedarian Project' van Clarke & Campbell, 1997) bestond uit een 5-jarig

---

<sup>28</sup> Voor een volledig overzicht van deze studies verwijzen we naar het artikel van Tremblay en Japel (2003).

dagopvangprogramma met minimale ondersteuning van de ouders. Dit project liet overigens wel effecten zien op cognitieve vaardigheden en schoolsucces. Het werd aan de hand van de gevonden studies niet duidelijk wat een vroegtijdig interventieprogramma effectief maakt in het reduceren van jeugddelinquentie op latere leeftijd. Clarke en Campbell (1997) suggereerden dat de afwezigheid van een sterke opvoedingsondersteunende component in het Abecedarian Project maakte dat deze niet effectief was. Echter, in het onderzoek van Schweinhart en collega's (1993) kregen de ouders in de vergelijkingsgroepen dezelfde opvoedondersteuning. Toch lieten alleen de kinderen in de groep die het High/Scope programma kregen op latere leeftijd minder crimineel gedrag zien. Dit suggereert invloed van het voorschoolse programma in het project. Daar tegenover staat dat het Elmira project van Olds bevestigt dat ook uitsluitend pre- en postnatale opvoedondersteuning aan hoog-risico moeders positieve effecten kan hebben op delinquent gedrag in de adolescentie. Concluderend stellen Tremblay en Japel (2003) dat vroegtijdige interventies positieve gevolgen kunnen hebben op de drie meest belangrijke risicofactoren voor delinquent gedrag, te weten storend gedrag, cognitieve vaardigheden en opvoedend handelen van ouders. Daarnaast hebben experimenten met lange termijn follow-up die toespitsten op tenminste twee risicofactoren in de vroege kindertijd geleid tot significante effecten op crimineel gedrag. Vroegtijdige en intensieve preventieve interventies kunnen dus de wenselijke impact hebben die zo moeilijk te bereiken lijkt op storend gedrag in de basisschoolleeftijd en jeugddelinquentie.

#### 4.5.2 *Preventie van antisociaal gedrag middels vaardigheidstraining van kinderen*

We vonden een drietal systematische meta-analyses die gegevens presenteerden van effectstudies naar de preventie van antisociaal, agressief en/of delinquent gedrag. Het betrof de meta-analyses van Wilson, Lipsey en Derzon (2003), van Lösel en Beelmann (2003) en een Cochrane review van de hand van Mytton, DiGiuseppi, Gough, Taylor en Logan (2006). In de studie van Lösel en Beelmann stond de preventie van antisociaal gedrag middels vaardigheidstraining van kinderen centraal. Ze deden verslag van 84 onderzoeksrapporten met RCT's waarin 135 vergelijkingen tussen behandelde en niet behandelde jeugdigen gemaakt werden ( $N = 16.723$ )<sup>29</sup>. Hiervan betrof het in 23% van de gevallen universele preventieprogramma's (31 vergelijkingen, Deelstudie I) en in 30% selectieve en 63% geïndiceerde preventieprogramma's (41 en 63 vergelijkingen, Deelstudie II). De auteurs richtten zich op kinderen tot en met 17 jaar, maar vonden uiteindelijk alleen studies voor schoolgaande jeugd vanaf 4 tot 18 jaar.

Programma's gericht op hoog-risico groepen bleken betere effecten te hebben dan universele programma's. Lösel en Beelmann (2003) vonden een gemiddelde effectgrootte<sup>30</sup> op de nameting van 0.30 voor selectieve en 0.45 voor geïndiceerde preventieprogramma's. Deze effecten bedroegen gemiddeld 0.23 en 0.41 op de follow-up. Zij concludeerden dat goed geïmplementeerde programma's gericht op zowel gedrag als cognitie, aangeboden aan hoog-risico jeugdigen, het meest effectief leken te zijn. Echter, de meeste bevindingen waren gebaseerd op kleine steekproeven met relatief korte follow-up periodes. Daarom riepen de auteurs wetenschappers op meer goed gecontroleerde experimenten uit te voeren in grotere steekproeven, met hardere uitkomstmaten en langere follow-up periodes, voornamelijk ook buiten de Verenigde

<sup>29</sup> Zie voor een overzicht van de betreffende studies Lösel en Beelmann (2003).

<sup>30</sup> Lösel en Beelmann (2003) hanteerden de volgende formule voor effectgrootte = (gemiddelden controlegroep – interventiegroep na minus gemiddelden controlegroep – interventiegroep voor de interventie) / samengestelde standaarddeviatie van de voormeting.

Staten<sup>31</sup>. Zodoende kunnen in de toekomst wellicht krachtigere uitspraken gedaan worden over de mate waarin vaardigheidstrainingen voor kinderen crimineel gedrag op langere termijn kunnen voorkomen. De auteurs halen niet specifiek bepaalde veelbelovende en/of effectieve programma's aan.

#### 4.5.3 *Schoolprogramma's ter preventie van agressief of gewelddadig gedrag*

In aansluiting op de hierboven genoemde meta-analyse van Lösel en Beelmann (2003) vonden ook Wilson en collega's (2003) dat programma's in hoog-risico steekproeven het meest effectief waren. Zij evalueerden 221 studies (beschreven in 362 rapporten<sup>32</sup>) over schoolprogramma's ter preventie van agressie. De gemiddelde effectgroottes<sup>33</sup> waren als volgt:

- Geïndiceerde steekproeven:  
0.41 interventies ( $N = 85$ ) en 0.05 voor controle-/vergelijkingsgroepen ( $N = 39$ )
- Selectieve steekproeven (op basis van individuele kenmerken):  
0.26 interventies ( $N = 131$ ) en -0.0003 voor controle-/vergelijkingsgroepen ( $N = 66$ )
- Selectieve steekproeven (op basis van omgevingskenmerken):  
0.13 interventies ( $N = 48$ ) en -0.07 voor controle-/vergelijkingsgroepen ( $N = 18$ )

Van alle programma's in de verschillende steekproeven, waren de gedragsmatige en therapeutische benaderingen het meest effectief. Sociale vaardigheidstraining, al dan niet met cognitief-gedragsmatige componenten, volgden kort daarachter. Interventies waren gemiddeld effectiever indien ze juist geïmplementeerd werden, relatief intensief waren, een één-op-één opzet hanteerden en uitgevoerd werden door leerkrachten. Ook deze auteurs halen niet specifiek bepaalde veelbelovende en/of effectieve programma's aan.

Net als de meta-analyse van Wilson e.a. (2003) evalueerde de meest recente meta-analyse die we vonden (Mytton e.a., 2006) schoolprogramma's. In het betreffende onderzoek van de Cochrane Collaboration werden 56 RCT's<sup>34</sup> naar schoolprogramma's ter secundaire preventie van agressie, geweld, pesten, conflict of woede geëvalueerd. De programma's bleken te leiden tot verbeteringen in zowel gerapporteerd als geobserveerd gedrag van kinderen, en reacties van school op agressie (zoals verwijzingen van leerlingen naar de hoofddocent). In 34 studies werden effecten op agressief gedrag gepresenteerd. Het gestandaardiseerde gemiddelde verschil (SMD) tussen interventie en controle op de nameting bedroeg 0.41. Dit verschil werd gehandhaafd in de 7 studies die een follow-up op 12 maanden presenteerden (SMD = 0.40). Er werd zowel in het basisonderwijs als het middelbaar onderwijs geprofiteerd van de interventies. Het is dus ook mogelijk om later in de ontwikkeling van kinderen preventief in te grijpen. Er werd geen verschil gevonden tussen gemengde groepen of groepen waarin alleen jongens participeerden. Wel leken analyses op subgroepen erop te duiden dat interventies die gericht waren op het verbeteren van relaties of sociale vaardigheden effectiever waren dan interventies gericht op het bevorderen van vaardigheden om te kunnen omgaan met provocerende situaties. Verder was het niet mogelijk om iets te zeggen over bepaalde programma-componenten die resulteren in meer bevorderlijke uitkomsten dan andere componenten. Er werden in het overzicht

<sup>31</sup> Het meeste onderzoek concentreert zich namelijk binnen de Verenigde Staten (VS) waardoor niet bekend is in welke mate uitkomsten te generaliseren zijn naar andere populaties buiten de VS. Hiervoor is meer onderzoek wenselijk.

<sup>32</sup> Zie voor een overzicht van de betreffende studies Wilson e.a. (2003).

<sup>33</sup> Wilson e.a. (2003) berekenen effectgroottes als volgt: (gemiddelde van een groep op de voormeting – gemiddelde van een groep op de nameting) / samengestelde standaarddeviatie.

<sup>34</sup> Zie voor een overzicht van de betreffende studies Mytton e.a. (2006).



bovendien geen specifieke programma's uitgelicht als zijnde veelbelovend en/of effectief.

#### 4.5.4 *Conclusie*

In het bovenstaande werden een vijftal overzichten besproken met als onderwerp de effectiviteit van selectieve en/of geïndiceerde preventie van externaliserende problematiek. Deze studies lieten om te beginnen zien dat vroegtijdige preventieprogramma's (prenataal en in de eerste levensjaren) effectief kunnen zijn in de preventie van storend gedrag en het bevorderen van cognitieve vaardigheden van het kind, het verhogen van de kwaliteit van het opvoedend handelen van de ouders, en op langere termijn het criminele gedrag van de jeugdigen. Een aantal positief geëvalueerde programma's zijn hiertoe door de auteurs specifiek aangehaald:

- a) Het Houston Parent-Child development Center Program van Johnson en Walker (1987);
- b) Het Elmira Project van Olds e.a. (1998);
- c) Het Syracuse University Family Development Research Programme van Lally e.a. (1988);
- d) Het High/Scope Perry Preschool Project van Schweinhart e.a. (1993);
- e) En het programma vanuit de High/Scope Preschool Curriculum Study van Schweinhart en Weikart (1997).

Daarnaast adviseerden Tremblay en Japel (2003) om hoog-risico gezinnen ook op schoolleeftijd en in de vroege adolescentie te blijven begeleiden. Zowel Lösel en Beelmann (2003), als Wilson e.a. (2003) en Mytton e.a. (2006) concludeerden op basis van meta-analytische resultaten dat dergelijke begeleiding de vorm zou kunnen hebben van het preventief trainen van sociale vaardigheden bij schoolgaande hoog-risico kinderen. Dit bleek namelijk een effectief middel in de preventie van antisociaal, agressief of gewelddadig gedrag, vooral als deze training goed geïmplementeerd is. Daarbij lijkt het bevorderlijk als de training zich richt op zowel gedrag als cognitie. Er werd geen verschil in effectiviteit gevonden naar geslacht of leeftijd.

Er zijn door de auteurs van de evaluatiestudies specifiek gericht op schoolprogramma's ter preventie van externaliserende problematiek geen specifieke veelbelovende of effectieve programma's genoemd. Ook is niet duidelijk welke programmacomponenten de effectiviteit van de programma's – zowel vroegtijdige preventieprogramma's als schoolprogramma's - bepalen. Aanvullende gecontroleerde experimenten zijn gewenst, in grote steekproeven, met gevalideerde, harde uitkomstmaten en langere follow-up periodes. Daarnaast is het merendeel van de effectstudies uitgevoerd in de Verenigde Staten en zijn evaluaties van de preventieprogramma's buiten de Verenigde Staten gewenst.

#### 4.6 **Preventie van externaliserende problematiek: Nationale overzichtsstudies**

In Tabel 6 staan de drie nationale overzichtsstudies vermeld die wij vonden met betrekking tot de preventie van externaliserende problematiek van jeugdigen middels opvoed- of opgroei-ondersteuning. Dit betreft studies van Bolier & Cuijpers (2000); Brezinka (2002); en Junger-Tas (2001). Deze drie studies boden waardevolle inzichten in de mogelijke preventie van middelengebruik cq verslavingspreventie en de preventie van antisociaal, agressief of delinquent gedrag.

Tabel 6: Nationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor de preventie van externaliserende problematiek van jeugdigen.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Bolier & Cuijpers, 2000	Middelengebruik	Syst. Review	12	a) b) c) e)	2-18 jaar
Brezinka, 2002	Antisociaal, agressief of delinquent gedrag	Syst. Review	10	a) b)	4-12 jaar
Junger-Tas, 2001	Antisociaal gedrag	Trad. Review	3	a) b)	NG <sup>3)</sup>

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review) of Systematische overzichtsstudie (Syst. Review)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

Bolier en Cuijpers publiceerden in 2000 een overzichtsstudie met betrekking tot effectieve verslavingspreventie op school, in het gezin en in de wijk. Zij onderzochten de internationale wetenschappelijk literatuur met het doel in kaart te brengen wat tot dan toe bekend was over effectieve verslavingspreventieprogramma's. De interventies die ze vonden werden ingedeeld in 4 categorieën (p. 5; zie ook Cuijpers, 2001):

- 1) *Bewezen effectief*: uit onderzoek van goede kwaliteit blijkt dat de interventie effectief is (dat wil zeggen dat minimaal 3 gerandomiseerde trials zijn uitgevoerd, óf 1 gerandomiseerde trial studie met minimaal 1000 proefpersonen, waarbij effecten een jaar na de interventie aantoonbaar zijn);
- 2) *Veelbelovend*: in onderzoek met minimaal een controlegroep zijn enige positieve effecten aangetoond, niet noodzakelijk op middelengebruik. Dit mogen ook intermediaire uitkomsten zijn.
- 3) *Bewezen niet-effectief*: onderzoek van goede kwaliteit maakt aannemelijk dat de interventie geen belangrijke effecten heeft (minimaal 3 gerandomiseerde trials óf 1 gerandomiseerde trial met minimaal 1000 proefpersonen laten zien dat er nauwelijks of geen effecten aantoonbaar zijn, in elk geval niet meer na 1 jaar).
- 4) *Anders*: in onderzoek zijn negatieve effecten van het programma gevonden. Hier zijn geen definitieve conclusies over te trekken, omdat niet aan de eisen van onderzoek van goede kwaliteit is voldaan.

Als we deze indeling vergelijken met die voor de Databank Effectieve Jeugdinterventies (Paragraaf 2.3), dan komt *bewezen effectief* volgens Bolier en Cuijpers overeen met twee tot vier sterren van de databank. Bij de databank wordt 'goede kwaliteit' meer geoperationaliseerd, terwijl Bolier en Cuijpers dieper ingaan op het aantal gewenste studies of respondenten voor de bewijsvoering. Aan de categorie *veelbelovend* stelden Bolier en Cuijpers hogere eisen dan binnen de databank wordt gedaan. Voor de databank is vergelijkend onderzoek met een voor- en nameting voldoende, terwijl Bolier en Cuijpers de eis van een aanwezige controlegroep stelden.

Bolier en Cuijpers brachten als aanvulling op de internationale literatuurstudie die zij verrichten, in kaart welke interventies uitgevoerd werden door Instellingen voor Verslavingszorg in Nederland. Tot slot hielden zij een enquête onder GGD-en om activiteiten in de sector in kaart te brengen. Ze namen zowel universele (Deelstudie I), selectieve als geïndiceerde preventieactiviteiten mee en deelden de informatie in naar a) schoolgerichte preventie, b) 'community' gerichte preventie, en c) gezinsgerichte preventie.

#### 4.6.1 *Verslavingspreventie op school*

Bolier en Cuijpers (2000) bespraken één ‘bewezen effectief’ schoolprogramma, *Atlas* (Adolescent Training and Learning to Avoid Steroids; Goldberg e.a., 1996a, 1996b). *Atlas* richt zich op de preventie van het gebruik van anabole androgene steroïden bij scholieren met een verhoogd risico. Het betreft een multicomponenteninterventie met 7 wekelijkse groepslessen voor jeugdigen die voetballen; training in het gebruik van spiertraining-toestellen; en een eenmalige informatiebijeenkomst voor ouders. Het werd in twee studies geëvalueerd bij scholieren van gemiddeld 16 jaar oud, in steekproeven van 120 en 1506 adolescenten (Goldberg e.a., 1996a, 1996b). Er werd geen positief effect gevonden op daadwerkelijk gebruik van middelen, maar wel op intentie tot gebruik, kennis over anabole steroïden, zelfbeeld en ‘refusal skills’. Naast *Atlas* vier schoolprogramma’s door Bolier en Cuijpers (2000) aangemerkt als ‘*veelbelovend*’:

- Reconnecting Youth
- Friendly PEERsuasion
- Urban Youth Connection
- STARS

*Reconnecting Youth* (Eggert e.a., 1990, 1994a, 1994b) is een geïndiceerd schoolpreventieprogramma voor adolescenten (15-18 jaar) met meervoudige problematiek, zoals middelengebruik (alcohol, drugs), depressie en suïcidale gedachten. Het programma bestaat uit drie componenten: a) het uitgebreide lesprogramma Personal Growth Class met vooral ‘life skills’ training (20 weken lang, 5 dagen per week lessen van elk 55 minuten); b) sociale activiteiten en binding aan school; en c) een crisisplan op school ter preventie en hantering van suïcide. Het programma had positieve effecten op druggebruik, op negatieve effecten die uit druggebruik voortvloeien, controleproblemen met betrekking tot druggebruik, schoolresultaten, binding met school, minder binding met deviante leeftijdsgenoten en zelfvertrouwen. In één studie (Eggert e.a., 1995) werd vooral gekeken naar de effecten op aan suïcide gerelateerde risicofactoren (bij 105 jongeren 15-18 jaar met een verhoogd suïciderisico). Er werden verbeteringen gevonden op het gebied van zelfvertrouwen, sociale steun, depressie, aan suïcide gerelateerd risicogedrag, hopeloosheid, stress en woede. Echter deze traden ook op in een controlegroep waarin alleen een uitgebreid assessment protocol werd aangeboden. De relatieve effectiviteit van het programma kon hier dus niet aangetoond worden.

*Friendly PEERsuasion* is eveneens een geïndiceerd schoolpreventieprogramma dat zich alleen op meisjes richt (11-14 jaar) uit kansarme gezinnen. Het programma bestaat uit drie fasen. De eerste fase bestaat uit 14 tweewekelijkse sessies van een uur waarin vaardigheden geleerd worden en de meisjes voorbereid worden op leiderschap. Vervolgens plannen zij in de tweede fase gedurende 5 uur drugspreventie-activiteiten om deze tenslotte in de derde fase binnen 8 tot 10 sessies van een uur uit te voeren in groepen jongere kinderen. Als gevolg van het programma vermeden deelnemers vaker het gebruik van middelen (met name alcohol) en bleken de deelnemers ook eerder risicovolle situaties te vermijden (Weiss en Nicholson, 1998). De effecten waren krachtiger voor jongere kinderen (basisschoolleeftijd, 11-12 jaar) dan voor oudere kinderen (middelbare schoolleeftijd, 13-14 jaar).

*Urban Youth Connection* is gericht op kinderen van 12 tot 18 jaar met een verhoogd risico op problematisch middelengebruik (eigen aanmelding of doorverwijzing door leerkrachten op basis van schoolprestaties, gedragsproblemen in de klas, en psychische of gedragsproblemen buiten school). Het bestaat uit counseling aan individuen,

tweetalen of groepen; en uit diensten als intakes, ouder- en leerkrachtbijeenkomsten, adviserende gesprekken en telefoongesprekken. Er werden van het programma positieve effecten aangetoond op alcoholgebruik, risicogedrag op het gebied van interpersoonlijk geweld, betrokkenheid bij school, schoolprestaties, depressie en sociale coping (Valentine e.a., 1998a, 1998b).

Het *STARS* (Start Taking Alcohol Risk Seriously) schoolprogramma tenslotte richt zich op leerlingen (12 tot 15 jaar) met een verhoogd risico op alcoholmisbruik. Het programma bestaat uit een module met zelfinstructie, een gestandaardiseerd gezondheidsconsult door een arts of verpleegkundige en een follow-up gezondheidsconsult door een oudere leerling. Het programma resulteerde in minder alcoholgebruik door de leerlingen, een grotere intentie om te minderen of stoppen en een groter besef van gezondheidsproblematiek als gevolg van alcoholgebruik (Werch e.a., 1996). De effecten waren het grootst voor leerlingen die niet eerder alcohol gebruikt hadden.

Op basis van een meta-analyse van Tobler en Stratton (1997) concludeerden Bolier en Cuijpers (2000) met betrekking tot schoolprogramma's verder dat leerlinggestuurde (interactieve) programma's effectiever zijn ( $d = 0.20$ ) dan docentgestuurde (niet-interactieve) programma's ( $d = 0.02$ ). Daarnaast leken effecten groter op scholen met meer dan 50% leerlingen uit minderheidsgroepen en vooral bij professionele hulpverleners.

#### 4.6.2 *Wijkgerichte (Community) interventies voor verslavingspreventie*

Bolier en Cuijpers (2000) vonden twee wijkgerichte programma's ter preventie van middelengebruik. Het betreft het 'Project Success' (Richards-Colocino e.a., 1996) en 'NTU' (Cherry e.a., 1998), waarbij binnen NTU in het bijzonder veel aandacht is voor de Afrikaans-Amerikaanse cultuur, waarden en overtuigingen. In beide programma's staat een schoolgerichte interventie centraal. Daarnaast omvatten de projecten ook een gezinsgerichte component en een 'community' gericht onderdeel waarin beïnvloeding van de sociale omgeving nagestreefd wordt. In Success werd een positief effect gevonden op middelgebruik en zelfwaardering. NTU liet geen positief effect zien op attitude of middelgebruik, maar de prevalentie was gemiddeld laag en de attitude negatief. Men zou kunnen zeggen dat er weinig ruimte was voor verbetering op dit vlak. NTU resulteerde wel in positieve effecten op raciale identiteit, kennis over Afrika en de Afrikaanse cultuur en verbetering van gedrag op school. Bolier en Cuijpers betitelen beide programma's als *veelbelovend*.

#### 4.6.3 *Gezinsgerichte programma's voor verslavingspreventie*

De gezinsgerichte programma's die Bolier en Cuijpers (2000) vonden, waren meestal opvoedondersteuningsprogramma's. Aan bod kwamen het 'Strengthening Families' programma, 'DARE to be You', 'STARS for Families' en 'Family Advocacy Network' (FAN).

Het *Strengthening Families* programma is een selectief programma gericht op kinderen (6 tot 10 jaar) van druggebruikende ouders. Het heeft tot doel om middels 14 wekelijkse sessies van 2 tot 3 uur de opvoedingsvaardigheden van deze ouders (en hun kinderen) te verbeteren om zodoende riskant druggebruik bij hun kinderen te voorkomen.

Onderzoek duidde positieve effecten aan op de opvoedingsvaardigheden en eigen-effectiviteit van ouders (DeMarsh & Kumpfer, 1986; Kumpfer e.a., 1996). Ook de sociale vaardigheden van de kinderen werden significant verbeterd. Tot slot werden

verbeteringen geconstateerd in gezinsrelaties, gezinsomgeving en gebruik bij reeds gebruikende oudere kinderen en bij de druggebruikende ouders.

*DARE to be You* is gericht op kinderen van 2 tot 5 jaar oud uit kansarme gezinnen die op latere leeftijd een verhoogd risico lopen op problematisch middelengebruik. Het programma veronderstelt dat een versterking in de veerkracht op jongere leeftijd later probleemgedrag kan voorkomen. Het programma bestaat ondermeer uit tien tot twaalf wekelijkse workshops voor ouder en kind (van 2½ uur elk). Daarnaast behelst het programma ook tienerhulpverleners, staf- en communitytraining, herhalingsessies, supportgroepen na het programma en gezamenlijke evenementen. Er is gezorgd voor kinderopvang, een maaltijd en een beloning van 200\$ voor gezinnen die de gehele cursus afmaken.

Er is één onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van *DARE to be You* (Miller-Heyl e.a., 1998) voor de kinderen en ouders. Er werden positieve effecten gevonden op zelfwaardering en democratische opvoedingsstijl van de ouders. Ook waren zij meer tevreden met de sociale steun die zij ontvingen. Kinderen bleken minder opstandig en hun ontwikkelingsniveau steeg. Omdat het zeer jonge kinderen betrof, zijn geen effecten gemeten op 'gebruik'-uitkomsten.

*STARS* kwam hierboven reeds aan bod als selectief schoolprogramma ter preventie van alcoholgebruik. *STARS for Families* is een variant van dit programma waaraan een gezinsgerichte component is toegevoegd. Het programma bestaat uit een gezondheidsconsult voor leerlingen (12 tot 15 jaar) door een getrainde verpleegkundige; een brief voor de ouders over deelname aan het programma en met op het risicoprofiel van het kind afgestemde tips om een gesprek of discussie met de jeugdige aan te gaan over alcoholgebruik; en gezinsgerichte lessen (9 lessen om thuis samen met het kind te maken en te oefenen). Er werd één onderzoek naar het programma uitgevoerd (Werch e.a., 1998, 1999). Op korte termijn en op de 6 maanden follow-up werden positieve effecten gevonden op gebruik van alcohol en intentie hiertoe. Dit effect was het sterkste voor leerlingen die al eerder alcoholproblemen hadden. Een jaar na de interventie waren de effecten echter niet meer aantoonbaar.

*FAN* is gericht op ouders van kinderen in de leeftijd van 10 tot 17 jaar. De gezinnen worden geworven via jongerencentra in hoog-risico buurten. *FAN* richt zich op het verbeteren van de band tussen ouder en kind, om zodoende gelegenheden te bieden voor leuke activiteiten samen en handvatten te bieden hoe ouders hun kinderen kunnen beïnvloeden in het leiden van een drugsvrij leven. *FAN* is een aanvulling op een schoolgericht programma voor vaardigheidstraining. De gezinsgerichte component bleek hier een waardevolle bijdrage aan te leveren (St. Pierre e.a., 1997a, 1997b). Er werden positieve effecten gevonden op vaardigheden om aangeboden middelen te weigeren, op een negatieve houding ten aanzien van marihuanagebruik en op kennis.

De gezinsgerichte programma's bleken vaak te kampen met problemen als hoge uitval en moeilijkheden in de werving en het behoud van deelnemers. Desondanks bestempelden de auteurs (Bolier en Cuijpers, 2000) de vier bovenstaande gezinsgerichte programma's op basis van wetenschappelijke evidence als *veelbelovend*.

#### 4.6.4 *Praktijk van verslavingspreventie*

In de praktijk van de verslavingspreventie bleek weinig gebruikgemaakt te worden van wetenschappelijk onderbouwde en goed geëvalueerde preventieprogramma's. De

internationale modelprojecten kunnen suggesties zijn voor nog te maken vorderingen op dit vlak.

#### 4.6.5 *Preventie van agressief, antisociaal of delinquent gedrag*

Brezinka (2002) publiceerde informatie over een tiental selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's ter preventie van agressief, antisociaal of delinquent gedrag. Het betrof de volgende programma's:

Selectief:

- *Attribution Retraining Program* (Hudley & Graham, 1993: 12 sessies cognitief-probleemoplossende vaardigheidstraining, jeugdigen 10-12 jaar; zie ook 'Brain Power Program')
- *Brain Power Program* (Hudley e.a., 1998: 12 sessies cognitief-probleemoplossende vaardigheidstraining, jeugdigen 9-12 jaar)
- *Social Relations Program* (Lochman e.a., 1993: 26 individuele behandelcontacten en 8 groepssessies, jeugdigen 10 jaar)
- *Peer Coping Social-Skills Training* (Prinz e.a., 1994: 22 sessies sociale vaardigheidstraining, kinderen 6-8 jaar)
- Oudervaardigheidstraining (Vitaro & Tremblay, 1994; Tremblay e.a., 1995: oudervaardigheidstraining, training in probleemoplossende en sociale vaardigheden, jeugdigen 8-9 jaar)
- *Multicomponent Competence* (Brasswell e.a., 1997: oudervaardigheidstraining, training in probleemoplossende vaardigheden, kinderen 6-10 jaar)
- *Enhancement Intervention*
- *PARTNERS-Program* (Webster-Stratton, 1998: oudervaardigheidstraining en training voor leerkrachten: kinderen 4 jaar)
- *Incredible Years Training Series* (Webster-Stratton e.a., 2001: oudervaardigheidstraining en training voor leerkrachten, kinderen 4 jaar)
- *FAST Track Program* (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992, 2000: oudervaardigheidstraining, huisbezoeken, training in sociale vaardigheden, leesvaardigheidstraining, klasseninterventie, kinderen 6 jaar)

Geïndiceerd:

- *Anger Coping Program* (aangepast) (Lochman & Lenhart, 1993; Matthys, 1998: oudervaardigheidstraining, training in probleemoplossende vaardigheden, aangepast voor intramurale hulpverleningssetting)
- *Families First* (Spanjaard & Berger, 1994: intensieve interventie voor gezinnen in crisis bij dreigende uithuisplaatsing één of meerdere kinderen)
- *Cool-Down* en *RAM* (Roede e.a., 2001: wekelijkse

- (*Reductie Agressie Methodiek*) groepsbijeenkomsten van 45 minuten, gericht op vermindering agressief gedrag kinderen aan het einde van de basisschool)
- *SPRINT (Studie PReventieve* (Slot, 1996a, 1996b: pilotproject  
Paedologisch
- *INterventie)* Instituut Amsterdam: oudertraining gericht op
- opvoedingsvaardigheden ouders, gedragsmatige training zoon, jongens 7-11 jaar met risico crimineel te worden)

Brezinka (2002) beschreef voor ieder project kort de resultaten. De studies leidden overwegend tot een reductie van agressief gedrag, storend gedrag of gedragsproblemen op basis van agressiematen of docentbeoordelingen. Er waren een aantal uitzonderingen. Zo werden voor het Multicomponent Competence Enhancement Intervention programma (Brasswell e.a., 1997) geen effecten gevonden in het voordeel van de interventie- versus de aandachtcontrolegroep. Dit betrof een meting twee jaar na de interventie. Ook voor de preventieprogramma's Cool-Down en RAM werden geen effecten gevonden: Cool-Down leidde niet tot een toename van sociale vaardigheden, noch een afname van agressie (NB: hier was geen controlegroep beschikbaar). Voor RAM werd geen vooruitgang geboekt in de trainingsgroep (17 kinderen) in vergelijking tot de controlegroep (22 kinderen). Voor het Brain Power Program van Hudley e.a. (1998) werden gemengde positieve resultaten gevonden: de interventie was bij sommigen zeer effectief en bij anderen helemaal niet.

Een deel van deze programma's wordt straks nogmaals genoemd naar aanleiding van internationale literatuur (zie b.v. Greenberg e.a., 2001 hieronder): ondermeer het *Brain Power Program* (Hudley e.a., 1998), het *Social Relations Program* (Lochman e.a., 1993) en de *Peer Coping Social-Skills Training* (Prinz e.a., 1994). De laatste twee noemde Brezinka als voorbeelden van intensievere programma's met meer zittingen over een langere periode die de kans op effecten leken te vergroten ten opzichte van minder intensieve programma's. De meer succesvolle preventieprogramma's zijn vaak zoals deze twee programma's zeer intensief en daardoor tamelijk kostbaar. Echter, volgens Brezinka zou deze investering – gezien de enorme kosten van gedragsproblemen voor het individu en de praktijk – de moeite waard kunnen zijn.

- 4.6.6 *Nederlandse toepassingen van programma's ter preventie van antisociaal gedrag*  
Tot slot vonden we het artikel van Junger-Tas dat inging op drie in Nederland toegepaste programma's ter preventie van antisociaal gedrag: de oudercursus *Opvoeden zó* en de ontwikkelingsstimuleringsprogramma's *Kaleidoscoop* (High/Scope) en *Piramide* (Success for All). Het betrof een meer traditioneel overzicht waarin de selectiecriteria weinig expliciet waren en weinig aandacht was voor internationaal effectonderzoek.

'*Opvoeden zó*' is een opvoedingsondersteuningsprogramma ontwikkeld door het NIZW en werd gebaseerd op het Amerikaanse *Winning*. De cursus is gericht op ouders in achterstandssituaties en is ook beschikbaar in het Arabisch, Turks, Berbers en Papiemento. *Opvoeden zó* bestaat uit vijf of zes bijeenkomsten van anderhalf uur. Junger-Tas (2001) ging niet heel concreet in op de effectiviteit van het programma. Wel noemde ze de problemen van het vrijblijvende karakter van het programma waardoor de hoog-risico doelgroep moeilijk bereikt werd. Daarbij noemde ze dat het NIZW

vervolgens aanpassingen maakte. Meer effectevaluatie was volgens Junger-Tas (2001) gewenst.

De besproken effecten van ‘Kaleidoscoop’ en ‘Piramide’ hadden betrekking op verbeterde schoolprestaties en niet expliciet op verminderd antisociaal gedrag. Daarmee werd met name enig extra inzicht in de toepassing van deze programma’s in het werkveld geboden:

Het ontwikkelingsstimuleringsprogramma *High/Scope* van Schweinhart en collega’s (1993; Schweinhart & Weikart, 1997) werd eerder bij de internationale overzichtsstudies genoemd door Tremblay en Japel (2003; Paragraaf 4.5). *High/Scope* werd in Ypsilanti-Michigan ontwikkeld voor kinderen (2-5 jaar) uit achterstandssituaties. *High/Scope* is een twee jaar durend actief leerprogramma dat gebruikmaakt van de exploratiedrang van kinderen. Kinderen leren eerst activiteiten te plannen, ze vervolgens pas uit te voeren en aansluitend te ‘evalueren’. Daarnaast krijgen de sociale competentie en probleemoplossing bij conflicten aandacht. Kinderen werden door de onderzoekers na het project tot in de volwassenheid gevolgd. Er werden positieve effecten van het programma gevonden op onderwijsprestaties, arbeidsparticipatie, inkomen, gezondheid, welzijn en delinquentie. In Nederland kennen we *High/Scope* als *Kaleidoscoop*.

Het ontwikkelingsstimuleringsprogramma *Success for All* werd door Slavin en collega’s (1990, 1993) ontwikkeld. In Nederland is deze interventie bekend als *Piramide*. Junger-Tas (2001) ging niet in op evaluaties van *Success for All* in het buitenland. Wel noemde ze een Nederlandse studie naar zowel ‘Kaleidoscoop’ als ‘Piramide’ (Veen, Roeleveld, & Lesemann, 2000). Beide voorschoolse programma’s bleken te leiden tot hogere leerprestaties en verminderde uitstroom naar het speciaal onderwijs. Er werd het meest geprofiteerd van de programma’s door de zwakste leerlingen.

Junger-Tas (2001) eindigde haar publicatie met een kritische noot:

*“In ons land is men meestal niet erg scheutig met geld voor goed onderzoek: in tegenstelling tot de vaak ruime bekostiging van projecten, wordt nogal eens getracht het evaluatieonderzoek op een koopje te doen. Toch is, voor werkelijke vooruitgang in sociaal beleid en wetenschap, onderzoek dat op grond van kwaliteit overtuigend kan aantonen of het project de geclaimde effecten waarmaakt van het grootste belang. Wanneer men bedenkt hoeveel verschillende – en steeds weer nieuwe – preventieprojecten op het terrein van gezondheid, hulpverlening, onderwijs en justitie plaatsvinden, die alle naar gedragsverandering streven, maar waarvan er velen niet of nauwelijks getoetst zijn, dan is duidelijk dat een gedegen kwaliteitscontrole nodig is. Vooral van de kant van de overheid die veel van die projecten financiert, zou men kritischer naar interventies moeten kijken. (... , p.504).*

## **Preventie van meervoudige of overige problematiek**

### **4.7 Preventie van meervoudige of overige problematiek: Internationale overzichtsstudies**

In Tabel 7 is te zien dat wij met betrekking tot selectieve en geïndiceerde preventie van meervoudige of overige problematiek een viertal internationale overzichtsstudies



vonden. Het betreft twee studies waarin zowel internaliserende als externaliserende problematiek aan bod komt: de overzichtstudie van Greenberg, Domitrovich en Bumbarger (2001) en de meta-analyse van Durlak en Wells (1998). De overige twee studies richtten zich op een zeer specifiek ontwikkelingsdomein: de ontwikkeling van eetstoornissen (Stice & Shaw, 2004) en de cognitieve ontwikkeling van kinderen (Ramey & Ramey, 1998). Deze 4 studies zullen in deze paragraaf centraal staan.

Tabel 7: Internationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor de preventie van meervoudige of overige problematiek van jeugdigen.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Durlak & Wells, 1998	Internaliserende en externaliserende gedrags-/aanpassingsproblemen	Meta-analyse	130	a) b) NB: 93% schoolprogramma's	10.56 jaar gemiddeld, bereik: 3.5 - 18.5 jaar
Greenberg, Domitrovich, & Bumbarger, 2001	Internaliserende en externaliserende problemen	Syst. Review	25	a) b)	5-18 jaar
Ramey & Ramey, 1998	Verstoring cognitieve ontwikkeling	Trad. Review	3	a) b)	0-3 jaar
Stice & Shaw, 2004	Eetstoornissen	Meta-analyse	16	b) e)	Gemiddeld 11.5-14 jaar

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review), systematische overzichtsstudie (Syst. Review) of Systematische meta-analyse (Meta-analyse)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

#### 4.7.1 Preventie van internaliserende en externaliserende problematiek

Durlak en Wells hebben in 1998 een grootschalige meta-analyse uitgevoerd naar de preventie van zowel internaliserende als externaliserende problematiek. Zij includeerden studies die gepubliceerd waren tot en met 1991, die een beschrijving gaven van een RCT en een geïndiceerd preventieprogramma toetsten gericht op kinderen met subklinische problemen zoals gevonden in een populatiebrede screening. Ze richtten zich op kinderen jonger dan 19 jaar en studies met controlegroepen uit dezelfde populaties als de interventiegroepen. Inhoudelijk waren de studies gericht op gedrag en sociaal functioneren en werden studies gericht op drugs, leervaardigheden of delinquentie niet meegenomen (Durlak & Wells, 1998).

Durlak en Wells (1998) beschreven totaal 130 geïndiceerde preventieprogramma's. Van 70 procent van de steekproeven was niet bekend wat de etniciteit was van de participanten. Voor de overige steekproeven was in de helft van de gevallen de meerderheid van de respondenten niet blank (15%), bij 6% was de steekproef gemengd en bij 10% was deze overwegend blank. De leeftijd van de kinderen was gemiddeld 10.56 jaar (3.5-18.5). In krap 15% van de interventies werd een handleiding of draaiboek gebruikt.

Durlak en Wells (1998) vonden een gemiddelde effectgrootte van 0.51 voor gedragsmatige programma's (35.3% van de interventies), 0.53 voor cognitief-gedragsmatige programma's (23.8%) en 0.27 voor programma's die niet op gedrag gericht waren (40.8%). Slechts voor 7 interventies werden gemiddeld negatieve effecten gerapporteerd. Vooral jeugdigen met externaliserende symptomen hadden gemiddeld veel baat bij de interventies, de gemiddelde effectgrootte voor deze groep bedroeg 0.72.

De auteurs concludeerden dat preventieve interventies die gebruikmaakten van cognitief-gedragsmatige of gedragsmatige technieken even effectief leken als psychotherapie voor kinderen met gevestigde problematiek en effectiever dan pogingen om bijvoorbeeld roken, alcoholgebruik en delinquentie te voorkomen. De auteurs suggereerden geen specifieke programma's voor nadere toepassing in de praktijk<sup>35</sup>.

Greenberg en collega's (2001) gingen in hun systematische overzichtsstudie wel meer inhoudelijk op de geëvalueerde interventieprogramma's in. Zij beschreven in hun studie 34 universele (Deelstudie 1) en selectieve of geïndiceerde interventies waarvoor (a) in een RCT of quasi-experimenteel design met adequate vergelijkingsgroep, (b) in experimenten met een voor- en nameting, (c) bij voorkeur met een follow-up en (d) in een duidelijk gedefinieerde steekproef, bewijs gevonden was dat deze effect sorteerden op internaliserende of externaliserende gedragingen van kinderen tussen 5 en 18 jaar oud. Zij stelden verder (e) als eis dat er voor de programma's een handleiding beschikbaar was. Zij sloten doelgroepen met kinderen die gediagnosticeerd waren in een interview en aan criteria voldeden van één of meerdere DSM-III R of DSM-IV stoornissen uit van inclusie in het onderzoek. Naast deze programma's werden een aantal interventies besproken die ofwel veelbelovend maar nog niet bewezen effectief waren, ofwel effecten lieten zien op aan psychopathologie gerelateerde of comorbide gebieden. Op deze wijze kwamen totaal 25 selectieve of geïndiceerde programma's aan bod.

Allereerst gingen de auteurs in op verschillende effectieve preventieprogramma's ter preventie van externaliserende problematiek. Zij noemden een viertal programma's gericht op de kinderen of jeugdigen zelf:

- Het 'Anger Coping Program' (Lochman e.a., 1984);
- Het 'Brainpower Program' (o.a. Hudley e.a., 1998; Hudley & Graham, 1993);
- De 'Peer Coping Skills Training' (Prinz e.a., 1994);
- Het Social Relations Program (Lochman e.a., 1993).

De positieve resultaten van deze interventies waren gemiddeld statistisch significant maar bescheiden van omvang. Bovendien neigden ze op lange termijn uit te doven. Meestal waren de experimenten gericht op jongens in kleine steekproeven<sup>36</sup>.

Vervolgens vonden Greenberg e.a. (2001) weinig gecontroleerd effectonderzoek om aan te tonen of opvoedingsondersteunende programma's ter preventie van externaliserende problematiek effectief zijn. Zij noemden 'Big Brother/ Big Sister' (BB/BS) van Tierney e.a. (1995) als effectief programma op dit gebied. Programma's met verschillende componenten waarin zowel de jongeren zelf als overige gezinsleden participeren, werden wel meer in effectonderzoek beschreven. Greenberg en collega's noemen de volgende programma's:

- Het 'Adolescent Transitions Program' (ATP; Andrews e.a., 1995; Dishion & Andrews, 1995; Dishion e.a., 1996);
- Het 'Montreal Prevention Experiment' (Tremblay e.a., 1992, 1996);
- Het 'First Step Program' (Walker e.a., 1998);
- Het 'Earls court Social Skills Group Program' (Pepler e.a., 1991, 1995);
- 'FAST Track' (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992)

Tot slot benoemden Greenberg en collega's (2001) het 'Coping Power Program' van Lochman (1998), het 'FAST Program' van McDonald e.a. (1997) en 'Contingencies for

<sup>35</sup> Voor een overzicht van de geëvalueerde programma's in Durlak en Wells (1998) verwijzen we u naar de referentielijst in het betreffende artikel.

<sup>36</sup> Zie met betrekking tot de programma's van Prinz e.a. (1994) en Lochman e.a. (1993) ook de beschrijving van Brezinka (2002) hierboven in Paragraaf 4.6.

Learning Academic and Social Skills' (CLASS; Hops e.a., 1976) als veelbelovende programma's ter preventie van externaliserende problematiek.

In het tweede deel van het artikel van Greenberg e.a. (2001) stonden programma's ter preventie van internaliserende problematiek centraal. De auteurs beschreven om te beginnen een tweetal effectieve programma's ter preventie van stemmingsstoornissen dat we eerder tegengekomen zijn in de overzichten van Merry e.a. (2006) en Horowitz en Garber (1996), te weten het 'Coping with Stress Program' van Clarke e.a. (1995) en het Penn Prevention Program (Gillham e.a., 1995; Jacycox e.a., 1994). Greenberg e.a. typeerden deze programma's als typisch cognitief-gedragsmatig met een focus op gebrekkige cognitie en verstoringen geassocieerd met de stoornis. Met betrekking tot de preventie van angststoornissen werd door de auteurs weinig effectonderzoek gevonden. De auteurs vonden slechts één programma dat aan hun criteria voldeed: het effectieve 'Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project' van Dadds e.a. (1997, 1999).

In Paragraaf 4.3.4 van dit rapport kon u eerder lezen over de aanbevelingen van de AACAP voor de preventie van suïcide onder jeugdigen. Greenberg en collega's noemden aansluitend een drietal effectieve schoolprogramma van Randell e.a. (2001) ter preventie van suïcide:

- C-CARE
- CAST
- C-CARE plus

Met betrekking tot stressgerelateerde preventieprogramma's werden de volgende preventieve interventies genoemd:

- De 'Stress Inoculation Training I (Hains, 1992; Hains & Ellmann, 1994; Hains & Szyjakowski, 1990);
- De 'Stress Inoculation Training II; (Kiselica e.a., 1994);
- Het 'Children of Divorce Intervention Project' (Alpert-Gillis e.a., 1989; Pedro-Carroll e.a., 1992; Pedro-Carroll & Cowen, 1985);
- Het 'Children of Divorce Parenting Program' (Wolchik e.a., 1993);
- Het 'Family Bereavement Program' (Sandler e.a., 1992).

In deze lijst staan twee programma's die zich specifiek richten op preventie van problematiek in gescheiden gezinnen (zie hiervoor ook de overzichtstudies in Paragraaf 4.13). Het programma van Alpert-Gillis e.a. is een schoolprogramma waarin kinderen na de scheiding van hun ouders praten over hun gevoelens, aandacht besteden aan onrealistische percepties en gedachten over de scheiding en werken aan probleemoplossende vaardigheden. In het programma van Wolchik e.a. nemen alleen de ouders deel aan de interventie. Er wordt aandacht besteed aan de opvoedingsvaardigheden van de verzorgende ouder en zijn of haar vaardigheden om conflict tussen de ouders te voorkomen. Bovendien wordt de ouder bewust gemaakt van de rol van de niet-verzorgende ouder en het belang voor het kind om ook deze ouder als bron van steun te ervaren. Het 'Family Bereavement Program' richt zich specifiek op kinderen van wie recent een ouder overleden is. Het gehele gezin wordt gesteund in het verwerken van dit verlies. Kinderen leren copingsmechanismen en de ouders worden begeleid in stressreductie, het plannen van stabiele positieve gebeurtenissen en het handhaven van betrokkenheid van de gezinsleden.

Tot slot beschreven Greenberg e.a. (2001) twee programma's die niet bedoeld waren om internaliserende problematiek te reduceren, maar wel effecten in dit domein vonden: PATHS' (Kusche & Greenberg, 1994) en het 'Primary Mental Health Project' (PMHP; Cowen e.a., 1996). Als veelbelovende programma's werden het 'Zuni Life

Skills Curriculum' (LaFromboise, 1991) en 'Child Support Groups' van Stolberg en Mahler (1994) genoemd.

Samengevat concludeerden Greenberg e.a. (2001) dat hoog-risico groepen gemiddeld meer gebaat zijn bij meerjarige projecten om zodoende meer langdurige effecten te bewerkstelligen. Alhoewel preventieve interventies werkzaam lijken gedurende de gehele kindertijd, adviseerden de auteurs gezien de hardnekkigheid van latere problematiek, deze meerjarige preventieprogramma's al vroeg in de ontwikkeling in te zetten. Daarbij adviseerden zij de interventies primair op risicofactoren en protectieve factoren te focussen in plaats van op pathologisch probleemgedrag. Verschillende domeinen en omgevingsniveaus zouden daarbij aan de orde moeten komen. De auteurs vonden dat programma's die alleen op het kind gericht waren minder effectief waren dan programma's gericht op het kind die tegelijkertijd positieve veranderingen in de school- en thuissituatie nastreefden door aandacht te besteden aan het gedrag van docenten en gezinsleden. Zij concludeerden dat er geen enkelvoudige programmacomponent is die meervoudige problematische gedragingen kan voorkomen. Idealiter is aldus een gecoördineerd pakket van elkaar aanvullende strategieën en programma's beschikbaar waarin primaire preventie, secundaire preventie en behandeling op elkaar aansluiten. De auteurs verbaasden zich erover dat er weinig van dergelijke initiatieven – meerjarig, meerdere componenten, gericht op meerdere uitkomsten voor mentale gezondheid - ontwikkeld en geëvalueerd zijn. Kortom, alhoewel er een solide wetenschappelijke basis wordt gecreëerd, zal de meeste belangrijke kennis over preventieve interventies komen van de volgende generatie preventieonderzoekers, aldus Greenberg en collega's.

#### 4.7.2 *Preventie van eetstoornissen*

In onze internationale literatuurstudie vonden we één meta-analyse naar de preventie van eetstoornissen (zie Tabel 7, p. 71). Het betrof een systematische meta-analyse van de hand van Stice en Shaw, gepubliceerd in 2004. Ze beschreven 51 effectstudies naar totaal 38 preventieprogramma's die geëvalueerd waren in 53 gecontroleerde experimenten. Totaal werden 60 aparte effectgroottes in deze studies beschreven. De meeste studies waren alleen op meisjes gericht. Het betrof effecten van zowel universele (Deelstudie I) als selectieve preventieprogramma's (dit onderzoek). De resultaten voor beide niveaus van preventie werden apart gepresenteerd. In de effectstudies naar selectieve preventieprogramma's kwamen totaal 16 programma's aan bod.<sup>37</sup>

De programma's hadden een effect<sup>38</sup> van  $r = .27$  op de idealisatie van het dun zijn (voor universele programma's bedroeg het effect  $r = .12$ ). Er werd eveneens gemiddeld een positief effect van de programma's gevonden op ontevredenheid met het eigen lichaam ( $r = .23$ , ter vergelijking:  $r = .08$  voor universele programma's). De effecten waren steeds groter voor selectieve dan voor universele programma's. Dit gold ook voor effecten op negatief affect en op het voorkomen van eetstoornissen.

De effectieve programma's ter preventie van eetstoornissen verschilden inhoudelijk sterk van elkaar: er was aandacht voor het bevorderen van zelfvertrouwen, stressmanagement vaardigheden, gezond gedrag ten behoeve van gewichtscntrole, of een kritische analyse van het ideaal om dun te zijn. Desalniettemin leken de meest veelbelovende effecten voort te komen uit cognitieve interventieprogramma's gericht op het veranderen van ongunstige gedachten/houdingen (b.v. dun zijn idealiseren of

<sup>37</sup> Zie de informatie in het artikel van Stice & Shaw (2004) voor een overzicht van deze 16 studies.

<sup>38</sup> Stice & Shaw (2004) gebruiken als aanduiding van effectgrootte correlatiecoëfficiënten ( $r$ ). Ter indicatie,  $r = .10$  duidt op een klein effect,  $r = .30$  op een middelgroot effect en  $r = .50$  op een groot effect (Cohen, 1988).

ontevredenheid met het eigen lichaam) en gedragsinterventies gericht op het veranderen van ongunstige gedragingen (b.v. vasten en overeten). Daarbij leek een programma meer effecten te sorteren indien dit niet expliciet gepresenteerd werd als een programma ter preventie van eetstoornissen. De auteurs concludeerden dat de inhoud van de interventies over het algemeen minder belangrijk was voor het voorspellen van interventie-effecten dan kenmerken van de participanten en het onderzoeksontwerp (Stice & Shaw, 2004).

#### 4.7.3 *Bevorderen van de cognitieve ontwikkeling in hoog-risico gezinnen*

In de reeks van overzichtsstudies ter preventie van meervoudige of overige problematiek, noemen we als laatste de overzichtsstudie van Ramey en Ramey (1998). Zij beschreven drie RCT's van vroegtijdige interventies ter verbetering van de cognitieve ontwikkeling en sociale vaardigheden van jonge 'hoog-risico kinderen' van de geboorte tot het derde levensjaar:

- a) Het 'Abecedarian' project ( $N = 111$ );
- b) 'CARE' ( $N = 63$ );
- c) En het 'Infant Health and Development Program' (IHDP;  $N = 985$ ).

De eerste twee projecten, Abecedarian en CARE, evalueerden het 'Partners for Learning' programma van Sparling, Lewis en Ramey (1995). Als steekproef werden gezinnen met weinig economische en sociale middelen geselecteerd. Het programma van Sparling e.a. (1995) biedt activiteitenkaarten, nieuwsbrieven, fotokaarten, posters, meetinstrumenten, dossier sheets, handboeken enzovoorts om de implementatie van het programma te ondersteunen. De drie basisprincipes zijn de volgende: (1) indeling in spelachtige leerepisodes, (2) geïntegreerd in de dagelijkse aspecten, en (3) gericht op zowel specifieke vaardigheden als algemene regelmatigheden/gewoontes.

Het Infant Health and Development Program gebruikte een aangepaste vorm van het programma dat aangeboden werd in gezinnen met premature kinderen of kinderen met een laag geboortegewicht. De sociaal economische status van deze gezinnen was divers. Alle drie de toepassingen van het 'Partners for Learning' programma resulteerden in positieve effecten op IQ van de kinderen gedurende de eerste drie levensjaren. Kinderen in gezinnen met de minste (sociaal economische) middelen profiteerden het meest van deze vorm van vroegtijdige interventie.

#### 4.7.4 *Conclusie*

Samengevat vonden we in de internationale literatuur vier overzichtsstudies naar de effectiviteit van preventieprogramma's gericht op meervoudige of overige problematiek van jeugdigen (zie ook Tabel 7, p. 71). Allereerst kwamen de studies van Durlak en Wells (1998) en van Greenberg en collega's (2001) aan bod waarin zowel programma's ter preventie van internaliserende problematiek als van externaliserende problematiek aan bod kwamen. Durlak en Wells kwamen tot een aantal positieve effectgroottes op basis van 130 geïndiceerde preventieprogramma's: 0.51 voor gedragsmatige programma's, 0.53 voor cognitief-gedragsmatige programma's, en 0.27 voor niet op gedrag gerichte programma's. Zij deden geen aanbevelingen met betrekking tot bepaalde programma's voor nadere evaluaties of toepassing in de praktijk. Greenberg en collega's (2001) gingen juist wel uitvoerig in op verschillende effectieve en veelbelovende programma's. Zij deden de aanbeveling meer onderzoek te doen naar meerjarige preventieprogramma's, bestaand uit meerdere componenten en gericht op verschillende mentale gezondheidsuitkomsten.

Vervolgend bespraken we de overzichtsstudie van Stice en Shaw uit 2004 die de preventie van eetstoornissen centraal stelt. Vooral gedragsmatige programma's om niet adaptief gedrag te veranderen en cognitieve programma's gericht op ongunstige

gedachten/houdingen leken werkzaam in het voorkomen van eetstoornissen. Daarbij werd meer effect geboekt met selectieve preventie dan met universele preventie. Tot slot kwam de vroegtijdige interventie ‘Partners for Learning’ van Sparling e.a. (1995) aan de orde naar aanleiding van de evaluatie door Ramey en Ramey (1998). Dit programma bleek effectief in het bevorderen van de intelligentie van hoog-risico kinderen in hun eerste drie levensjaren.

#### 4.8 Preventie van meervoudige of overige problematiek: Nationale overzichtsstudies

In de literatuur vonden wij geen nationale overzichtsstudies met betrekking tot de preventie van meervoudige of overige problematiek. Wel vonden we enkele studies die gericht waren op zowel diverse problematiek als diverse risicofactoren. Zij stelden bijvoorbeeld de context van de Jeugdzorg centraal. Zie voor deze studies Paragraaf 4.18 aan het einde van dit hoofdstuk.

##### Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het kind

In de voorgaande paragrafen hebben wij een schets gemaakt van de overzichtsstudies die wij vonden in de internationale en nationale literatuur, die gericht waren op de preventie van een specifiek type problematiek: internaliserende, externaliserende, dan wel meervoudige of overige problematiek. Naar aanleiding van onze literatuurstudie vonden wij echter ook publicaties waarin niet de preventie van een bepaald type problematiek centraal stond, maar waarin primaire studies beschreven werden die een door risicofactoren gedefinieerd risico centraal stelden. Op dit gebied werd bijvoorbeeld het merendeel van de internationale overzichtsstudies (24 stuks) gevonden. In Figuur 1 (pagina 10) was te zien dat risicofactoren en protectieve factoren gevonden kunnen worden op verschillende niveaus: het niveau van het kind, het niveau van het gezin of de opvoedingscontext, en het niveau van de bredere sociale context. Om te beginnen gaan we hier in op overzichtsstudies waarin de risicofactoren op het niveau van het kind centraal stonden.

#### 4.9 Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het kind: Internationale overzichtsstudies

Tabel 8: Internationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor preventieve interventies in gezinnen met aanwezige risico's op het niveau van het kind.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Scott, Harmsen, Pricor, Sowden, & Watt, 2006	Kinderen met kanker	Syst. Review	9	e)	3 jaar en 9 maanden - 25 jaar

1) Systematische overzichtsstudie (Syst. Review)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

In Tabel 8 hierboven is te zien dat wij slechts één internationale overzichtsstudie waarin aanwezige risico's op het niveau van het kind de primaire aandacht hadden. Het betrof een systematische overzichtsstudie van The Cochrane Collaboration uit 2006 (Scott, Harmsen, Pricor, Sowden, & Watt, 2006) naar de begeleiding van kinderen met kanker. Scott en collega's geven een overzicht van negen studies: 3 RCT's, 2 niet-gerandomiseerde maar wel gecontroleerde studies, 1 niet-gerandomiseerde studie met

een historische controlegroep en 2 ongecontroleerde studies met een voor- en een nameting.

De studies die in het overzicht van Scott e.a. (2006) aan bod kwamen, waren divers in het type interventie dat geëvalueerd werd, de mensen die participeerden en de uitkomsten die werden gemeten. Er werden 2 groepstherapeutische programma's besproken (Baider & De-Nour, 1989; Heiney e.a., 1988); 2 programma's gericht op herintegratie van de jeugdige patiënten op school (Katz e.a., 1988; Varni e.a., 1993); 2 informerende programma's die gebruikmaakten van computers (Dragone e.a., 2002; Petersen, 1996); 1 interventie die gebruikmaakte van spel en het vertellen van verhalen (Frick & DelPo, 1987); 1 programma bestaand uit kunstzinnige therapie (Favara-Scacco e.a., 2001); en tot slot 1 driedelige onderwijzende interventie om zelfverzorging en zelfredzaamheid te bevorderen (Hinds e.a., 2000). Scott en collega's evalueerden de effecten van deze verschillende interventies op de communicatie met de jeugdigen over hun kanker, de behandeling en de implicaties. Hun uitgangspunt was dat betere communicatie over de kanker de kinderen en adolescenten mogelijk kon helpen om de ziekte en haar behandeling beter te begrijpen en om beter om te gaan met hun kanker. Zorgen over hun ziekte en de behandeling konden anders mogelijk resulteren in ontwikkelingsproblemen, psychologische en/of gedragsmatige problematiek. Scott e.a. (2006) vonden dat de programma's die gebruikmaakten van computers leidden tot verbeteringen in kennis over het ziektebeeld en gevoelens van controle over de ziekte. De kunstzinnig therapie had geleid tot meer positief en meewerkend gedrag van de kinderen tijdens de pijnlijke procedures. De school herintegratieprogramma's hadden positief effect op psychologisch en sociaal welbevinden en gedragsproblemen. Concluderend kan gesteld worden dat interventies om communicatie te verbeteren bij kinderen en adolescenten met kanker slechts beperkt geëvalueerd zijn. Het beperkte bewijs dat bestaat suggereert dat sommige jeugdigen met kanker baat kunnen hebben bij specifieke programma's die voorzien in informatie of herintegratie op school en bij sociale activiteiten faciliteren. Meer onderzoek om het effect van de hier besproken en andere interventies te onderzoeken zijn gewenst, aldus Scott e.a. (2006).

#### 4.9.1 *Conclusie*

We vonden slechts één internationale overzichtsstudie waarin in het bijzonder interventies in steekproeven met hoog risico op het niveau van het kind centraal stonden. Het betrof in deze overzichtsstudie kinderen met kanker (Scott e.a., 2006). Deze kinderen bleken baat te kunnen hebben bij programma's die hen informeerden over de ziekte en behandeling en hun begeleidde in deelname aan het schoolprogramma of sociale activiteiten. Alleen bij deze herintegratieprogramma's is evidentie gevonden voor een preventief effect op gedragsproblemen.

Wij vonden geen overzichten van opgroei- en opvoedondersteuning in steekproeven die uitsluitend bestonden uit premature kinderen, kinderen met een laag geboortegewicht, of bijvoorbeeld kinderen met een moeilijk temperament. Dit neemt niet weg dat er in de overzichtsstudies primaire studies meegenomen kunnen zijn waarin één van deze populaties centraal stonden.

#### 4.10 **Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het kind: Nationale overzichtsstudies**

In aansluiting op de beperkte informatie die we internationaal gezien vonden met betrekking tot preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het kind, vonden wij géén nationale overzichtsstudies op dit terrein.

### **Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Kindermishandeling**

In het hier volgende zullen we aandacht besteden aan overzichtsstudies bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext. Daarbij zullen we eerst specifiek ingaan op studies met betrekking tot kindermishandeling. In situaties van kindermishandeling is de gezins- of opvoedingscontext ernstig verstoord, waardoor sprake is van een (zeer) hoog risico op het ontstaan van psychosociale problematiek van het kind. Let wel, kindermishandeling kan ook buiten de gezinscontext plaatsvinden. In dat geval is sprake van geweld in de publieke ruimte en ligt ‘het risico’ niet zozeer verankerd op gezinsniveau, echter meer op het niveau van het kind (als ingrijpende levensgebeurtenis). Echter, in de context van deze studie was het niet mogelijk om dit onderscheid te maken en is er voor gekozen om alle overzichtsstudies te ordenen in de categorie ‘*overzichtsstudies bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext*’. Dit neemt niet weg dat overzichtsstudies van primair onderzoek naar programma’s gericht op mishandeling in de publieke omgeving niet zijn meegenomen in dit onderzoek.

Kindermishandeling is in de Nederlandse wetgeving gedefinieerd als (Wet op de Jeugdzorg, artikel 1, lid m):

“elke vorm van, voor de minderjarige, bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of onvrijheid staat, actief of passief, opdringen waardoor ernstige schade wordt of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel. Hieronder vallen ook verwaarlozing en onthouden van essentiële hulp, medische zorg en onderwijs”.

Hierbij aansluitend wordt in deze studie onder kindermishandeling zowel seksueel misbruik, fysieke mishandeling, fysieke verwaarlozing, emotionele mishandeling en emotionele verwaarlozing verstaan<sup>39</sup>. In onze internationale literatuurstudie zochten we naar publicaties waarin een overzicht gegeven werd van interventies ter preventie van kindermishandeling bij hoog-risico kinderen, of het ondersteunen van kinderen en/of gezinnen waarin reeds sprake was van kindermishandeling om zodoende psychosociale problematiek en het herhalen van de mishandeling te voorkomen.

#### **4.11 Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Kindermishandeling: Internationale overzichtsstudies**

In Tabel 9 zijn de 12 internationale overzichtsstudies weergegeven die we vonden met betrekking tot interventies ter preventie van kindermishandeling of de begeleiding van mishandelde kinderen. Deze 12 studies staan centraal in deze paragraaf.

<sup>39</sup> Waar de term ‘kindermishandeling’ gebruikt wordt, is dus mogelijk sprake van één of meerdere van deze verschillende vormen van mishandeling: seksueel misbruik, fysieke mishandeling, fysieke verwaarlozing, emotionele mishandeling en emotionele verwaarlozing.



Tabel 9: Internationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor preventieve interventies in gezinnen met aanwezige risico's op het niveau van het gezin/de opvoedingscontext: Kindermishandeling.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Barlow, Johnston, Kenrick, Polnay & Stewart-Brown, 2006	Kindermishandeling	Syst. Review	7	a) d)	0-19 jaar
Chaffin & Friedrich, 2004	Kindermishandeling	Trad. Review	NG <sup>3)</sup>	a) d)	NG <sup>3)</sup>
Geeraert, Grietens, & Hellinckx, 2002	Hoog risico voor kindermishandeling	Syst. Review	19	a) d)	Prenataal - 3 jaar
Geeraert, Van den Noortgate, Grietens, & Onghena, 2004	Hoog risico voor kindermishandeling	Meta-analyse	40	a) d)	Prenataal - 3 jaar
Guterman, 1999	Hoog risico voor kindermishandeling	Meta-analyse	7	a) d)	Aanvang prenataal of bij geboorte
Kaplan, Pelcovitz, & Labruna, 1999	(Hoog risico voor) Kindermishandeling	Trad. Review	NG <sup>3)</sup>	a) d)	NG <sup>3)</sup>
Oates & Bross, 1995	Kindermishandeling	Syst. Review	25	a) d)	NG <sup>3)</sup>
Reeker, Ensing, & Elliott, 1997	Kindermishandeling	Meta-analyse	15	a) d)	3-17 jaar
Roberts, Kramer, & Suissa, 1996	Kindermishandeling	Syst. Review	11	a) d)	NG <sup>3)</sup>
Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000	Kindermishandeling	Trad. Review	NG <sup>3)</sup>	a) d) e)	3-14 jaar
Skowron & Reinemann, 2005	Kindermishandeling	Meta-analyse	21	a) d)	Gemiddeld 6.28 jaar standaard-deviatie 4.25
Thomlison, 2003	Kindermishandeling	Syst. Review	9	a) d)	Merendeels: prenataal - 13 jaar

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review), systematische overzichtsstudie (Syst. Review) of Systematische meta-analyse (Meta-analyse)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

#### 4.11.1 Beschrijvende internationale overzichten van wetenschappelijke kennis met betrekking tot interventies bij kindermishandeling

Allereerst vonden we twee meer traditionele, beschrijvende overzichtsstudies van Kaplan, Pelcovitz, & Labruna (1999) en van Saywitz, Mannarino, Berliner en Cohen (2000). Kaplan e.a. bespraken voor de klinische praktijk 'relevante' literatuur met betrekking tot fysieke en emotionele mishandeling en verwaarlozing die in de voorliggende 10 jaar was gepubliceerd (1988-1998). In de literatuur vonden zij dat tot dan toe programma's zich vooral gericht hadden op de reductie van mishandeling door mishandelende en verwaarlozende ouders een combinatie te bieden van sociale steun, vaardigheden voor woedebeheersing en opvoedondersteuning. Ter begeleiding van

jonge slachtoffers van mishandeling of verwaarlozing werden vaak vormen van dagopvang ingezet om zodoende de slachtoffers een veilige, steunende omgeving te bieden met mishandeling-specifieke vormen van interventie. Kaplan en collega's vonden dat een dergelijke combinatie kan leiden tot een verbetering in verstoorde sociale en cognitieve vaardigheden en een toename van zelfvertrouwen.

Voor wat betreft psychotherapie voor mishandelde kinderen verwezen Kaplan en collega's (1999) naar de studie van Oates en Bross (1995; zie hieronder). Zij concludeerden dat er slechts weinig onderzoek op dit gebied was verricht en dat het bovendien studies betrof die slechts voldeden aan minimale onderzoeksstandaarden. Er was op het moment van de studie (Kaplan e.a., 1999) enige aanwijzing dat programma's waarin probleemgezinnen thuis bezocht worden in intensieve en laagdrempelige vormen konden helpen om de thuissituatie te verbeteren, problemen van het kind te verkleinen en kindermishandeling te voorkomen. Zie op dit gebied onder andere ook de studie van Roberts, Kramer en Suissa (1996) die hieronder nog apart aan bod zal komen. Concluderend gaven de auteurs (Kaplan e.a., 1999) aan dat effectstudies naar preventie- en interventieprogramma's op het gebied van kindermishandeling relatief zeldzaam waren en vaak belangrijke methodologische beperkingen hadden.

Ook Saywitz en anderen (2000) gaven een meer beschrijvend overzicht van de stand van zaken, echter zij richtten zich specifiek op seksueel misbruikte kinderen en adolescenten. Ze bespraken een overzichtsstudie van Finkelhor en Berliner (1995) waarin 29 primaire studies aan bod kwamen. Ze gingen verder wat dieper in op een aantal op dat moment recente primaire studies, te weten die van Deblinger, Lippman, & Steer (1996); Celano, Hazzard, Webb, & McCall (1996); en Cohen en Mannarino (1996, 1998). Dit betrof cognitief-gedragsmatige behandeling van mishandelde jeugdigen, waarbij de studie van Celano e.a. zich alleen op meisjes richtte. Saywitz e.a. (2000) vonden dat veel symptomen geassocieerd met seksuele mishandeling van kinderen positief te beïnvloeden zijn door professionele interventies, hoewel er ook invloed is van andere factoren (b.v. de intensiteit waarmee ouders op de mishandeling reageren, de houding van de kinderen, en aanpassingsvermogen van het gezin). Met name mishandelingspecifieke programma's met een cognitieve en gedragsmatige component werden positief geëvalueerd. Wel werden inconsistente resultaten gevonden op symptomen van posttraumatische stress. Saywitz e.a. (2000) bediscussieerden daarbij de moeite van onderzoekers om dergelijke symptomen betrouwbaar te meten, vooral omdat er bij seksueel misbruik sprake kan zijn van zeer specifieke symptomen. Meer onderzoek was volgens hen nodig om precies te kunnen bepalen hoe de effecten op dergelijke symptomen zijn. Daarbij merkten ze op dat wanneer de posttraumatische stress niet zeer ernstig is en het om oudere kinderen gaat zij mogelijk het misbruik en hun gevoelens daarover al spontaan bespreken, waardoor sprake is van plafond effecten in de controlecondities van onderzoek. Tot slot kon volgens Saywitz e.a. (2000) de betrokkenheid van niet-mishandelende ouders nodig zijn om reducties te bewerkstelligen in externaliserende problematiek (agressie) of seksistisch gedrag van jonge kinderen als gevolg van mishandeling.

#### 4.11.2 *Systematische internationale overzichten van effectstudies naar interventies bij kindermishandeling*

We vonden in onze internationale literatuurstudie een vijftal systematische internationale overzichten van effectstudies naar interventies bij kindermishandeling. Het betrof:

- Een overzicht uit 1995 door Oates en Bross naar fysieke kindermishandeling;

- Een overzicht uit 1997 door Roberts, Kramer en Suissa naar de inzet van huisbezoeken in hoog-risico gezinnen ter preventie van letsel van kinderen;
- Een overzicht uit 2002 door Geeraert, Grietens & Hellinckx naar essentiële elementen van vroegtijdige preventieprogramma's voor gezinnen met een aanwezig hoog risico op fysieke kindermishandeling en -verwaarlozing;
- Een overzicht uit 2003 door Thomlison naar kenmerken van evidence-based interventies op het gebied van kindermishandeling;
- Een Cochrane review uit 2006 door Barlow, Johnston, Kendrick, Polnay en Stewart-Brown naar interventies bij fysieke kindermishandeling en -verwaarlozing.

Oates en Bross (1995) deden een literatuurstudie naar publicaties tussen 1983 en 1992 over interventies voor fysiek mishandelde kinderen of fysiek mishandelende ouders. Er werden uitkomsten beschreven voor zowel fysieke mishandelde als verwaarloosde kinderen. Ze besproken totaal 12 publicaties over interventies voor mishandelende ouders<sup>40</sup> en 13 publicaties over interventies voor fysiek mishandelde kinderen<sup>41</sup>. Het betrof een brede range van interventies waarbij de meest gebruikte interventie voor kinderen (6 studies, is 46%) een dagopvang met behandeling was waarbij aandacht besteed werd aan ontwikkelingsvaardigheden. De programma's duurden 4 weken tot 12 maanden voor ouders en 4 weken tot 24 maanden voor kinderen.

Oates en Bross (1995) vonden dat de programma's in de studie uiteenlopende successen boekten. Omdat successen bereikt werden met verschillende programma's concludeerden zij dat er geen standaard vorm van behandeling was aan te bevelen. Daarbij bleek dat in veel studies sommige gezinnen niet profiteerden van de aangeboden interventies en dat veel programma's geen of een zeer korte follow-up hadden dus dat niet duidelijk was of de andere effecten standhielden. Eerder beschreven we al de conclusies van Kaplan en collega's (1999) dat er slechts weinig onderzoek op dit gebied was verricht en dat het bovendien studies betrof die slechts voldeden aan minimale onderzoeksstandaarden. Kortom, meer onderzoek was gewenst en volgens Oates en Bross zou dit toekomstige onderzoek gericht moeten zijn op grondige evaluaties en langere follow-up van programma's bij fysieke kindermishandeling. Nu is de studie van Oates en Bross al enigszins gedateerd. We zullen deze paragraaf steeds recentere systematische reviewstudies bespreken om te kunnen constateren of er al meer onderzoek verricht is op dit gebied en wat op dit moment de lacunes zijn.

In 1996 beschreven Roberts en collega's een systematisch literatuuronderzoek naar RCT's van programma's met huisbezoeken ter preventie van letsel van kinderen. Totaal deed het overzicht verslag van 11 studies, waarvan 8 studies effecten evalueerden op de preventie van letsel bij kinderen<sup>42</sup> en 9 studies (eveneens) effecten op kindermishandeling<sup>43</sup>. In de eerste categorie werd ook het Elmira project van Olds meegenomen waarvan we eerder zagen dat het een effectief programma was in de preventie van externaliserende problematiek van kinderen (overzichten Bernazzani e.a., 2001; Tremblay & Japel, 2003).

<sup>40</sup> Barth e.a., 1983; Brunk e.a., 1987; Golub e.a., 1987; Healy, 1991; Hornick & Clarke, 1986; Irueste-Montes & Montes, 1988; Land, 1986; Lutzker & Rice, 1984; Miller e.a., 1984; Nicol e.a., 1988; Rivara, 1985; Whiteman e.a., 1987

<sup>41</sup> Bradley e.a., 1986; Culp, Heide e.a., 1987; Culp e.a., 1991; Culp, Richardson e.a., 1987; Elmer, 1986; Fantuzzo e.a., 1988; Gabel e.a., 1988, 1990; Parish e.a., 1985; Ack e.a., 1987; Sankey e.a., 1985; Timmons-Mitchell, 1986; Wood e.a., 1988

<sup>42</sup> Dawson e.a., 1989; Gray e.a., 1979; Hardy & Streett, 1989; Infant Health and Development Program (IHDP), 1995; Johnson e.a., 1993; Larson, 1980; Lealman, 1983; Olds e.a., 1986

<sup>43</sup> Barth, 1991; Dawson e.a., 1989; Gray e.a., 1979; Hardy & Streett, 1989; Johnson e.a., 1993; Lealman, 1983; Marcenko & Spence, 1994; Olds e.a., 1986; Siegel e.a., 1980

Bij zes van de acht RCT's die effecten rapporteerden op de incidentie van letsel werd in de interventiegroepen die huisbezoeken kregen minder verwondingen van kinderen gerapporteerd. Onder deze zes effectieve interventies viel ook het Elmira Project. Alhoewel de effectiviteit van huisbezoeken mogelijk afhankelijk is van timing, duur en intensiteit werden voor effecten op letsel van kinderen geen duidelijke heterogeniteit gezien tussen de verschillende studies (Roberts e.a., 1996). Met andere woorden: ondanks verschillen in studiekenmerken waren de effecten die in de verschillende publicaties beschreven werden tamelijk eenduidig.

De effecten op kindermishandeling varieerden wel meer tussen de studies; zowel in grootte als in richting van het effect. In 4 studies was de kindermishandeling in de groep met huisbezoeken kleiner, terwijl in 5 studies juist meer kindermishandeling in de bezochte groep werd gevonden in vergelijking tot de controlegroep. De auteurs vermeldden hierbij dat de validiteit binnen deze negen studies te wensen over liet. Zo heeft de aanwezigheid van de ondersteuner in de gezinnen mogelijk – door meer toezicht - geresulteerd in meer *meldingen* van kindermishandeling dan anders zonder dat daadwerkelijk sprake was van meer mishandeling. Roberts e.a. (1996) gaven daarom aan dat de bruikbaarheid van meldingen van kindermishandeling als uitkomstmaat mogelijk heroverwogen dient te worden.

Concluderend deden de auteurs over de effecten van huisbezoeken op de preventie van kindermishandeling geen krachtige uitspraken. Voor wat betreft effecten op verwondingen waren hun conclusies wel scherper. Gezien het kleine aantal interventies ter preventie van verwondingen van kinderen dat in RCT's effectief was in reductie van letsel, verdienen huisbezoeken ter preventie van letsel volgens de auteurs nadere aandacht (Roberts e.a., 1996).

#### 4.11.3 *Effectieve elementen van programma's ter preventie van kindermishandeling en begeleiding van mishandelde kinderen*

In de systematische overzichtsstudies van Geeraert e.a. (2002) en Thomlison (2003) werd door de auteurs een poging gedaan om effectieve elementen van interventies in kaart te brengen. Geeraert en collega's rapporteerden over 19 effectstudies van interventieprogramma's gericht op de preventie van kindermishandeling in hoog-risico gezinnen<sup>44</sup>. Hiervan vonden 11 interventies plaats bij de mensen thuis.

Geeraert e.a. (2002) onderscheidden op basis van (a) een kwalitatieve evaluatie van de indicaties die gerapporteerd werden door de auteurs van de geselecteerde programma's; en (b) suggesties die in de vakliteratuur op dit terrein gevonden kunnen worden, de volgende factoren als essentiële elementen van programma's ter preventie van kindermishandeling:

##### *Inhoudelijk:*

- 1) Een relatie tussen de hulpverlener en cliënt met de motivatie van de cliënt om geholpen te worden: Volgens Geeraert e.a. (2002) is het belangrijk om door de weerstand van de participanten heen te breken en een optimale werkrelatie op te bouwen. Hiervoor zijn specifieke vaardigheden, kennis en creativiteit/flexibiliteit nodig.
- 2) Sensitiviteit voor de complexiteit en veelomvattendheid: Het is volgens de auteurs belangrijk om zorg te dragen voor cq alert te zijn op a) de ouder-kind interactie, b) de persoonlijke problemen van de ouder, c) de leefomstandigheden van het gezin, en d) het steunend netwerk van het gezin.

<sup>44</sup> Zie de publicatie van Geeraert e.a. (2002) voor een overzicht van de 19 geëvalueerde studies.

- 3) Afstemming op de behoeften van de cliënt: De geleverde steun zou afgestemd moeten zijn op de behoeften en mogelijkheden van ieder specifiek gezin.

*Vormtechnisch:*

- 4) Huisbezoeken: Veel auteurs beschouwen huisbezoeken als één van de beste interventiestrategieën.
- 5) Vroegtijdig: Succesvolle preventieve interventies zouden volgens de auteurs vroeg moeten starten (volgens sommigen al voor de geboorte).
- 6) Duurzaam en intensief: De interventies zouden gepland moeten worden op een langere termijn en intensieve basis. Echter, over de exacte lente en intensiteit is geen overeenstemming. Geeraert e.a. deden een suggestie voor huisbezoeken eens of tweemaal per week met een reductie van het aantal contacten als vorderingen gemaakt worden.

*Structureel en organisatorisch:*

- 7) Expertise: Het belang van de professionaliteit van hulpverleners en huisbezoekers voor het bereiken van preventieve effecten wordt regelmatig onderschreven.
- 8) Training en supervisie: Soortgelijk wordt in publicaties het belang van training en supervisie van hulpverleners onderschreven.
- 9) Samenwerking: Geeraert e.a. wezen in hun overzicht ook op het belang van samenwerking met andere organisaties in de gemeenschap.
- 10) Geen stigmatisatie: Om stigmatisatie te voorkomen zou hoog-risico gezinnen vrijwillige preventie services geboden worden die open gesteld zijn voor alle gezinnen.

De auteurs analyseerden geen, wat zij noemden 'onspecifieke elementen', zoals de werkdruk van hulpverleners, communicatie tussen hulpverleners, het gebruik van behandelplannen, financiële middelen, enzovoorts, omdat deze van belang geacht werden voor elk type zorg en niet alleen voor zorg met betrekking tot kindermishandeling. Daarbij zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen bij bovenstaande lijst: De meeste elementen die gepresenteerd werden waren gebaseerd op een beschrijvende vergelijking van de effecten van verschillende programma's. Ze waren dus slechts hypothetisch. Daarnaast geven ze slechts richting, doordat ze vrij globaal geformuleerd werden. Hoe dient de kennis die hulpverleners zouden moeten hebben bijvoorbeeld in de praktijk concreet vorm te krijgen? De lijst is verder vooral gebaseerd op effectonderzoek. Het zou goed zijn ook te kijken naar ander type onderzoek, bijvoorbeeld beschikbare informatie in procesevaluaties. Op één studie na waren alle onderzoeken uitgevoerd in de Verenigde Staten. De vraag is of deze informatie ook te generaliseren is naar situaties buiten de Verenigde Staten. Tot slot is niet duidelijk of interventies die vormgegeven worden volgens bovenstaande kenmerken ook werkzaam zijn in het reduceren van andere vormen van mishandeling; met name seksueel misbruik en emotionele mishandeling.

Ook Thomlison (2003) ging op zoek naar overeenkomstige kenmerken van evidence-based interventies. Zij richtte zich echter niet op kenmerken ter preventie van kindermishandeling in hoog-risico gezinnen, maar op de begeleiding van reeds mishandelde kinderen en hun problematische gedrag. Ze evalueerde studies die gepubliceerd waren tussen 1980 en 2003 en maakte onderscheid naar een aantal niveaus van effectiviteit (Rice e.a., 2003):

*Niveau 1 (goed ondersteunde effectieve interventie met positief effect aangetoond in meer dan 2 RCT's)*

- 1) Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (Cohen & Mannarino, 1993; Deblinger e.a. 1999)
- 2) Incredible Years (o.a. Webster-Stratton, 2000);
- 3) Nurse Family Partnership (o.a. Olds, 2002);

*Niveau 2 (ondersteunde en waarschijnlijk effectieve interventie met positief effect aangetoond in minimal 2 quasi-experimentele studies of tenminste 1 RCT)*

- 4) Vroegtijdige pleegzorg (Fisher & Chamberlain, 2000);
- 5) Multisystematische gezinsbehandeling (MST; Brunk e.a., 1987; Henggeler e.a., 1998);

*Niveau 3 (ondersteunde en acceptabele interventie met positief effect aangetoond in vergelijkingsstudies, correlatieve studies of case control studies; 1 niet-gerandomiseerde studie; of een ander type quasi-experimentele studie)*

- 6) Resilient Peer Training (Fantuzzo e.a., 1996);
- 7) Ouder-kind educatie voor fysiek mishandelende ouders (Wolfe, 1994; Wolfe e.a., 1988);
- 8) Social Support Network (Gaudin e.a., 1990; Lutzker e.a., 1998);

*Niveau 4 (veelbelovende en acceptabele interventies met bewijsvoering door experts of klinische ervaring van een autoriteit of beiden)*

- 9) Project 12-Ways (o.a. Gershater-Molko e.a., 2002).

De resultaten van deze programma's suggereerden dat de sterkste effecten behaald worden door a) te focussen op ouders en de ouder-kind interactie, b) in de thuissituatie, c) gedurende de vroege kindertijd, d) met behulp van interventies bestaande uit meerdere componenten, e) aangeboden door professionele hulpverleners, f) gericht op opvoedingsvaardigheden van de ouders, g) in hoog-risico gezinnen. Verder benadrukte de auteur dat er geen enkele interventie volledig gevalideerd is voor iedere klinische of praktijk setting. Daarom deed zij een aanbeveling nader onderzoek te doen om de elementen van interventies te onderzoeken die meer of minder effectiviteit bepalen bij verschillende vormen van kindermishandeling en onder verschillende omstandigheden (b.v. bij armoede, middelengebruik, ouderlijke depressie).

De laatste systematische overzichtsstudie die we vonden betreft een recente Cochrane review van de hand van Barlow en collega's (2006). In deze studie werd door de auteurs een overzicht gegeven van effectstudies van individuele en groepsgerichte opvoedingsprogramma's ter preventie van fysieke mishandeling en verwaarlozing van kinderen. De auteurs gaven een overzicht van een zevental RCT's<sup>45</sup>. De studies richtten zich op ouders van kinderen jonger dan 19 jaar oud. Het betrof ouders die eerder fysiek mishandelde of verwaarloosde, waarbij het doel was de herhaling van kindermishandeling te voorkomen.

Studies die effecten beschreven op de incidentie van fysieke mishandeling wezen niet op bewezen effectiviteit van opvoedondersteuning ter preventie van fysieke mishandeling. Wel werd enig bewijs gevonden dat sommige ouderprogramma's effectief zouden kunnen zijn in het bevorderen van enkele met kindermishandeling geassocieerde uitkomstmaten, zoals ouderlijke vaardigheden, woede, stress en ouderlijk disciplineren. Daarbij leken programma's die specifiek gericht waren op bijvoorbeeld de reductie van factoren als woede en stress effectiever dan ouderprogramma's die

<sup>45</sup> Brunk e.a., 1987; Chaffin e.a., 2004; Egan, 1983; Hughes & Gottlieb, 2004; Kolko, 1996; Terao, 1999; Wolfe e.a., 1981.

dergelijke componenten niet meenamen. Cognitieve gedragstherapie en ouder-kind interactietherapie leken de meest veelbelovende methoden (Barlow e.a., 2006). De auteurs noemden verder de rol die een 'gevestigd' programma als 'Incredible Years' van Webster-Stratton (2000; zie ook Hughes & Gottlieb, 2004; Thomlison, 2003) kan spelen in de preventie van een met kindermishandeling geassocieerde opvoeding door ouders. Incredible Years is een opvoedingsondersteunende serie met aandacht voor zowel de thuis- als schoolsituatie. Binnen het programma krijgen ouders onder andere vaardigheden aangeleerd om de sociale competentie van hun kind te vergroten en problematisch gedrag te reduceren. Zij leren effectief om te gaan met of in te gaan op gedrag van hun kind dat zij als lastig ervaren. Het programma is ontwikkeld om jonge kinderen met gedragsproblemen sociaal competent te maken en probleemgedrag te voorkomen of reduceren (zie ook hierboven: Brezinka, 2002; Paragraaf 4.6). In het onderzoek van Hughes en Gottlieb (2004) dat door Barlow en collega's werd aangehaald, droeg het programma bij aan positief ouderlijke handelen van mishandelende moeders.

Barlow en collega's (2006) formuleerden een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Zij wezen op de lacune voor wat betreft meer grondig onderzoek naar de effectiviteit van ouderprogramma's in de secundaire preventie van fysieke kindermishandeling. Daarbij adviseerden zij onderzoekers om gemeenschappelijke uitkomsten te formuleren door gebruik te maken van gestandaardiseerde instrumenten en de inclusie van objectieve metingen van de effecten op de incidentie van kindermishandeling zoals het aantal kinderen dat gemeld wordt bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en het aantal verwondingen.

4.11.4 *Systematische meta-analyses van effectstudies naar interventies bij kindermishandeling*  
Naast de hierboven samengevatte systematische overzichtsstudies van effectstudies naar interventies bij kindermishandeling, vonden wij ook vier meta-analyses op dit gebied. Het betrof:

- Een metastudie uit 1997 door Reeker, Ensing en Elliott naar groepsbehandeling voor seksueel misbruikte jeugdigen;
- Een metastudie uit 1999 door Guterman naar vroegtijdige huisbezoeken ter preventie van fysieke mishandeling en verwaarlozing van kinderen;
- Een metastudie uit 2004 door Geeraert, Van den Noortgate, Grieten en Onghana naar secundaire preventie van fysieke mishandeling of verwaarlozing bij kinderen tot en met 3 jaar oud;
- En een metastudie uit 2005 door Skowron en Reinemann naar de begeleiding van mishandelde kinderen.

Allereerst vonden wij dus een meta-analyse van Reeker en collega's (1997). Reeker e.a. onderzochten behandelgroepen voor seksueel misbruikte kinderen of adolescenten tussen 3 en 17 jaar oud. Totaal kwamen 15 studies aan bod. Negen hiervan waren alleen gericht op meisjes, twee alleen op jongens en vier op zowel meisjes als jongens. Eerder bespraken we de traditionele meer verhalende overzichtsstudie van Saywitz e.a. (2000; zie Paragraaf 4.11.1). In die studie kwamen andere programma's aan bod dan in deze studie van Reeker e.a. van 3 jaar daarvoor<sup>46</sup>.

Reeker en collega's (1997) vonden een gemiddelde effectgrootte<sup>47</sup> van 0.79. Zij onderzochten of ouderrapportage of zelfrapportage door de jeugdigen; en categorie uitkomstmaat (zelfvertrouwen/ algemene onrust/ internaliserende symptomen/ externaliserende symptomen) van invloed waren op de gevonden effecten. Dit bleek

<sup>46</sup> Voor een overzicht van de 15 studies die Reeker e.a. bespraken, verwijzen wij naar de referentielijst in het betreffende artikel (Reeker e.a., 1997).

<sup>47</sup> Reeker e.a. (1997) berekenden de effectgrootte van studies als volgt: (verschil tussen gemiddelden voor en na de interventie) / samengestelde standaarddeviatie. Vervolgens werd gecorrigeerd voor steekproefomvang.

niet het geval te zijn. Wel werd een niet-significante trend gevonden voor grotere effecten in groepen die alleen uit meisjes bestonden.

Reeker e.a. (1997) concludeerden dat de resultaten van deze meta-analyse bevestigen dat effectieve groepsbehandelingen voor seksueel misbruikte jeugdigen bestaan en dat deze meta-analyse kan fungeren als vergelijkingsmateriaal voor onderzoekers met toekomstige uitkomsten van onderzoek in deze populatie. Volgens de auteurs was nader onderzoek gewenst naar effecten binnen verschillende leeftijdsgroepen, de effecten binnen groepen van gemengd geslacht versus alleen jongens of meisjes, en effecten van groepsbehandeling van verschillende lengte. Tot slot bevalen ze aan in toekomstig onderzoek follow-up metingen te doen. Naast de eerder besproken studie van Saywitz e.a. (2000) vonden wij geen recentere overzichtsstudie met betrekking tot interventies bij seksueel misbruik.

Guterman (1999) gaf een meta-analytisch overzicht van vroegtijdige preventieprogramma's in de vorm van huisbezoeken ter preventie van fysieke mishandeling of verwaarlozing. Hij richtte zich op effectstudies van programma's ingezet in gezinnen alvorens sprake was van kindermishandeling. Hij probeerde in zijn meta-analyse ondermeer een antwoord te zoeken op de vraag of programma's beter universeel of selectief dan wel geïndiceerd ingezet konden worden. Daartoe includeerde hij 19 studies waarvan 12 universele programma's (Deelstudie I) en 7 programma's in hoog-risico populaties (Black e.a., 1994; Brayden e.a., 1993; Duggan e.a., 1999; Gray e.a., 1979; Lealmen e.a., 1983; Marcenko & Spence, 1994; Center on Child Abuse Prevention Research, 1996). Drie van deze programma's zagen we eerder ook besproken in het overzicht van Roberts e.a. (1996).

Guterman (1999) vond positieve effecten van zowel universele als selectieve of geïndiceerde benaderingen in de preventie van kindermishandeling met een trend in het voordeel van de populatiegerichte programma's<sup>48</sup>. De gevonden effecten van thuisinterventies zijn in lijn der verwachtingen gezien de publicaties van Roberts e.a. (1996), Geeraert e.a. (2002) en Thomlison (2003) die we eerder hierboven besproken. Roberts e.a. vonden effecten van huisbezoeken in de preventie van letsel bij kinderen. Geeraert e.a. en Thomlison beschreven als eigenschappen van meer effectieve interventies dat deze gemiddeld bij voorkeur thuis en vroeg in de ontwikkeling van de kinderen ingezet werden. Wat niet aansluit bij de genoemde bevorderende factoren van Thomlison is de door Guterman gevonden trend met betrekking tot de doelgroep van de interventies: in de meta-analyse leken programma's in de gehele populatie effectiever dan in hoog-risico populaties. Guterman gaf drie mogelijke verklaringen voor deze bevinding:

- De gebruikte psychosociale selectiemethoden waren mogelijk niet nauwkeurig in het voorspellen van toekomstige mishandeling waardoor mogelijk gezinnen met een kleine kans op mishandeling geselecteerd werden voor wie de programma's niet konden resulteren in een verkleind risico;
- Door te selecteren op hoog risico zijn mogelijk meer lastig te beïnvloeden gezinnen geworven terwijl de gezinnen die gevoeliger zouden zijn geweest voor de interventie uitgesloten werden;
- Psychosociale selectiemethoden resulteerden mogelijk in meer gezinnen voor wie huisbezoeken niet voldoende afgestemd waren op de behoeften van het gezin.

<sup>48</sup> Er werden door Guterman effecten gerapporteerd op het percentage meldingen van kindermishandeling in de controleconditie vergeleken met de interventieconditie (Pc - Pi). Voor selectieve en geïndiceerde programma's bedroeg dit effect -0.07% (bereik -4.6% tot 1.8%) en voor populatiegerichte programma's 3.72% (bereik -3.9% tot 8.3%). Daarnaast werden ook effecten op opvoedingsgedrag gerapporteerd aan de hand van *r* ('Pearson Product Moment Correlation', lopend van -1 tot 1 met de middelste waarde 0 als indicatie voor geen effect). De selectieve en geïndiceerde programma's hadden een effect van 0.02 (0.00 - 0.28) en de populatiegerichte programma's van 0.09 (0.00 - 0.48)



Guterman benadrukte echter dat er geen studies verricht waren die populatiegerichte en op screening gebaseerde wervingsmethoden in één effectonderzoek met elkaar vergeleken. Meer onderzoek op dit vlak was nodig volgens de auteur. De gevonden verschillen waren gebaseerd op psychosociale screeningsmethoden. Guterman suggereerde afsluitend dat een samengestelde strategie mogelijk meer vruchten af zou werpen. Hij dacht aan de inzet van interventies in specifiek leefmilieus - in het geheel - waar op basis van sociaal demografische kenmerken grotere subpopulaties verwacht mogen worden die waarschijnlijk baat zullen hebben bij de interventies. Denk bijvoorbeeld aan wijken met grotere groepen laag opgeleide ouders of tienermoeders. Op die manier wordt zonder inzet van een psychosociale selectiemethode mogelijk toch met geringe middelen een zo groot mogelijke groep bereikt.

Geeraert en collega's (2004) richtten zich net als Guterman op vroegtijdige interventieprogramma's. Geeraert e.a. richtten zich op interventies voor kinderen tot 3 jaar oud in hoog-risico groepen. Zij evalueerden 40 effectstudies die expliciet gericht waren op de preventie van kindermishandeling – waarin het ging om fysieke mishandeling of verwaarlozing door één of beide ouders – en gepubliceerd waren tussen 1975 en 2002.

Er werd gemiddeld een positief effect gevonden van vroegtijdige preventieprogramma's voor hoog-risico gezinnen met jonge kinderen (- 3 jaar oud) ter preventie van fysieke mishandeling en verwaarlozing (effect = 0.29). Er werd een significante afname gevonden in mishandelende en verwaarlozende gedragingen en daarnaast in factoren als negatief functioneren van de kinderen, de ouder-kind interactie, ouderlijk functioneren, gezinsfunctioneren en contextuele kenmerken. De effecten waren wel relatief klein te noemen en daarom benadrukten de auteurs dat terughoudendheid in tegenstelling tot overdreven optimisme op zijn plaats is. Zij deden de aanbeveling nader onderzoek te doen naar effectieve kenmerken van programma's waaronder de kenmerken van de doelgroepen in relatie tot de effecten. In lijn met de vragen die bleven na de meta-analyse van Guterman (1999) zouden deze auteurs graag verder zoeken naar een antwoord op de vraag hoe de selectie van hoog-risico gezinnen de effecten van interventies beïnvloeden. De selectiecriteria in deze studie waren zeer divers.

De meest recente meta-analyse die we vonden is van de hand van Skowron en Reinemann (2005). Zij richtten zich op de begeleiding van mishandelde kinderen en hun ouders. De gemiddelde leeftijd in de review was ruim zes jaar oud. Zij namen 21 effectstudies<sup>49</sup> mee gericht op 25 verschillende behandelingen. Omdat vaak sprake is van comorbiditeit besloten de auteurs alle verschillende vormen van kindermishandeling mee te nemen in het onderzoek.

Skowron en Reinemann (2005) vonden een gemiddeld effect van 0.54 wat betekent dat de participanten in de interventiegroepen gemiddeld beter af waren dan 71% van de deelnemers in de vergelijkingsgroepen. De auteurs bestempelden dit als 'enige eerste ondersteuning voor het gebruik van behandelingen voor kinderen/gezinnen met ervaringen van kindermishandeling'. Het grootste effect (0.53) werd gevonden op zelfrapportage variabelen van ouderlijke gedragingen en attitudes. Effecten voor objectieve gedragsobservaties van de gezinsleden waren het kleinst (0.21). Dit verschil tussen de verschillende uitkomstmaten is een aanwijzing voor de behoefte aan goed uitgewerkte uitkomstmaten die niet alleen zelfrapportage maar ook objectieve waarden meenemen, en relevant en betekenisvol zijn.

Skowron en Reinemann (2005) wezen er verder op dat de gevonden studies geen juiste afspiegeling vormden van de cijfers die bekend zijn over kindermishandeling: naar verhouding werden vrij veel studies gevonden met betrekking tot seksueel misbruik –

<sup>49</sup> Bagley & LaChance, 2000; Burch & Mohr, 1980; Celano e.a., 1996; Cohen & Mannarino, 1996, 1998; Culp e.a., 1987, 1991; Deblinger e.a., 1996; Elmer, 1986; Fantuzzo e.a., 1988; Gaudin e.a., 1990; Kolko, 1996; Moore e.a., 1998; Sankey e.a., 1985; Sullivan e.a., 1992; Szykula & Fleischman, 1985; Verleur e.a., 1986; Whiteman e.a., 1987; Wolfe e.a., 1981, 1988

ruim 30% van de gevonden studie terwijl naar schatting 10% van de mishandelde kinderen te maken hadden met seksueel misbruik. Daar tegenover werd over effecten van interventies bij verwaarlozing slechts één studie gevonden.

Tot besluit concludeerden de auteurs dat meer onderzoek essentieel is:

*Continued support for high quality child maltreatment intervention research is essential to build on these findings to reach more definitive conclusions about child maltreatment treatment effectiveness.*

#### 4.11.5 Conclusie

In het voorgaande deden wij verslag van 11 internationale overzichtsstudies op het terrein van kindermishandeling. We gingen in op 2 traditionele reviews, 5 systematische overzichtsstudies en 4 meta-analyses. Deze verschillende studies bieden ons een waardevolle hoeveelheid informatie. Ondanks dat in de gevonden effecten en evaluaties de nodige tegenstrijdigheden zaten, en ondanks dat er methodologisch de nodige verbeteringen denkbaar zijn, vonden de verschillende auteurs een aantal aanwijzingen voor kenmerken van effectieve programma's. Genoemd werden bijvoorbeeld het ingrijpen vroegtijdig in de ontwikkeling van de kinderen, interventies met behulp van huisbezoeken, programma's bestaand uit meerdere componenten, cognitief-gedragsmatige begeleiding van jongeren (slachtoffers), inzet van professionals en hoge intensiviteit van programma's.

Daarnaast werden een aantal mogelijk veelbelovende en effectieve programma's genoemd. Het gaat vooral om Incredible Years (Webster-Stratton, 2000) en het Nurse Family Partnership (o.a. Olds, 2002) op jonge leeftijd en de begeleiding van seksueel misbruikte jeugdigen later op latere leeftijd met cognitieve gedragsinterventies zoals die van Cohen en Mannarino (1993) of Deblinger e.a. (1999).

In het licht van bovenstaande komen we bij de laatste studie die te vinden was in Tabel 7 en hiervoor nog niet behandeld was. Dit betreft de studie van Chaffin en Friedrich uit 2004. Zij gaven een overzicht van evidence-based programma's met betrekking tot kindermishandeling. In het kader van onze deelstudie zijn met name de programma's a) ter preventie van fysieke kindermishandeling, b) ter preventie van seksueel misbruik en c) ter preventie van verwaarlozing relevant. Ad a noemden ook Chaffin en Friedrich het Nurse Family Partnership programma van Olds (2002). Zij gaven aan dat voor dit programma in noemenswaardige RCT's bewijs gevonden is met betrekking tot verschillende positieve effecten en dat het waarschijnlijk momenteel 'het best ondersteunde model is dat in de praktijk gebruikt wordt'. Als kanttekening werd in de publicatie door Chaffin en Friedrich vermeld dat bewijzen voor een afname in kindermishandeling variabelen alleen indirect gemeten zijn in enkele effectstudies. Ter preventie van seksueel misbruik gaven Chaffin en Friedrich geen suggestie. Er is 'simpelweg onvoldoende bewijs voor programma's ter preventie van slachtofferschap of daderschap op dit gebied', aldus de auteurs. Ter preventie van verwaarlozing werd Project 12-Ways (o.a. Gershater-Molko e.a., 2002) genoemd als één van de meest onderzochte en best ondersteunde programma's. Dit betreft een opvoedingsondersteuningsprogramma dat thuis aangeboden wordt en ouders onder andere traint in opvoedingsvaardigheden (zie ook de studie van Thomlison, 2003). Tot slot gingen Chaffin en Friedrich op basis van een project door het 'US Office for Victims of Crime (OVC, 2001) in op interventies voor kinderen die reeds slachtoffer waren van kindermishandeling binnen het gezin. Binnen dat project werden 24 studies samengevat. Er werd slechts één type behandeling als veelbelovend en effectief bestempeld en dat was traumagerichte cognitieve gedragstherapie zoals die van Cohen en Mannarino (1993) of Deblinger en collega's (1999) waar we hierboven ook aan refereerden.

Een aantal vraagtekens blijven. Zo is niet geheel duidelijk voor welke groepen de programma's met betrekking tot kindermishandeling het meest effectief zijn. Veel auteurs noemen de hoog-risico groepen, maar meer onderzoek is nodig om aan te duiden welke selectiemethode het meest geschikt is om dit risico te bepalen (o.a. Guterma, 1999). Daarnaast zouden procesevaluaties en effectonderzoek naar interventies op het gebied van verwaarlozing meer ruimte verdienen. Voor toekomstig onderzoek geldt in het algemeen dat meer aandacht voor follow-ups en goed gekozen gestandaardiseerde uitkomstmaten gewenst is.

#### 4.12 Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Kindermishandeling: Nationale overzichtsstudies

Met betrekking tot preventie bij (hoog risico voor) kindermishandeling vonden wij vier nationale overzichtsstudies (zie Tabel 10). Dit betrof twee boekhoofdstukken van Baartman uit 1996, een publicatie van Berger, Ten Berge en Geurts (2004) en één van de hand van Melief, Verkuyl en Flikweert (2000).

Tabel 10: Nationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor de preventie in gezinnen met aanwezige risico's op het niveau van het gezin/de opvoedingscontext: Kindermishandeling.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Baartman, 1996b	Hoog risico voor kindermishandeling	Syst. Review	15	a)	Primair: prenataal - 1 jaar
Baartman, 1996c	Kindermishandeling	Trad. Review	NG <sup>3)</sup>	a) d)	NG <sup>3)</sup>
Berger, Ten Berge, & Geurts, 2004	Kindermishandeling	Trad. Review (aanbod)	N.v.t.	a) d)	NG <sup>3)</sup>
Melief, Verkuyl, & Flikweert, 2000	Kindermishandeling	Syst. Review (aanbod)	N.v.t.	a) d) e)	12-18 jaar

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review) of Systematische overzichtsstudie (Syst. Review)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

In het eerste hoofdstuk van Baartman dat hierboven genoemd wordt in Tabel 10 (Baartman, 1996b), gaf Baartman een overzicht van vroegtijdige hulpverlening aan risicogezinnen met betrekking tot kindermishandeling. Het ging merendeels om alleenstaande moeders, dan wel gezinnen die uitkering afhankelijk waren en over weinig sociale steun beschikten. Daarnaast was soms spraken van depressie van de moeder, het als kind mishandeld zijn, een deplorabele jeugd, beperkt pedagogische besef of een verhoogd risico volgens de 'Child Abuse Potential Inventory' (Milner, 1986). Aansluitend verschilden de besproken programma's qua focus.

Totaal kwamen in het overzicht 15 studies en/of programma's aan bod<sup>50</sup>. Het merendeel betrof projecten die aanvingen voor, tijdens of binnen een jaar na de geboorte. Van de 15 programma's cq studies kwamen we alleen die van Armstrong (1981), Ayoub e.a. (1992) en Gabinet (1979) niet eerder tegen in de internationale literatuur. Baartman

<sup>50</sup> Armstrong, 1981; Ayoub e.a., 1992; Barth, 1991; Erickson e.a., 1992; Gabinet, 1979; Gray e.a., 1977; Jacobson & Frye, 1991; Larson, 1980; Lealman e.a., 1983; Lieberman e.a., 1991; Lyons-Ruth e.a., 1990; Olds e.a., 1986; Resnick, 1985; Siegel e.a., 1980; Wolfe e.a., 1988

(1996b) ging niet uitgebreid op ieder afzonderlijk programma in. Hij voorzag in een tabel waarin auteur(s), steekproefomvang, primi of multi pares, pre- of postnataal startmoment, frequentie, status hulpverlening (al dan niet professioneel), thuis dan wel elders, eventueel beschikbare follow-up en theoretische basis benoemd werden. Baartman gaf aan dat uit voorhanden onderzoek niet eenduidig blijkt wat een interventie effectief maakt, alhoewel projecten die aanvangen voor de geboorte, voldoende lang duren, verzorgd worden door professionals en outreachend van aard zijn het effectiefst leken (Baartman, 1996b). Deze suggesties sluiten aan bij de hierboven gepresenteerde internationale overzichtsstudies waarin ook de inzet van vroegtijdige ondersteuning, hoge intensiteit en professionals in multimodale programma's onderschreven werd.

In het andere hoofdstuk (Baartman, 1996a) omschreef Baartman eerst wat er in de literatuur bekend is wat betreft methoden en rationales op het gebied van begeleiding cq hulpverlening na kindermishandeling om problematiek van het kind te voorkomen. Vervolgens werd specifiek ingegaan op hometraining (pedagogische gezinsbegeleiding thuis) omdat deze vorm van hulp "één van de meest gepraktiseerde vormen van hulp is aan gezinnen waar sprake is van ernstige en complexe opvoedingsproblemen". Baartman ging in zijn bespreking in het bijzonder ook uitvoerig in op de methode van Fraiberg en collega's (1975) in verband met de aandacht binnen deze methode voor 'pedagogisch besef' van ouders<sup>51</sup>. Samenvattend beschreef Baartman mogelijke struikelblokken en toekomstperspectieven waar het gaat om ondersteuning als kindermishandeling plaatsvindt of recent plaatsgevonden heeft. Hij gaf aan dat vaak sprake is van terugkerende problematiek. Deze hardnekkige problemen bleken minder treffend te voorkomen bij verwaarlozing dan bij mishandeling, wat Baartman weet aan verschillende opvoedingscontexten. Hij betreurde het dat de hulpverlening niet op deze verschillende situaties cq gezinnen is afgestemd. De aandacht ging volgens hem doorgaans het meest uit naar formele aspecten van hulp en in mindere mate naar de inhoud van de programma's. Overigens was volgens Baartman niet geheel duidelijk welke combinatie van interventiefacetten het beste aansloot bij bepaald soortige problematiek (Baartman, 1996c).

In aansluiting op de overzichten van Baartman vonden we de overzichtsstudie van Berger en collega's (2004). Zij gingen in op Nederlandse hulpverlening en samenwerkingsverbanden, en buitenlandse kennis met betrekking tot hulp na kindermishandeling. Zij concludeerden dat er weinig beschreven programma's in Nederland beschikbaar waren die specifiek afgestemd waren op slachtoffers van kindermishandeling. Ook zij concludeerden dus dat het met name mist aan goed afgestemde programma's. In Nederland bleken vooral algemene interventies zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDRS) of creatieve therapie (b.v. zandspeltherapie) ingezet te worden ter begeleiding van slachtoffers van kindermishandeling. Na seksueel misbruik werden voornamelijk zelfhulp- of ondersteuningsgroepen voor lotgenoten gevonden.

Voor parallelhulp aan de jeugdige slachtoffers en hun ouders werden wel enige meer toegespitste programma's gevonden. Als voorbeeld werd de *Horizonmethodiek* (Lamers-Winkelman, 2000) voor seksueel misbruikte kinderen en hun niet-misbruikende ouders beschreven. Dit betreft een cognitief gedragsmatige methode gebaseerd op het behandelingsmodel van Deblinger en Heflin (1996). Er werden geen

---

<sup>51</sup> Zie ook bespreking van Nylén e.a. (2006) over Fraiberg e.a. in het kader van preventie bij depressie van moeder (Paragraaf 4.15).

parallelinterventies voor jeugdigen en hun ouders gevonden voor hulp na fysieke mishandeling of verwaarlozing. Wel werden enkele programma's voor begeleiding na huiselijk geweld gevonden zoals *Let op de Kleintjes* (De Rooter, 1999). Dit betreft een psycho-educatieve cursus voor kinderen (6-12 jaar) die getuige waren van huiselijk geweld, gericht op de moeder in het gezin. Ook moeders krijgen ondersteuning in dit programma. Daarnaast constateerden de auteurs dat gezinnen in Nederland intensieve thuishulp programma's als *Families First* (Berger & Spanjaard, 1996), *Hulp in Eigen Omgeving* (Hermans e.a., 2002; in Limburg bekend als 'Jeugdhup Thuis'), en *Beter met Thuis* (Van Vught e.a., 2001) ter beschikking staat. De auteurs concludeerden dat voor deze hulp weliswaar positieve effecten gevonden waren (Damen & Veerman, 2004; De Kemp e.a., 1998; Van den Bogaart & Van Muijen, 2001), maar dat de interventies slechts ten dele aansluiten bij specifieke kenmerken van mishandelde kinderen. De programma's zijn voornamelijk gericht op het versterken van opvoedingsvaardigheden, de reductie van stress in het gezin en het verhogen van de competenties van het kind. Afwezigheid van pedagogisch besef bij de ouders kwam veelal niet specifiek aan bod in het Nederlandse aanbod dat de auteurs vonden. Zij stelden voor de specifieke programma's als de Horizonmethodiek en Let op de Kleintjes verder te verspreiden. Verder zagen zij de nodige aanknopingspunten om het aanbod te verbeteren.

Berger en collega's (2004) gingen ook in op de diverse vormen van in Nederland beschikbare samenwerkingsvormen op het gebied van kindermishandeling. Zij noemden bijvoorbeeld 'Contextuele Leergroepen Alle betrokkenen bij Seksueel Misbruik' (CLAS, Baeten e.a., 2000; Melles & Van Montfoort, 1995). Dit is een intensieve ambulante vorm van hulpverlening aan alle betrokkenen bij seksueel misbruik met als doel het herstel van het geschonden vertrouwen, het werken aan (enig) herstel van betrouwbaarheid in gezinsrelaties en het verwerken van seksueel misbruik. Ook werd ingegaan op:

- Casemanagement na kindermishandeling (Baeten, Kooijman & Rovers, 2000): het op elkaar afgestemd bieden van hulpverlening in complexe zaken van kindermishandeling waar een meersporenaanpak noodzakelijk is;
- En het Scenario- en hulpverleningsteam Noord-Brabant (Verhoeven & Van Wanrooij, 2000): multidisciplinair samengestelde teams waarin actuele en vermoedelijke zaken van kindermishandeling binnen het gezin worden besproken om de mishandeling zo snel mogelijk en definitief te stoppen en hulpverlening op gang te brengen.

Het viel de auteurs (Berger e.a., 2004) op dat de aandacht vooral uitging naar hulpverlening na seksueel misbruik, terwijl de andere vormen van kindermishandeling dezelfde aandacht verdienen. Verder constateerden Berger e.a. (2004) ook met betrekking tot de samenwerkingsvormen een gebrekkige afstemming op factoren waarvan bekend is dat deze bijdragen aan of gevolg zijn van kindermishandeling. Volgens de auteurs was overigens over het geheel een versterking nodig van bestaande samenwerkingsvormen in Nederland.

Berger en collega's (2004) bespraken afsluitend hoe in het buitenland wel meer op kindermishandeling afgestemde hulp beschikbaar is. De auteurs concludeerden dat er in het buitenland, in tegenstelling tot in Nederland, wel meer specifieke interventies voor hulp na kindermishandeling beschikbaar waren. Het betrof hulpvormen die gebaseerd waren op grondige analyse van factoren die bijdragen aan het ontstaan of gevolgen van kindermishandeling. Op grond van deze analyses was het hulpaanbod ingericht. Zij bevelen aan om dergelijke programma's naar Nederland te importeren of elementen

ervan te gebruiken om het Nederlandse aanbod te versterken. Zij dachten daarbij aan programma's als *MST* (Henggeler, 1998), *Project 12-Ways* (Lutzker & Rice, 1984) en *Physical-Abuse Informed Family Therapy* (Kolko & Swenson, 2002, in Saunders e.a., 2003).

De eerste twee programma's werden eerder ook door Thomlison (2003) genoemd. Project 12-ways is een ondersteuningsvorm die ingezet wordt na fysieke mishandeling en verwaarlozing. De nadruk ligt binnen deze interventie op het zorgen voor de gezondheid van het kind, de veiligheid in huis, de hygiëne thuis en het bevorderen van binding. Onderzoek toonde verbeteringen in omgevingsgerichte en gezondheidsgerichte risicofactoren en een positieve ouder-kind interactie. MST is gericht op antisociale, gewelddadige en/of middelen gebruikende jongeren en hun gezin. De behandeling van 4 tot 6 maanden wordt ook toegepast bij gezinnen waarin kindermishandeling een rol speelt. MST bleek er beter in te slagen in dergelijke situaties de ouder-kind relaties te verbeteren dan oudertrainingen. Ook werden grotere verbeteringen gevonden in disciplineringsvaardigheden en responsiviteit van ouders (Brunk e.a., 1987). *Physical Abuse-Informed Family Therapy* (Kolko & Swenson, 2002, in Saunders e.a., 2003) betreft een individuele cognitief gedragsmatige behandeling voor kinderen en ouders bij fysieke mishandeling. "De behandeling heeft een duur van 12 tot 24 bijeenkomsten en richt zich op de toepassing van sociale leerprincipes waarbij de nadruk ligt op wederzijdse beïnvloeding tussen ouders en kinderen. Er komen zowel gedragsmatige, cognitieve als affectieve aspecten aan bod" (Berger e.a., 2004, p. 49). Kolko deed in 1996 onderzoek naar de methode. Totaal 55 kinderen en hun ouders werden at rondom toegewezen aan deze methodiek, traditionele gezinstherapie of aan een regulier ondersteuningsaanbod. Zowel de individuele kind- en oudertherapie (deze methodiek) als gezinstherapie leidde tot betere resultaten in vergelijking tot het reguliere ondersteuningsaanbod.

Overigens vonden Berger e.a. dat ook in het buitenland naar verhouding meer aandacht voor hulp na seksueel misbruik dan na andere vormen van kindermishandeling. Deze hulp na seksueel misbruik stond centraal in het laatste overzicht dat we vonden, geschreven door Melief e.a. (2000). Zij deden verslag van het 'Daphne project' waarin experts en literatuur geconsulteerd werden en slachtoffers werden geraadpleegd. De auteurs boden in hun rapport een overzicht van de verschillende instellingen die actief zijn op het gebied van hulpverlening na seksueel misbruik. Zij gaven de informatie weer in een matrix. Hierin werd een uitsplitsing gemaakt naar verschillende fasen in het hulpverleningsproces: a) *Problem detection & identification*, b) *First support and emergency services*, c) *Continuing support, help & therapy*, d) *After care & follow up*. Voor elke fase werd bovendien onderscheid gemaakt tussen verschillende eigenschappen van de gevonden diensten: coördinatie, informatie, juridisch, praktisch/psychosociaal, residentieel. Op papier bleken voor iedere cel van de matrix tenminste twee invullingen te bestaan. Echter, deze waren gebaseerd op diensten die organisaties volgens hun doelen en toegewezen taken zouden moeten leveren, of op hun intenties zoals vastgelegd in documenten of gehoord van de kernpersonen tijdens interviews. Het was niet helder in hoeverre de organisaties en instellingen erin slagen de diensten daadwerkelijk te verlenen.

Ondanks dat op papier in Nederland in alle fasen van het hulpverleningsproces voor alle verschillende soorten diensten dus hulp beschikbaar leek te zijn, wordt in de praktijk volgens de auteurs (Melief e.a., 2000) met deze hulp hoogstwaarschijnlijk niet iedereen of slechts een klein deel van de doelgroep bereikt. Er werden een aantal primaire belemmeringen geconstateerd in het onderzoek: a) gebrek aan specifieke en herkenbare begeleidingsprogramma's, b) bureaucratische intakeprocedures, c) wachtlijsten, d)

onvoldoende getrainde en ervaren hulpverleners, e) onvoldoende samenwerking tussen instanties. De auteurs deden aanbevelingen nader onderzoek te doen naar behoeften van slachtoffers van seksueel misbruik en de mate waarin beschikbare diensten in deze behoeften konden voorzien. Daarnaast adviseerden zij verder onderzoek te doen naar effectiviteit en toegankelijkheid van interventies voor de doelgroep. Tot slot was volgens de auteurs meer inzicht nodig in de benodigde vaardigheden en expertise van de professionals die de hulp verstrekken.

#### **Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Echtscheiding of overlijden binnen het gezin**

#### **4.13 Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Echtscheiding of overlijden binnen het gezin: Internationale overzichtsstudies**

In Tabel 11 zijn 4 internationale overzichtsstudies weergegeven die we vonden met betrekking tot interventies wanneer sprake was van een hoog-risico situatie doordat jeugdigen te maken kregen met echtscheiding of overlijden van hun ouder(s).

Tabel 11: Internationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor preventieve interventies in gezinnen met aanwezige risico's op het niveau van het gezin/de opvoedingscontext: Echtscheiding of overlijden binnen het gezin.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Haine, Sandler, Wolchik, Tein, & Dawson-McClure, 2003	Echtscheiding ouders	Trad. Review	12	a) b)	Schoolleeftijd
Lutzke, Ayers, Sandler, & Barr, 1997	Overlijden ouder	Trad. Review	2	a) b)	NG <sup>3)</sup>
Sandler, Ayers, Dawson-McClure, in druk	(Echt)scheiding of verlies ouder(s)	Trad. Review	10	a) b) d)	NG <sup>3)</sup>
Stathakos & Roehrl, 2003	Echtscheiding ouders	Meta-analyse	23	a) b)	3-14 jaar

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review) of Systematische meta-analyse (Meta-analyse)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

##### *4.13.1 Interventies bij echtscheiding*

In de internationale literatuur vonden we drie overzichtsstudies die verslag deden van effectstudies naar interventies bij echtscheiding van ouders. Het betreft studies van Haine, Sandler, Wolchik, Tein en Dawson-McClure (2003); Sandler, Ayers en Dawson-McClure (in druk); en Stathakos en Roehrl (2003).

Haine en collega's (2003) richtten zich op programma's waarin gewerkt werd met kinderen en gezinnen na (echt)scheiding. De focus lag op het bevorderen van het psychosociaal functioneren van de participanten. De auteurs includeerden studies waarin adequate maten voor aanpassingsvermogen van de jeugdigen werden gebruikt;

die gepubliceerd waren in peer-review tijdschriften; en die programma's evalueerden in een RCT of quasi-experimenteel traject met een controlegroep bestaande uit kinderen van gescheiden ouders. Quasi-experimentele evaluatiestudies waarin als controlegroep tweewouder gezinnen werden meegenomen werden uitgesloten van opname in de studie van Haine e.a. (2003).

Totaal werden 12 effectstudies meegenomen in het overzicht van Haine e.a. (2003). Daarbij betrof het 2 experimentele en 4 quasi-experimentele studies naar twee kindgerichte programma's:

- Children's Support Group (CSG)
- Children of Divorce Intervention Program (CODIP)

Dit betreft twee verwante schoolprogramma's van tien tot twaalf sessies waarin de reacties van kinderen op de scheiding central staan. De kinderen ontvangen sociale steun en worden getraind in cognitieve gedragsstrategieën en intrinsieke controlevaardigheden, twee protectieve factoren die empirisch gelieerd zijn aan aanpassing na scheidingen (b.v. Sandler, Tein, Metha, Wolchik, & Ayers, 2000). Voor CSG werden voor kinderen in de basisschoolleeftijd (7-13 jaar) positieve effecten gevonden op zelfconceptie (ook op de 5-maanden follow-up), internaliserende en externaliserende problematiek, en klinische mentale gezondheidsproblematiek (Stolberg & Garrison, 1985; Stolberg & Mahler, 1994). Voor CODIP werden eveneens positieve effecten gevonden op internaliserende en externaliserende problematiek die in één studie stand bleken te houden tot 2 jaar na de interventie (Alpert-Gillis e.a., 1989; Pedro-Carroll & Alpert-Gillis, 1997; Pedro-Carroll e.a., 1992; Pedro-Carroll & Cowen, 1985; Pedro-Carroll, Sutton, & Wyman, 1999). Daarnaast werden een verhoogde competentie en een betere aanpassing aan de situatie gevonden als gevolg van de interventie. Één studie bestudeerde ook scheidingsgerelateerde cognities en vond daar ook positieve effecten op (Pedro-Carroll e.a., 1992).

Haine e.a. (2003) namen in hun overzicht ook een drietal studies (2 experimenteel, 1 quasi-experimenteel) naar de effecten van programma's gericht op moeders:

NBP is een programma bestaande uit 11 groepssessies en 2 individuele bijeenkomsten. Het programma gaat in op empirisch onderbouwde protectieve factoren en risicofactoren die van invloed zijn op aanpassing na de scheiding: opvoeding, contact tussen vader en kind, negatieve gebeurtenissen rondom de scheiding en contact tussen de ouders (Wolchik e.a., 2000; Wolchik e.a., 1993). PTC bestaat uit 14 sessies en toetst een model voor de ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen van jongens na de scheiding, gebaseerd op de *coercion* theorie. Het uitgangspunt is dat een gebrek aan ouderlijke vaardigheden (met betrekking tot disciplineren, ontwikkelingsstimulering, probleemoplossen, monitoren en positieve betrokkenheid) leidt tot antisociaal gedrag (Forgatch & DeGarmo, 1999). SPSSG tenslotte, bestaat uit 12 sessies en faciliteert de aanpassing van kinderen door hun moeders te ondersteunen bij identiteitsontwikkeling, sociale steun te bieden en te trainen in opvoedingsvaardigheden.

Voor NBP werden positieve effecten gevonden op internaliserende en externaliserende problematiek van de kinderen (8-15 jaar oud), opvoeding, negatieve gebeurtenissen, de bereidheid van moeder om de bezoeksregeling te veranderen en haar houding ten aanzien van de vader-kind relatie (Wolchik e.a., 2000). Er werden geen effecten gevonden op conflict tussen ouders. Zes maanden na de interventie werden een significante afname van externaliserende problemen, symptomen van mentale problematiek en middelengebruik gevonden (Wolchik e.a., 2002). Voor NBP gold dat de interventie het meest effectief was voor kinderen die voor aanvang van het programma hogere niveaus van externaliserende problematiek vertoonden en moeders die voor aanvang slechtere opvoedingsvaardigheden hadden.



Ook PTC werd positief geëvalueerd in een groep van zes tot tien jaar oude jongens. Het negatieve opvoedingsgedrag van de moeders was afgenomen wat verval van positieve betrokkenheid voorkwam. Er werd geen direct effect op internaliserende en externaliserende problematiek van de kinderen gevonden, maar positieve veranderingen in opvoedend gedrag hingen wel samen met minder contact met ‘slechte’ vriendjes (Forgatch & DeGarmo, 1999, 2002). Dertig maanden na de interventie resulteerde PTC bovendien in een significante afname in ongehoorzaamheid van de jongens, een afname in ongunstig disciplineren door de moeders en een stabilisatie van hun positief opvoedend handelen (Martinez & Forgatch, 2001).

Tenslotte beschreven Haine e.a. (2003) matige verbeteringen in de aanpassing van moeders naar aanleiding van SPSSG in een quasi-experimentele studie. In deze effectstudie werden geen significante verbeteringen gevonden in de opvoeding of mentale gezondheid van de jeugdigen (Stolberg & Garrison, 1985).

Haine en collega's (2003) beschreven ook effectstudies naar combinaties van kind- en ouderprogramma's. Het betreft een experimentele studie naar NBP gecombineerd met een kindgericht programma (Wolchik e.a., 2000); een quasi-experimentele studie naar een combinatie van CSG en SPSSG (Stolberg & Garrison, 1985); en een experimentele studie naar een combinatie van CSG met 4 extra ouderworkshops en een werkboek om de therapeutische winst naar de thuissituatie uit te breiden (Stolberg & Mahler, 1994). In de eerste studie werd een toegevoegd effect gevonden van de gecombineerde interventie in vergelijking tot NBP alleen gericht op moeders, op beoordelingsvermogen en de mate waarin de kinderen zichzelf konden redden na de scheiding. Er was geen extra waarde van de combinatie voor effecten op internaliserende of externaliserende problematiek. De toevoeging van oudercomponenten aan het kindgerichte CSG had geen toegevoegde waarde.

Concluderend vonden Haine e.a. (2003) empirisch bewijs voor de effectiviteit van ouder- en kindprogramma's ter preventie van problematiek naar aanleiding van scheiding van ouders. In twee programma's bleek daarbij een positieve verandering in opvoedend handelen verbeteringen in de mentale gezondheid van kinderen te mediëren, zowel op de nameting als de follow-up. De positieve effecten van de programma's werden gevonden in verschillende domeinen, echter niet op conflict tussen de ouders. De auteurs adviseerden nader onderzoek te doen naar andere factoren die een rol kunnen spelen in de preventie van nadelige gevolgen van scheiding voor kinderen en nog niet duidelijk positief geëvalueerd zijn in gepubliceerde evaluaties van interventies, zoals de vader-kind relatie, conflict tussen ouders, samen opvoeden en tweede huwelijken. Daarbij zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of programma's die ook vaders meenemen in het onderzoek meer succesvol zijn in het reduceren van conflict tussen ouders.

Eveneens in 2003 publiceerden Stathakos en Roehrl een meta-analyse van interventieprogramma's voor '*children of divorce*'. Zij zochten studies in het Engels of Duits waarin programma's geëvalueerd werden die tot doel hadden scheidingsgerelateerde problemen te reduceren en/of symptomen te voorkomen en/of het welbevinden van de kinderen na scheiding te vergroten. Zij namen studies mee die kindgerichte programma's evalueerden, of programma's gericht op ouders waarbij het doel was de kinderen te helpen. Totaal werden 23 studies<sup>52</sup> meegenomen in de meta-analyse met een totaal van 1615 participanten.

<sup>52</sup> Alpert-Gillis e.a., 1989; Anderson e.a., 1984; Bornstein e.a., 1988; Burke & Van de Streek, 1989; Crossman & Adams, 1980; Forgatch & DeGarmo, 1999; Guggenbühl, 1999; Gwynn & Brantley, 1987; Hett & Rose, 1991; Jupp, & Purcell, 1992; Omizo & Omizo, 1987, 1988; Pedro-Carroll & Cowen, 1985; Pedro-Carroll e.a., 1986, 1992, 1999; Pedro-Carroll & Alpert-Gillis, 1997; Roseby & Deutsch, 1985; Short, 1998; Skitka & Frazier, 1995; Stolberg & Garrison, 1985; Wolchik e.a., 1993; Zubernis e.a., 1999

De gemiddelde effectgrootte van alle programma's was 0.43. De beste effecten werden gevonden voor interventies in de eerste twee jaar na de (echt)scheiding ( $d = 0.99$ ) op een leeftijd van 9-12 jaar ( $d = 0.50$ ), met niet meer dan 10 sessies ( $d = 0.66$ ) van elk ongeveer 60-75 minuten ( $d = 0.61$ ). Groeps grootte leek niet erg relevant voor het effect al leken medium grote groepen (7-9 deelnemers) iets effectiever kleine groepen (1-6 deelnemers). De invloed van nadere persoons- en omgevingskenmerken zoals risico, beschikbare middelen, geslacht en SES, konden niet onderzocht worden omdat hiervoor geen of niet voldoende studies beschikbaar waren.

De auteurs (Stathakos & Roehrl, 2003) adviseerden de beschikbare programma's voor kinderen die te maken krijgen met (echt)scheiding van hun ouders verder te ontwikkelen, te onderzoeken en te verankeren. Daarnaast bevelen zij aan om een gecombineerde strategie van universele en selectieve preventieprogramma's in te zetten waarbij begeleiding is voor, tijdens en na (echt)scheiding. Mogelijk wordt de effectiviteit van een dergelijke strategie bevorderd door deze te combineren met andere preventieve interventies zoals huwelijksbegeleiding.

#### 4.13.2 *Interventies bij gezinsverstoring door (echt)scheiding of overlijden*

Binnenkort zal een meer traditionele overzichtsstudie verschijnen van Sandler, Ayers en Dawson-McClure (in druk). Zij richten zich breder dan voorgaande twee studies op kinderen die lijden onder gezinsverstoringen door (echt)scheiding of overlijden van hun ouder(s). Zij beschrijven 7 programma's met betrekking tot (echt)scheiding – zowel (a) groepsprogramma's voor kinderen en ouders als (b) programma's ten behoeve van een vlot proces of ter reductie van conflict na de scheiding – en 3 programma's met betrekking tot verlieservaringen van kinderen binnen het gezin (c).

In de eerste categorie (a) komen de Children's Support Group (CSG) van Stolberg en Mahler (1994) en Children of Divorce Intervention Program (CODIP) van Pedro-Carroll en Alpert-Gillis (1997) aan bod die Haine en collega's eerder ook bespraken (zie hierboven). Daarnaast bespreken Sandler e.a. een derde vergelijkbaar schoolprogramma, te weten het 'Coping Enhancement Programme' van Short (1998; ook meegenomen in de meta-analyse van Stathakos en Roehrl, 2003). Alle drie deze programma's trainen de kinderen in cognitieve gedragsvaardigheden om met de scheiding om te kunnen gaan, ondersteunen het identificeren en uiten van emoties en bieden de gelegenheid om sociale steun te ontvangen van leeftijdsgenoten die deze ervaring delen. Ter begeleiding van ouders wordt eveneens een eerder besproken programma genoemd, namelijk het New Beginnings Program (NBP) van Wolchik en collega's. Daarnaast wordt het Dads for Life (DFL) programma geïntroduceerd (Braver, Griffin, & Cookston, 2005). Dit programma sluit aan bij de aanbevelingen van Haine en collega's (2003) om ook vaders in de programma's mee te nemen. DFL richt zich op het verbeteren van de vader-kind relatie, zowel kwalitatief als kwantitatief, en besteedt bovendien aandacht aan conflict tussen ouders. Dit programma bleek over een periode van 12 maanden te leiden tot minder internaliserend probleemgedrag van de kinderen en meer samenwerking en minder conflict tussen de ouders.

Ter begeleiding van het scheidingsproces (categorie b) werden het 'court-based custody mediation programme' van Emery, Sbarra, en Grover (2005) en het Collaborative Divorce Project (CDP; Pruett, Insabella, & Gustafson, 2005) besproken. Het eerste project leidde tot een snellere afhandeling van het proces, meer tevredenheid met de besluiten, een betere relatie tussen kinderen en de niet primair verzorgende ouder en een betere verhouding tussen de gescheiden ouders. CDP leidde tot minder onrust bij de ouders, minder conflict en meer samenwerking tussen beide ouders, en meer betrokkenheid van de niet primair verzorgende ouder.

In de laatste categorie (c), preventie bij verlieservaringen, gaan Sandler en collega's om te beginnen dieper in op twee eigen effectstudies. Het betreft een programma waarin het gezin 3 workshopbijeenkomsten wordt geboden gecombineerd met individuele sessies voor de achtergebleven ouder en de gezinsleden (in de vorm van huisbezoeken; Sandler e.a., 1992). Na de interventie, getest in een RCT, bleek er in de gezinnen meer discussie

over rouw en gerelateerde zaken en rapporteerden ouders meer sociale steun en meer warmte in de relatie met hun kind. Oudere kinderen (12-17 jaar) lieten een afname zien in gedragsproblemen en depressie. Dit effect was gerelateerd aan de warmte van de relatie tussen de achtergebleven ouder en deze kinderen. In de jongere groep (8-11) werd geen effect gevonden op internaliserende of externaliserende problematiek. In de tweede evaluatiestudie (Sandler e.a., 2003) werd het programma herzien tot een groepsopzet waarbij aparte groepen waren voor kinderen, adolescenten en achtergebleven opvoeders. Dit programma leidde tot verbeteringen in positief opvoedgedrag, mentale gezondheid van de opvoeders, omgaan met de situatie, stressvolle levensgebeurtenissen en geremdheid in het uiten van emoties door de kinderen. Op de follow-up (11 maanden) werd bovendien een afname in internaliserende problemen gevonden bij jeugdigen die bij aanvang hogere scores hadden op dit gebied. Daarnaast scoorden meisjes uit de interventiegroepen lager op internaliserende en externaliserende problemen dan de meisjes in de controlegroep. Tot slot beschrijven Sandler en collega's een RCT waarin een programma geëvalueerd werd voor adolescenten met een ouder in de terminale fase van HIV/AIDS (Rotheram-Borus, Stein, & Lin, 2001). In dit programma werden ouders begeleid in de discussie met hun kinderen over de ziekte, werden adolescenten voorbereid op een nieuwe verzorger en werd aandacht geschonken aan copingsmechanismen van de adolescenten. De adolescenten kregen als gevolg hiervan meer zelfvertrouwen, vertoonden minder gedragsproblemen minder emotionele onrust. Ook ouders kregen meer emotionele rust. Ook jaren na de interventie werden positieve effecten gevonden: de jeugdigen uit de interventieconditie waren minder vaak tienerouder, ervoeren meer controle, meer succes op school, leefden minder vaak in de bijstand en hadden betere toekomstverwachtingen. De ouders gebruikten minder genotsmiddelen en hadden minder passieve copingsmechanismen.

Samengevat beschrijven Sandler en collega's (in druk) de effectiviteit van een aantal programma's ter reductie van mentale problematiek en het bevorderen van sociale aanpassing van kinderen in situaties van (echt)scheiding, ziekte of overlijden van hun ouder(s). Programma's na scheiding lieten positieve effecten zien op verschillende terreinen. Hierbij werd geen steun gevonden voor het aanbieden van zowel een kind- als oudercomponent in de interventies. Daarnaast stellen de auteurs dat de programma's niet zijn afgestemd op kinderen die primair behoefte hebben aan veiligheid en fysiek welbevinden. Programma's ten behoeve van een vlot proces lieten ook veelbelovende resultaten zien, maar dienen gerepliceerd te worden. Hetzelfde geldt voor de programma's bij ernstige ziekte of overlijden van ouders. Daarbij benadrukken de auteurs dat juist kinderen in minder ontwikkelde landen onevenredig vaak het slachtoffer zijn van overlijden van ouders door grote epidemieën (bv. AIDS) en rampen (bv. Tsunami). De programma's zijn niet toegespitst op het bereiken van juist deze populaties kinderen die wellicht het hoogste risico lopen op korte en lange termijn problemen. Afsluitend bevelen Sandler en collega's (in druk) aan voort te bouwen op de beschikbare wetenschappelijke kennis bij het ontwikkelen van een effectieve reeks preventieve diensten voor kinderen van verstoorde gezinnen in de praktijk.

#### 4.13.3 *Interventies bij het verlies van een ouder*

Lutzke, Ayers, Sandler en Barr beschreven in 1997 twee interventies ter begeleiding van situaties waarin een ouder in het gezin komt te overlijden. Ze beschreven een programma van Black en Urbanowicz (1985) waarin binnen 5 maanden na het overlijden 6 gezinstherapeutische sessies plaatsvonden; en het eerder aangehaalde 'Family Bereavement Project' van Sandler en collega's (1992). Het Family Bereavement Project biedt eerst drie workshopbijeenkomsten aan waarin gezinnen de kans krijgen andere gezinnen met vergelijkbare ervaringen te ontmoeten en de warmte van de ouder-kind relatie te verbeteren, om vervolgens eens per week gedurende twaalf bijeenkomsten in huisbezoeken te werken aan de negatieve kijk van de achtergebleven

ouder en het uitbouwen van positieve gebeurtenissen en een meer warme ouder-kind relatie. De interventie van Black en Urbanowicz (1985) resulteerde in minder gedrags- en slaapproblemen van kinderen in de interventieconditie vergeleken met kinderen in de controleconditie. Zoals eerder genoemd werd ook het programma van Sandler e.a. positief geëvalueerd met een warmere ouder-kind relatie, tevredenheid met sociale steun, gezinsdiscussie over rouw en gerelateerde zaken, en minder gedragsproblemen en depressieve klachten van de oudere kinderen.

Sandler en collega's concludeerden in 1997 dat de meeste 'verlies-interventies' primair oudergericht waren. Verder concludeerden Sandler en collega's dat meer methodologisch krachtige effectstudies nodig zijn van op theorie gestoelde preventieve interventies bij rouwverwerking door kinderen. Inmiddels hebben Sandler e.a. (2003) een aanpassing gemaakt van hun preventieve programma met aparte bijeenkomsten voor jeugdigen. Dit programma werd positief geëvalueerd (zie ook beschrijving Sandler e.a., in druk).

#### 4.13.4 *Conclusie*

In het voorgaande hebben we 4 studies besproken die ons iets kunnen vertellen over de manier waarop we kinderen kunnen begeleiden bij verlieservaringen binnen hun gezin: door (echt)scheiding, ziekte of overlijden van ouders (zie ook Tabel 11, p. 93).

Wetenschappelijke kennis op het gebied van interventies bij (echt)scheiding vonden we in de studies van Haine e.a. (2003), Stathakos en Roehrle (2003) en Sandler e.a. (in druk). Programma's kort na de scheiding, van matige intensiteit, gericht op kinderen tussen 9 en 12 jaar oud bleken gemiddeld het meest effectief te zijn in het bevorderen van welbevinden van de kinderen en/of het voorkomen van problemen (Stathakos & Roehrle, 2003).

Meer specifiek bleek het mogelijk om met schoolprogramma's psychosociale problematiek van jeugdigen te voorkomen en/of reduceren. Programma's die daartoe ingezet kunnen worden zijn de volgende:

- 1) Children's Support Group (o.a. Stolberg & Mahler, 1994);
- 2) Children of Divorce Intervention Program (o.a. Pedro-Carroll & Alpert-Gillis, 1997);
- 3) En het Coping Enhancement Programme (Short, 1998).

In een aantal studies bleek de kwaliteit van het opvoedend handelen de psychosociale gezondheid van de kinderen deels te bepalen. De rol van de opvoeders stond centraal in de volgende effectief gebleken programma's:

- 1) New Beginnings Program (o.a. Wolchik e.a., 2002);
- 2) Parenting Through Change Program (Forgatch & DeGarmo, 1999);
- 3) En single Parents' Support Group (Stolberg & Garrison, 1985).

Deze programma's bleken echter niet effectief bij te dragen aan een betere verhouding tussen de gescheiden ouders; een situatie met minder conflict. Daartoe werden het programma 'Dads for Life' (Braver e.a., 2005) positief geëvalueerd. Daarnaast bleek de begeleiding van het juridische proces positief uit te werken op de relatie tussen de beide ouders en de relatie tussen kinderen en hun niet langer thuiswonende ouder.

Programma's van Emery e.a. (2005) en Pruett e.a. (2005; Collaborative Divorce Project) werden hiertoe positief geëvalueerd.

In de studies van Sandler e.a. (in druk) en Lutzke e.a. (1997) vonden we wetenschappelijke kennis op het gebied van interventies bij ziekte of overlijden van één of beide ouders. Het programma van Black en Urbanowicz (1985) en het Family Bereavement Project (Sandler e.a., 1992) bleken met positieve effecten inzetbaar ter begeleiding van gezinnen na het overlijden van een ouder. Tot slot bleek de begeleiding van adolescenten met ernstig terminaal zieke ouders, ook op tamelijk lange termijn, effectief (Rotheram-Borus e.a., 2001).

#### 4.14 Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Echtscheiding of overlijden binnen het gezin: Nationale overzichtsstudies

Tabel 12: Nationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor de preventie in gezinnen met aanwezige risico's op het niveau van het gezin/de opvoedingscontext: (Echt)scheiding binnen het gezin.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Chin-A-Fat & Steketee, 2002	(Echt)scheiding	Syst. Review (aanbod)	2	a)	<12 jaar
Vermeij, Van der Wel, & Krooneman, 1999	(Echt)scheiding	Syst. Review (aanbod)	N.v.t.	a)	NG <sup>3)</sup>

1) Systematische overzichtsstudie (Syst. Review)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

In Tabel 12 zijn twee nationale overzichtsstudies weergegeven met betrekking tot interventies bij echtscheiding in het gezin. Het betreft een studie van Chin-A-Fat en Steketee (2002) naar scheidingsbemiddeling en omgangsbemiddeling en een overzicht van Nederlandse hulpaanbod bij echtscheiding door Vermeij, Van der Wel en Krooneman (2005).

##### 4.14.1 *Scheidingsbemiddeling en omgangsbemiddeling*

Chin-A-Fat en Steketee (2002) deden verslag van een studie naar 2 experimenten die vanaf 1999 startten in Amsterdam, Leeuwarden en Den Bosch, en bovendien vanaf 2000 in Den Haag. Één experiment betrof de evaluatie van scheidingsbemiddeling en het andere van omgangsbemiddeling. Totaal waren 83 bemiddelaars betrokken. Centraal stond de vraag onder welke omstandigheden een geïnstitutionaliseerd aanbod van bemiddelingshulp, in vergelijking met reguliere juridische hulp, bij kan dragen aan de afhandeling van scheidings- en omgangsproblemen waarbij de evenwichtige behartiging van de belangen van alle betrokkenen – in het bijzonder minderjarige kinderen – niet in het geding komt. Het doel van scheidingsbemiddeling is na te gaan of scheiden zonder tussenkomst van de rechter op basis van een convenant kan worden ingevoerd. Het doel van omgangsbemiddeling is na te gaan of deelname van partijen aan een verwijzing door de rechter naar een bemiddelingsdeskundige een positief effect heeft op de uitkomsten van de procedure, ter oplossing van een conflict over de omgang. Daarmee is omgangsbemiddeling het meest relevant voor de onderhavige programmeringsstudie. Het betreft hier overwegend door de rechter verwezen mensen, daarbij vermeld dat deelname na verwijzing niet verplicht is. De rechter verwijst in zaken waarin een conflict bestaat tussen partijen betreffende de omgangsregeling voor hun kinderen en waarin een gerechtelijke procedure is gestart. Zowel gescheiden als nog niet gescheiden mensen kunnen deelnemen aan de regeling. Verwezen partijen nemen daarbij gratis deel. De bemiddeling bestaat uit drie tot vier gesprekken van anderhalf tot twee uur. De looptijd van de experimenten was 2 jaar. Chin-A-Fat en Steketee gaven voornamelijk een procesevaluatie. Er werden geen directe effecten op de kinderen beschreven.

Scheidingsbemiddeling in plaats van een gerechtelijke procedure bleek voor wat betreft de procesmatige kant succesvol te zijn. En ook omgangsbemiddeling was op dit vlak redelijk succesvol. Er was een duidelijk positief effect bij het oplossen van

omgangsproblemen. Er waren afspraken gemaakt tussen beide partijen en bij sommigen was de communicatie verbeterd, de omgangsregeling aangepast en de relatie met de kinderen verbeterd. Echter, éénderde van de bemiddelden was het niet gelukt om tot overeenstemming te komen. Zij legden het geschil voor aan de rechtbank. Van de ouders in geslaagde bemiddelingen bleek ongeveer de helft de afspraken een jaar later nog steeds zoals afgesproken uit te voeren. Voor een deel waren de afspraken veranderd, maar deze veranderingen waren positief ervaren omdat de opvoeding van kinderen flexibiliteit vraagt. Een ruime meerderheid van de deelnemers zou weer voor bemiddeling kiezen in plaats van een rechtelijke procedure. Alhoewel niet iedereen dus tot overeenstemming was gekomen, was de winst voor wat betreft het scheidingsproces duidelijk aanwezig (Chin-A-Fat & Steketee, 2002).

Over gevolgen van scheiding voor kinderen zijn de meningen verdeeld. Duidelijk is volgens Chin-A-Fat en Steketee wel dat als kinderen te maken krijgen met een hevige strijd tussen de ouders waar zij zelf de inzet van zijn, of met een breuk met één van de ouders, of met negatieve reacties van derden op de scheiding, dit niet ten goede komt aan het kind. Daarom is het volgens hen belangrijk om te proberen om de onderlinge relatie tussen de ouders enigszins te stabiliseren en conflicten op te lossen. Kinderen van twaalf jaar en ouder zouden volgens Chin-A-Fat en Steketee (2002) daarbij in de gelegenheid gesteld moeten worden om (schriftelijk) hun mening naar voren te brengen over voor hen relevante onderwerpen zoals het contact met beide ouders. Kinderen binnen deze leeftijdsgroep kregen in de studie een vragenlijst toegestuurd. Alhoewel de jeugdigen het niet oneens waren met de regelingen, was een kwart van hen graag bij de bemiddeling betrokken geweest. Overigens is het volgens de auteurs aan te bevelen om ook voor kinderen jonger dan twaalf jaar te kijken of het mogelijk is om hen een plek in de bemiddeling te geven.

#### 4.14.2 *Inventarisatie hulpaanbod bij (echt)scheiding en omgang*

Vermeij en collega's (2005) inventariseerden in opdracht van het Ministerie van VWS het hulpaanbod bij (echt)scheiding en omgang dat beschikbaar is ter begeleiding van scheidende ouders en de ongeveer 40.000 kinderen die jaarlijks betrokken zijn bij scheiding. Zij bestudeerden primair het aanbod van lokale voorzieningen: a) algemeen aanbod, b) aanbod door algemeen maatschappelijk werk (AMW), en c) door GGD'en. Daarnaast werd overig aanbod door Bureaus Jeugdzorg en GGZ, regionaal aanbod en aanbod uit de juridische hoek besproken. Ten behoeve van deze inventarisatie was er contact met 125 instanties:

- Een steekproef van 30 gemeentebambtenaren
- 29 instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk
- 20 instellingen voor GGZ
- 18 GGD'en
- Aselecte steekproef van 9 van de 15 Bureaus Jeugdzorg
- 19 overige organisaties

Geen van de 30 benaderde gemeenten bleek zelf beleid te voeren op het terrein van (echt)scheiding en omgang. Deze beleidsvoering leken de gemeenten ook niet direct als hun verantwoordelijkheid te zien. De meeste gemeenten noemden AMW-instellingen en GGD'en als mogelijke hulpverstrekkers. Deze bleken echter vaak geen specifiek omschreven hulp beschikbaar te hebben. De AMW-instellingen gaven aan dat hulp bij (echt)scheiding voornamelijk onderdeel kon zijn van *algemene* zorg. Dit kon er als volgt uitzien:

- Signaleren van kinderen die in de knel komen;
- Informatie over hoe met kinderen om te gaan: wat vertel je ze?;
- Coördinerende rol: wat te regelen?;

- Licht pedagogische hulp: hoe kun je bijvoorbeeld kinderen de nodige zekerheid bieden?;
- Toegangsfunctie tot meer gespecialiseerde zorg.

Een minderheid van de AMW-instellingen had specifiek hulpaanbod bij echtscheiding beschikbaar, bijvoorbeeld een spreekuur (één AMW-instelling) of vormen van bemiddeling (3 AMW-instellingen; van de totaal 29). Verder waren er 4 AMW-instellingen die plannen hadden voor specifiek aanbod en 2 AMW-instellingen hadden een voormalig kindergroep wegens bezuiniging opgeheven. De GGD'en refereerden voornamelijk aan een signalerende functie. Dit betreft het screenen op kinderen die in de knel komen als gevolg van (echt)scheiding van hun ouders. Slechts 2 GGD'en hadden specifiek, zelf ontwikkeld, aanbod in de vorm van lespakketten voor scholen. Één van deze twee GGD'en bood bovendien ouderbijeenkomsten aan. Verder gaven 4 GGD'en aan brochures te hebben die de schoolarts uitdeelt en hadden de meeste GGD'en ook boekjes te leen.

In de categorie 'overige aanbod' gaf meer dan de helft van de Bureaus Jeugdzorg aan dat vrijwillige hulp bij (echt)scheiding en omgang niet via hen verloopt. Dit staat los van het feit dat bij alle Bureaus Jeugdzorg problematiek rondom scheidingen in gesprekken aan de orde komt. Mensen met specifieke vragen en problemen worden echter direct doorverwezen. In dit kader wordt door vijf bureaus het *Omgangshuis* genoemd wordt. "Omgangshuizen bieden een neutrale, kindvriendelijke plek aan waarin bemiddeling en begeleiding plaatsvindt in alle zaken rondom het contact tussen het kind en de niet-verzorgende ouder. Het kind krijgt extra ondersteuning bij het opbouwen van contacten met de niet-verzorgende ouder. Ook de ouders ontvangen begeleiding en bemiddeling in de ontstane omgangsproblematiek, zodat ze tot een goede omgangsregeling kunnen komen (...). Het gaat hier om pedagogische hulp en advies" (Vermeij e.a., 2005, p. 19). De meeste omgangshuizen waren ten tijde van het onderzoek nog in oprichting. Alhoewel bij een hulpvraag gericht op ondersteuningsaanbod bij echtscheiding/omgang niet vaak werd doorverwezen naar tweedelijns hulpverlening als GGZ, had toch een kwart van de GGZ-instellingen enige vorm van hulpverlening op dit vlak: gespreksgroepen voor kinderen, oudercursussen en incidenteel relatietherapie en bemiddeling.

Vermeij e.a. (2005) concludeerden dat het hulpaanbod voor kinderen van gescheiden ouders versnipperd is over diverse instanties en slecht te overzien is voor zowel gebruikers als voor instellingen die doorverwijzen. Er bleek nauwelijks preventief aanbod voor kinderen en ook curatief bleek zeer beperkt aanbod beschikbaar te zijn dat direct gericht is op kinderen die in de knel zitten door een scheiding. Daarnaast is het signaleren van deze kinderen in de knel moeilijk. Er werden geen instanties gevonden die zich hier specifiek mee bezig houden, al leken de GGD'en wel werk te verrichten op dit vlak. Afsluitend concludeerden Vermeij en collega's dat de beschikbare hulp veelal onder druk staat omdat deze grote tijdsinvestering kost en daardoor kostbaar is. Commercieel aanbod is door hoge tarieven niet voor iedereen toegankelijk.

#### 4.14.3 Conclusie

In deze paragraaf bespraken wij in aansluiting op de internationale publicaties, de nationale studies die we vonden met betrekking tot preventieve interventies in gezinnen waarin de ouders van elkaar scheiden. Allereerst bespraken we de resultaten van omgangsbemiddeling en scheidingsbemiddeling in Nederland (Chin-A-Fat & Steketee, 2002). Deze bemiddeling is enigszins te vergelijken met de internationale initiatieven die Sandler e.a. (in druk) noemen ter begeleiding van het scheidingsproces: het *court-based custody mediation programme* van Emery e.a. (2005) en *CDP* van Pruett en collega's (2005). In de studie van Chin-A-Fat en Steketee vonden wij geen expliciete

verwijzing naar deze programma's. De Nederlandse bemiddelingsprogramma's leken bruikbare methoden om een oplossing te vinden voor conflict tussen partijen over de omgangsregeling met de kinderen.

Aansluitend bespraken we de inventarisatie van hulpaanbod bij scheiding en omgang door Vermeij en collega's (2005). Zij vonden een tamelijk versnipperd en onspecifiek hulpaanbod. Daarbij bleven bovendien een aantal vragen onbeantwoord: Hoe ziet de hulpbehoefte van kinderen en ouders bij scheiding eruit? Hoe zou toeleiding tot hulp bij (echt)scheiding en omgang eruit moeten zien en wie is verantwoordelijk voor signalering? Kort samengevat lijkt er in Nederland nog veel werk te verzetten alvorens we de 40.000 kinderen die jaarlijks in Nederland te maken krijgen met scheiding naar behoren kunnen begeleiden. Wellicht dat we daartoe kunnen putten uit de kennis in de buitenlandse literatuur. In de voorgaande paragraaf konden we kennismaken met een aantal positief geëvalueerde programma's ter begeleiding van de kinderen, de opvoeders en het juridische proces. Deze zagen we niet terugkomen in het Nederlandse hulpaanbod.

In tegenstelling tot in de internationale literatuurstudie, vonden we in de Nederlandse literatuur geen overzichtsstudies met betrekking tot preventie bij ziekte of overlijden binnen het gezin.

#### **Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Ouders met psychiatrische problemen of met een verslaving**

#### **4.15 Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Ouders met psychiatrische problemen of met een verslaving: Internationale overzichtsstudies**

Tabel 13: Internationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor preventieve interventies in gezinnen met aanwezige risico's op het niveau van het gezin/de opvoedingscontext: Ouders met psychiatrische problemen of met een verslaving.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Beardslee, Hosman Solantaus, Van Doesum, & Cowling (in druk)	Verslaafde ouders of ouders met een mentale stoornis	Trad. Review	NG <sup>3)</sup>	a) e)	NG <sup>3)</sup>
Doggett, Burrett, & Osborn, 2006	Verslaafde moeders	Syst. Review	6	a) e)	Pre- en postnataal
Field, 1998	Depressieve ouder(s)	Trad. Review	5	a)	Voorschools
Nylen, Moran, Franklin, & O'Hara, 2006	(Postnatale) depressie van moeders	Trad. Review	12	a)	Voorschools of NG <sup>3)</sup>

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review) of systematische overzichtsstudie (Syst. Review)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)



Tabel 13 biedt een weergave van de vier internationale overzichtsstudies die we vonden met betrekking tot interventies in gezinnen ter preventie van problematiek bij kinderen van ouders die kampen met psychiatrische problematiek (KOPP) of een verslaving. Deze vier studies zullen in deze paragraaf centraal staan.

#### 4.15.1 *Interventies bij depressie van moeder*

In 1998 publiceerde Field een beknopt verhalend overzicht van de effecten van depressie van moeders op hun jonge kinderen en vroegtijdige interventies die konden worden ingezet om dergelijke effecten positief te beïnvloeden. Zij includeerde een vijftal interventies van haar eigen onderzoeksteam. De eerste interventie richtte zich op de aanwezige ‘natuurlijke buffers’ voor de negatieve effecten van moeders depressie, zoals de niet depressieve vaders en/of leidsters in de kinderopvang of peuterspeelzaal waar de kinderen kwamen (Martinez e.a., 1996). De tweede interventie betrof massagetherapie voor de kinderen (Field, Grizzle, Scafidi, Abrams, & Richardson, 1996). Een derde interventie categorie was gericht op de gemoedstoestand van moeder: muziektherapie (Field e.a., 1998) en massagetherapie (Hart, Field, DelValle, & Letourneau, 1998). Interventie vier had betrekking op het coachen van interactie tussen moeder en kind door moeders instructies te geven over imitatie en hun baby's aandacht trekken (Pickens & Field, 1993; Malphurs e.a., 1996). Tot slot werd als vijfde interventie een poging gedaan de leefstijl van adolescente moeders te beïnvloeden (Field e.a., 2000). De moeders ontvingen een sociaal, onderwijs- en werkgerelateerd revalidatieprogramma en psychosociale begeleiding in de vorm van ontspanningstherapie, muziektherapie, massagetherapie, interactietraining en opvang voor hun kinderen. Field concludeerde dat programma's gericht op verbeteringen in de gemoedstoestand van de moeders (b.v. muziek- en massagetherapie) en prikkelreductie voor de kinderen (b.v. met behulp van dezelfde programma's) de responsiviteit van moeders en jonge kinderen voor interactiebegeleiding verhogen en hun interacties verbeteren.

Zeer recent werd door Nylen, Moran, Franklin en O'Hara (2006) een overzicht gepubliceerd van 12 effectstudies die interventies evalueerden voor gezinnen met een moeder met een (postnatale) depressie. In verschillende studies waren de moeders klinisch gediagnosticeerd, in andere studies was de definiëring van depressie gebaseerd op zelfrapportagematen.

Op basis van een evaluatie door Cooper e.a. (2003) en Murray e.a. (2003) van drie vormen van psychotherapie en een evaluatie van inter-persoonlijke psychotherapie door Forman e.a. (2005) concludeerden de auteurs (Nylen e.a., 2006) dat individuele psychotherapie significante positieve effecten heeft op depressie van moeders (tenminste op korte termijn). De auteurs merkten op dat niet duidelijk is waarom de kinderen van deze moeders niet van de interventie profiteren. Ze suggereerden dat mogelijk een aparte focus op de moeder-kind relatie nodig is voor successen in dit domein.

Nylen e.a. (2006) bespraken vervolgens de moeder-kind psychotherapie van Fraiberg e.a. (1975, 1987) en de 'Watch, Wait, and Wonder' (WWW) methodiek van Johnson e.a. (1980) gefocust op sensitieve responsiviteit van moeders. De methodiek van Fraiberg is niet afzonderlijk experimenteel geëvalueerd en veel concepten en technieken zijn slecht uitgewerkt. De ondersteuning voor deze methode komt voornamelijk van beschreven casussen. Echter, Cohen e.a. (1999) vergeleken de psychodynamische psychotherapie (PPT) van Fraiberg en collega's met de WWW methodiek. WWW en PPT bleken vergelijkbare effecten te weeg te brengen. Wel traden de effecten bij WWW sneller op dan bij PPT. Gesuggereerd werd dat de focus in WWW op de eigen

effectiviteit van kinderen en de eigen effectiviteit van moeders met betrekking tot opvoeding, mogelijk de belangrijkste factoren zijn verantwoordelijk voor dit eerdere succes van WWW. Nylén en collega's (2006) concludeerden dat er op basis van deze resultaten sterke onderbouwing is dat moeder-kind psychotherapie bevorderlijk is voor zowel moeders als kinderen.

Cichetti en collega's (1999, 2000) ontwikkelden een peuter-ouder psychotherapie (TPP) op basis van de gehechtheidstheorie. Het versterken van de ouder-kind relatie en interactie stond centraal. Van deze methode werden positieve effecten gevonden onder andere op veilige gehechtheid van de kinderen. Tenslotte evalueerden Clark, Tluczek en Wenzel (2003) de effectiviteit van een moeder-kind psychotherapie in groepsverband en individueel. Nylén e.a. (2006) gaven aan dat de bevindingen van deze beide evaluaties van moeder-kind psychotherapie veelbelovend waren. Ze suggereren de bruikbaarheid van deze methodiek bij postnatale depressie. De twee behandelingen die Clark e.a. evalueerden bleken vergelijkbare uitkomsten te bewerkstelligen. Nylén e.a. (2006) benadrukten daarom dat nader methodologisch grondig onderzoek nodig was om de therapeutische mechanismen bloot te leggen die leiden tot meer positieve kinduitkomsten en bescherming tegen negatieve kinduitkomsten.

Naast deze psychotherapeutische programma's bespraken Nylén en collega's een aantal programma's waarin huisbezoeken gebruikt werden als interventiemethode. Het betrof de interventies van Cooper e.a. (2002); Field e.a. (1996, 2000); Gelfand e.a. (1996); en Lyons-Ruth e.a. (1990). Hierin zien we onder andere de massagetherapie van Field en collega's terugkomen. Nylén e.a. concludeerden hierover dat moeders massagetherapie zouden kunnen gebruiken om met behulp van deze relatief eenvoudige en weinig intensieve techniek de slaap van hun baby's en daarmee wellicht van zichzelf te bevorderen. Deze methodiek bleek bovendien te resulteren in een gewichtstoename van de kinderen. Meer onderzoek is nodig om de effectieve mechanismen achter deze methodiek te identificeren en de mogelijke directe of indirecte effecten op de depressie van de moeders in kaart te brengen. Ondermeer naar aanleiding van de effecten van het thuisprogramma van Cooper e.a. concludeerden de auteurs (Nylén e.a., 2006) verder dat wellicht een combinatie van meer traditionele therapieën ter reductie van symptomen gecombineerd met psychotherapie nodig is om een reductie in symptomen daadwerkelijk teweeg te brengen.

Samengevat stelden Nylén en collega's (2006) dat moeder-kind psychotherapie en homevisiting programma's gemiddeld effectief zijn in het verminderen van negatieve consequenties van moeders depressie voor hun kinderen. Desalniettemin moet het veld verder gaan met het bestuderen van (a) de wijze waarop behandel-effecten op langere termijn gehandhaafd kunnen worden en (b) de mechanismen die leiden tot de positieve effecten. Het is aannemelijk dat de meest effectieve behandelingen zowel de behoeften van moeder en kind als hun relatie centraal stellen.

- 4.15.2 *Interventies in gezinnen met verslaafde ouders of ouders met psychiatrische problemen*  
Beardslee, Hosman, Solantaus, Van Doesum en Cowling zullen binnenkort een boekhoofdstuk publiceren over de begeleiding van kinderen en gezinnen waarin één of beide ouders last hebben van psychiatrische problematiek of een verslaving (Beardslee e.a., in druk). Zij behandelen achtereenvolgens (a) moeder-baby programma's, (b) gezinsgerichte preventieve interventies, (c) groepsprogramma's ter preventie van depressie bij hoog-risico adolescenten en (d) programma's voor kinderen en gezinnen wanneer sprake is van middelgebruik door ouders. In de eerste categorie (a) komen de eerdere overzichtsstudie van Field aan bod, die we hierboven beschreven, en het programma van Field en collega's (2000) gericht op sociale, onderwijskundige en beroepsmatige revalidatie van adolescente depressieve moeders die een hoog risico

hadden voor het ontstaan van een chronische depressie (zoals geconstateerd op basis van een screening op een risicoindex). 's Morgens ontvingen de moeders onderwijs en 's middags namen zij deel aan verschillende activiteiten. Gedurende drie maanden werden de kinderen in kinderdagverblijven opgevangen. Eén uur per dag assisteerden de moeders de leidsters in de opvang. Als gevolg van de interventie was de interactie tussen moeder en kind positiever, was de groei van kinderen verbeterd, en waren biochemische waarden van zowel moeder als kind genormaliseerd. In categorie (a) bespreken Beardslee e.a. bovendien een Nederlands programma van Van Doesum, Hosman, en Riksen-Walraven (2005). Dit programma bestaat uit video-hometraining ten behoeve van de moeder-kind interactie, modellering, pedagogische begeleiding, baby massage en het veranderen van negatieve gedachten. De eerste uitkomsten van deze interventie op moeder-kind interactie, gehechtheid en kinderlijke ontwikkeling zijn veelbelovend.

In de categorie gezinsgerichte programma's (categorie b) bespreken Beardslee en collega's een project uit de eigen onderzoeksgroep (Beardslee, Wright, Rothberg, Salt, & Versage, 1996). In één groep ontvingen ouders in twee groepsbijeenkomsten informatie – een soort bijscholingen – zonder aanwezigheid van hun kinderen. In een andere groep werden 6 tot 11 sessies georganiseerd waarin eerst kinderen en ouders apart begeleid werden en vervolgens in gezamenlijke bijeenkomsten de gezinsconversatie op gang geholpen werd. Ouders in beide groepen voelden zich geholpen. RCT's hebben de effectiviteit van beide programma's bevestigd en daarnaast aangetoond dat de uitgebreidere tweede interventie het meest effectief was (Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper, 2003; Beardslee, Wright e.a., 1997; Beardslee, Versage e.a., 1997). Op langere termijn hadden de kinderen meer begrip en minder internaliserende problemen.

Als groepsbehandeling voor adolescenten met depressieve ouders (categorie c) bespreken Beardslee e.a. (in druk) evenals Horowitz en Garber (1996) en Merry e.a. (2006) de Coping With Stress Course van Clarke en collega's (2001). Dit betreft 15 sessies ten behoeve van cognitieve herstructurering voor adolescenten in groepen van 6 tot 10 onder leiding van een getrainde therapeut. Het programma leidde tot krachtige preventieve effecten op de CES-D depressievragenlijst en algemeen functioneren van de deelnemende jongeren.

Met betrekking tot preventie in gezinnen waar de ouders verslaafd zijn (categorie c) werden de gezinsgerichte programma's, het 'Focus on Families Program' (Catalano, Gaine, Fleming, Haggerty, & Johnson, 1999) en het 'Strengthening Families Program'<sup>53</sup> (Aktan, Kumpfer, & Turner, 1996) besproken<sup>54</sup>. Daarnaast kwam het schoolprogramma 'Stress Management and Alcohol Awareness Program (SMAAP; Short e.a., 1995) aan bod. Zie met betrekking tot deze categorie ook het overzicht hieronder van Doggett en collega's (2006) en het overzicht van Cuijpers (1999) in Paragraaf 4.16.

Beardslee e.a. (in druk) concluderen dat bestaande programma's vooral onderwijzend zijn of bestaan uit korte publieke gezondheidszorginterventies. Deze programma's lijken van waarde voor de toekomst. De auteurs benadrukken dat programma's zouden moeten bestaan uit verschillende strategieën die tenminste begeleiding van zowel de kinderen als de ouders als opvoeder, en het hele gezin zouden moeten bevatten.

<sup>53</sup> Zie toelichting van dit programma bij de bespreking van Bolier en Cuijpers (2000) in Paragraaf 4.6.

<sup>54</sup> Notabene: Bolier en Cuijpers (2000) gaven in Paragraaf 4.6 een overzicht van interventies gericht op de preventie van middelengebruik cq verslaving van kinderen en jeugdigen. Daarmee ligt de focus anders dan in deze studie van Beardslee e.a. (in druk) waar de preventie van problematiek van kinderen van verslaafde ouders centraal staat. In beide studies wordt echter het Strengthening Families programma genoemd, dat er op gericht is om opvoedingsvaardigheden van verslaafde ouders te verbeteren om zodoende middelgebruik van hun kinderen te voorkomen. Dit programma sluit daarmee bij beide perspectieven aan.

#### 4.15.3 *Huisbezoeken tijdens de zwangerschap en na de geboorte voor alcohol- of drugsverslaafde moeders*

Doggett, Burrett en Osborn (2006) boden een overzicht van 6 studies waarin moeders met een verslaving tijdens de zwangerschap of na de geboorte van hun kind huisbezoeken kregen. Zij evalueerden studies van Black e.a. (1994); Butz, Lears, O'Neil en Lukk (1998; zie ook Butz e.a., 2001); Dakof e.a., 2003; Grant, Ernst en Streissguth (1996; zie ook Kartin, Grant, Streissguth, Sampson, & Ernst, 2002); Quinlivan, Box, Cooke en Evans (2000; zie ook Quinlivan, Box en Evans, 2000); en Kettinger, Nair en Schuler (2000; zie ook Schuler, Nair, Black, en Kettinger, 2000). De huisbezoeken werden door verschillende ondersteuners uitgevoerd, waaronder verloskundigen, wijkverpleegkundigen, jeugdverpleegkundigen en getrainde maatschappelijk werkers. Black e.a. (1994), Dakof e.a. (2003) en Schuler e.a. (2000) richtten zich (overwegend) op Afrikaans Amerikaanse moeders. Er werd gebruik gemaakt van verschillende interventies, maar 3 studies gebruikten het Carolina Preschool Curriculum and Hawaii Early Learning Program (Black e.a., 1994; Butz e.a., 1998, 2001; Schuler e.a., 2000).

Huisbezoeken na de geboorte bleken de betrokkenheid van de moeders in drugsbehandelprogramma's te vergroten, maar er waren onvoldoende data om een uitspraak te doen over verbeteringen in de gezondheid van moeder en/of baby. Verder werden als gevolg van huisbezoeken door verloskundigen na de geboorte effecten gevonden op een beter gebruik van voorbehoedsmiddelen, een trend tot een afname in onvrijwillige opvang van kinderen in pleeggezinnen en een afname in bewust aangebracht letsel bij kinderen. Schuler e.a. (2000) rapporteerden bovendien een afname in de betrokkenheid van de kinderbescherming en Black e.a. (1994) rapporteerden lagere scores op de CAPI (Child Abuse Potential Inventory). Andere effecten op bijvoorbeeld middelengebruik waren niet significant. Over het algemeen dient vermeld dat de meeste studies de nodige methodologische beperkingen bleken te hebben, in het bijzonder veel uitval voor de follow-up (Doggett e.a., 2006).

Doggett e.a. (2006) concludeerden dat er onvoldoende bewijs is om huisbezoeken van verslaafde moeders routinematig aan te bieden. Meer grootschalige kwaliteitsstudies zijn nodig om de effectiviteit te evalueren, ook van meer huisbezoeken die reeds voor de geboorte aanvangen. De auteurs wezen erop dat het belangrijk is om multidisciplinaire teams in te zetten om zo de verschillende individuele behoeften van cliënten te kunnen waarborgen, effecten tijdens en na de zwangerschap te bereiken en continue zorg pre- en peri- en postnataal te kunnen bieden tot de kinderen klaar zijn voor voorschoolse interventieprogramma's. Bovendien zijn evaluaties van de beoordeling van de huisbezoeken door de deelnemende moeders nodig, aldus Doggett e.a. (2006).

#### 4.15.4 *Conclusie*

In het voorgaande bespraken wij vier overzichtsstudie op het gebied van interventies bij gezinnen waarin één of beide ouders ofwel psychiatrische problemen hebben, ofwel verslaafd zijn. Verscheidene interventies bij depressie van moeders passeerden de revue. Het betrof programma's van Field en collega's die gebruikmaakten van muziek- en massagetherapie (Field e.a., 1998; Hart e.a., 1998); psychotherapie (o.a. Cichetti e.a., 1999; Fraiberg e.a., 1987; Johnson e.a., 1980) of huisbezoeken (o.a. Cooper e.a., 2002; Gelfand e.a., 1996; Lyons-Ruth e.a., 1990). Daarnaast bespraken Beardslee en collega's (in druk) programma's ter begeleiding van zowel ouder als kind (b.v. Beardslee e.a., 2003) en een groepsinterventie voor adolescenten met depressieve ouders (Coping With Stress Course, Clarke e.a., 2001). Samengevat vonden we informatie over een breed scala aan methodieken. Nylen en collega's (2006) concludeerden hierover dat zowel

moeder-kind psychotherapie als homevisiting programma's gemiddeld effectief zijn in het verminderen van negatieve consequenties van moeders depressie voor kinderen. Field (1998) zag waardevolle verbeteringen naar aanleiding van programma's gericht op de gemoedstoestand van moeders en prikkelreductie van kinderen. En ook Beardslee e.a. (in druk) zagen de door hen beschreven programma's als waardevol voor de toekomst. Er zal echter meer onderzoek nodig zijn om meer zicht te krijgen op mechanismen die leiden tot effecten om zodoende een betere keus te kunnen maken voor specifieke evidence-based programma's of elementen uit bestaande geëvalueerde programma's.

In deze paragraaf kwamen ook interventies ter begeleiding van gezinnen met één of twee verslaafde ouders aan bod. Beardslee e.a. (in druk) bespraken een aantal gezinsgerichte programma's en een schoolprogramma. Zij rapporteerden positieve effecten zowel op opvoeding als problematisch gedrag van jeugdigen. Doggett e.a. (2006) gingen in op vroegtijdige preventie tijdens de zwangerschap of kort daarna. Ook zij rapporteerden positieve effecten voor zowel opvoeding, ouder als kind. Echter, zij wezen op de nodige methodologische beperkingen van de studies. Samengevat is ook met betrekking tot interventies in gezinnen met verslaafde ouders meer kwalitatief goed en grondig onderzoek nodig om gevonden effecten meer te kunnen ondersteunen en meer zicht te krijgen op effectieve elementen van interventies.

#### 4.16 Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het gezin of de opvoedingscontext: Ouders met psychiatrische problemen of met een verslaving: Nationale overzichtsstudies

In tegenstelling tot in de internationale literatuur, vonden we in de nationale literatuur geen overzichtsstudies met betrekking tot preventie in gezinnen waar ouders kampen met psychiatrische problemen. Wel vonden we één nationale overzichtsstudie over preventieprogramma's ter ondersteuning van kinderen van ouders met verslavingsproblematiek. Deze studie, van Cuijpers (1999), is weergegeven in Tabel 14.

Tabel 14: Nationale overzichtsstudies met primaire aandacht voor de preventie in gezinnen met aanwezige risico's op het niveau van het gezin/de opvoedingscontext: Ouders met een verslaving.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Cuijpers, 1999	Alcoholproblematiek ouders	Trad. Review	9	a) b) e)	Schoolleeftijd

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

Cuijpers (1999) gaf een overzicht van de literatuur op het gebied van preventieprogramma's voor kinderen van alcoholafhankelijke ouders (KAO's). Hij beschreef projecten voor kinderen met het risico op ernstige psychische problemen doordat tenminste één van de ouders kampt met alcoholproblemen. Allereerst kwamen vijf schoolgerichte modelprogramma's aan bod, waarvan we SMAAP eerder in de studie van Beardslee e.a. (in druk) genoemd zagen:

- *Project 25*

(Ridell, 1988: New York, 4 algemene lessen in klasverband, ten behoeve van kennis en identificatie van kinderen van

- alcoholafhankelijke ouders (KAO's), vervolgens een ondersteuningsgroep (45 tweewekelijkse sessies, 2 schooljaren, gericht op kennis, coping en ondersteuning. Scholieren 11 & 12 jaar)

(Short e.a., 1995; Roosa e.a., 1990: film over situatie KAO's, ten behoeve van kennis, identificatie en ondersteunende omgeving, vervolgens (a) ondersteuningsgroep en (b) persoonlijke trainer (student) met als doelen: kennis, coping, sociale steun mobiliseren en verwerking. Basisschoolkinderen)
- *SMAAP (Stress Management and Alcohol Awareness Program)*

(Short e.a., 1995; Roosa e.a., 1990: film over situatie KAO's, ten behoeve van kennis, identificatie en ondersteunende omgeving, vervolgens (a) ondersteuningsgroep en (b) persoonlijke trainer (student) met als doelen: kennis, coping, sociale steun mobiliseren en verwerking. Basisschoolkinderen)
- *CASPAR (Cambridge and Somerville Program for Alcoholism Rehabilitation)*

(Davis e.a., 1994; DiCicco e.a., 1983, 1984: BASIC-programma met algemene informatie over alcoholgebruik en -misbruik voor geïnteresseerde jongeren en een ondersteuningsgroep voor KAO's gericht op kennis, vaardigheden en ondersteuning. 12- tot 18-jarigen)
- *STAR-project (Students Together And Resourceful)*

(Emshoff, 1990: klassikale film over situatie KAO's ten behoeve van kennis, identificatie en ondersteuning, vervolgens ondersteuningsgroep voor KAO's (18 bijeenkomsten) gericht op kennis, competentie, sociale steun en coping. Hogere klassen middelbaar onderwijs)
- *Images within*

(Woodside e.a., 1997: klassikale lessenserie over KAO's ter vergroting van kennis en copingstrategieën. Geen vervolginventie. Scholieren 12-15 jaar)

Naar Project 25 en CASPAR waren slechts evaluatieonderzoeken gedaan waarin de deelnemers na afloop van het programma een beoordeling gaven. De oordelen over de programma's door de deelnemers waren positief. Zij gaven aan minder eenzaam te zijn en het bespreken van problemen in groepsverband als steunend ervaren te hebben. Vooral de sociale steun leek als werkzaam element ervaren te worden. Het SMAAP programma werd twee keer in een RCT geëvalueerd (steekproeven 81 en 271 KAO's; Roosa e.a., 1990; Short e.a., 1995). In de eerste RCT waren betere scores voor de interventie- versus controleconditie te zien op positieve copingstrategieën, hulpzoekgedrag en depressie. In de tweede RCT werd meer kennis over alcohol en de gevolgen van alcoholmisbruik van een ouder voor de rest van het gezin gevonden na het programma in vergelijking tot voor aanvang van het programma. Verder werd de verbetering in copingstrategieën in de interventiegroep bevestigd. Het STAR programma werd in één RCT geëvalueerd door Emshof (1990; steekproefomvang circa 200). Er werden positieve effecten van het programma gevonden op sociale steun, depressieve klachten, eenzaamheid, zelfwaardering, en gevoel van zelfcontrole. Tenslotte is The Images Within in een quasi-experimentele studie onderzocht (Woodside e.a., 1997;  $N = 588$ ). Er werden verschillende positieve effecten gevonden: meer kennis over alcoholproblematiek, nieuwsgierigheid, meer contacten met anderen en meer hulpgedrag naar anderen. Meisjes bleken daarbij beter te scoren dan jongens, en hogere klassen beter dan lagere.

Verder besprak Cuijpers (1999) een viertal andere (mogelijke) preventieprogramma's voor KAO's:

- 1) Een programma gericht op zoons van vaders die veroordeeld zijn wegens rijden onder invloed (Maguin e.a., 1994; Nye e.a., 1995).
- 2) Programma's gericht op KAO's die in behandeling zijn voor hun problemen, via de reguliere verslavingszorg. In Nederland bestaan in een aantal regio's 'KVO-bureaus' (Kinderen van Verslaafde Ouders) ter ontwikkeling van dergelijke hulpverlening. Er is geen onderzoek naar bekend.
- 3) Zelfhulpprogramma's:
  - a. 'Alateen-groepen' (Alcoholics Anonymous for Teenagers) bedoeld voor adolescenten (Peitler, 1980)
  - b. 'ACA-groepen' (Adult Children of Alcoholics) bedoeld voor volwassenen

Beide programma's zijn gebaseerd op de AA-groepen (Anonieme Alcoholisten).

- 4) Een massamediaal programma (Casement, 1988; Verenigde Staten).

Over deze vier (mogelijke) preventieprogramma's is minder bekend dan over bovenstaande vijf modelprogramma's. Het eerste programma werd geëvalueerd door Maguin en collega's (1994) en Nye en anderen (1995). In de experimentele condities (a. deelname door beide ouders, b. alleen moeders) bleken kinderen beter te scoren op positief gedrag dan de controleconditie (geen deelname). Het betreft meegaand en beleefd gedrag en goed spelen. Echter op negatief gedrag (agressie, negatieve reacties uitlokken, hyperactief) en affectie van kinderen tegenover hun ouders werden geen effecten gevonden. De effecten waren het sterkst wanneer de ouders gezamenlijk deelnamen. Naar de tweede variant – hulp via de verslavingszorg – zijn geen gecontroleerde studies bekend. Daarbij dient vermeld te worden dat het aantal kinderen dat via de verslavingszorg bereikt kan worden beperkt is omdat slechts een beperkt aantal alcoholafhankelijke personen hulp zoekt in de verslavingszorg. De zelfhulpgroepen (3: Alateen/ACA) werden wel onderzocht in een gerandomiseerd onderzoek (Peitler, 1980). In deze studie werden 36 adolescenten toegewezen aan één van drie condities: Alateen, groepstherapie of geen behandeling. Er vonden metingen plaats voor en na het programma. Als gevolg van de groepstherapie werd meer eigenwaarde en minder antisociaal gedrag van de adolescenten gevonden. In de Alateen- en controlegroep werden geen duidelijke veranderingen geconstateerd. Tot slot was de informatie over de massamediale campagne in de Verenigde Staten erg beperkt. In de publicatie over het programma (Casement, 1988) werd nauwelijks ingegaan op de exacte inhoud van dit programma en de verdere plannen ermee. Mogelijk betrof het een eenmalige activiteit. Er werd door Cuijpers (1999) geen onderzoek gevonden naar de effecten ervan.

#### 4.16.1 *Conclusie*

Hierboven werd ingegaan op de overzichtsstudie van Cuijpers (1999) naar preventieprogramma's ter preventie van psychosociale problematiek van kinderen van alcoholafhankelijke ouders (KAO's). Cuijpers concludeerde dat er enige schoolgerichte preventieprogramma's gericht op KAO's waren ontwikkeld maar dat slechts enkele effectstudies beschikbaar waren. Bovendien waren deze deels van geringe methodologische kwaliteit. Daarbij bleek de bereidheid tot deelname door alcoholafhankelijke ouders een probleem. Cuijpers gaf aan dat bij de niet-alcoholafhankelijke ouder binnen hetzelfde gezin mogelijk minder uitval is en het wellicht nuttig is om preventieve activiteiten op deze doelgroep te richten.

In Nederland waren ten tijde van Cuijpers publicatie (1999) vrijwel geen preventieactiviteiten gericht op KAO's, laat staan dat hier evaluatieonderzoek naar uitgevoerd was. De studies die beschikbaar waren, betroffen internationale studies. Deze studies leken te wijzen op mogelijkheden om kennis te over de problematiek rondom alcoholafhankelijkheid (van ouders) te vergroten en copingstrategieën te verbeteren. In geen van de studies werd het effect van programma's op psychische of psychiatrische stoornissen van kinderen onderzocht. Hetzelfde gold voor vermindering of voorkomen van psychische stoornissen en/of klachten in de adolescentie of op latere leeftijd.

Samengevat werden doorgaans positieve effecten gevonden van preventieve activiteiten ter preventie van problematiek van KAO's, maar was onvoldoende evidentie om krachtige uitspraken te doen over de werkzaamheid van de programma's op korte termijn. De lange termijn effecten waren niet onderzocht. Verder was niet duidelijk hoe de duur en intensiteit van de programma's optimaal zouden zijn, wat de beste leeftijd was, of welke ondersteunende activiteiten gericht op de ouders de effecten zouden kunnen versterken.

In ons overzicht van de internationale literatuur met betrekking tot preventie bij alcoholafhankelijke ouders, bespraken we eerder studies van Beardslee e.a. (in druk) en Doggett e.a. (2006), zie Paragraaf 4.15. Doggett en collega's gingen in op preventie in de prenatale fase en kort na de geboorte in gezinnen waarin moeder alcohol- of drugsverslaafd was. Zij richtten zich daarmee op vroegtijdige preventie gericht op ouders, terwijl het in de nationale studie van Cuijpers (1999) hierboven ging om programma's gericht op zowel ouders als kinderen in de schoolleeftijd. Beardslee e.a. (in druk) gaan slechts beknopt in op een aantal programma's en noemen ondermeer ook SMAAP, het programma dat hierboven ook aan bod kwam. Zowel de internationale studies als de nationale studie van Cuijpers duiden op het tekort aan empirisch bewijs om beschikbare programma's routinematig aan te bieden. Hiertoe zal eerst nader evaluatief (effect)onderzoek nodig zijn.

### **Overige overzichten van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's**

#### **4.17 Overige internationale overzichten van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's**

Een aantal internationale overzichtsstudies pasten niet in de hiervoor gehanteerde rubricering. Het betreft een studie naar opvoedingsprogramma's voor tienermoeders; een overzicht van secundaire preventieprogramma's in verschillende populaties; een overzicht van interventies ter bevordering van een sensitieve opvoeding en veilige gehechtheid; en interventies in gezinnen waarin een gezinslid kanker heeft. Deze studies zullen in deze paragraaf centraal staan. Zie Tabel 15 voor een overzicht van deze studies.



Tabel 15: Overige internationale overzichtsstudies van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Coren & Barlow, 2006	Adolescente ouders	Syst. Review	4	a) b) e)	Zuigelingen met moeders < 20 jaar
Lagerberg, 2000	Divers: sociaal gedepriveerde gezinnen, gezinnen met premature kinderen of kinderen met een laag geboortegewicht, en andere problematiek (kindermishandeling, sensitiviteit/gehechtheid, postnatale depressie)	– Syst. Review – Meta-analyse	21	a) b) d) e)	NG <sup>3)</sup>
Scott, Prictor, Harmsen, Broom, Entwistle, Sowden, & Watt, 2006	Gezinslid met kanker	Syst. Review	5	e)	6-17 jaar
Van IJzendoorn, Juffer, & Duyvesteyn, 1995	Divers: o.a. lage SES, weinig sociale steun, prematuriteit, adoptie, depressie moeders, onveilig gehechtheid	– Syst. Review – Meta-analyse	16 12	a)	Prenataal - 18 maanden postnataal

1) Systematische overzichtsstudie (Syst. Review) of Systematische meta-analyse (Meta-analyse)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

#### 4.17.1 *Preventie van psychosociale problematiek in gezinnen met adolescente ouders*

In de voorgaande paragrafen deden we reeds verslag van verschillende overzichtsstudies wanneer sprake was van risico's op het niveau van het gezin cq de opvoedingscontext. Ook in de studie van Coren en Barlow (2006) was sprake van een risico op het niveau van de opvoedingscontext. Zij beschreven de effectiviteit van opvoedingsprogramma's ter bevordering van de psychosociale ontwikkeling van tienerouders en hun kinderen. Het gemene risico in de beschreven studies is het adolescente ouderschap. Deze studie past daarmee echter niet in de categorieën die we eerder creëerden: kindermishandeling, echtscheiding en overlijden, KOPP en verslaving. Daarom wordt deze studie hier apart behandeld in de categorie 'overigen'.

Coren en Barlow (2006) includeerden vier RCT's van individuele of groepsmatige ouderprogramma's voor moeders jonger dan 20 jaar gericht op positieve veranderingen in opvoedingsgedrag, attitudes, overig gedrag, vaardigheden en kennis, aangeboden voor of na de bevalling. De studies die in het overzicht aan bod kwamen waren:

- Een studie van Koniak-Griffin e.a. uit 1992 ter evaluatie van een één-op-één ouderprogramma dat moeders thuis video-instructie met feedback bood;
- Een studie van Truss en collega's (1997) die de effectiviteit van een 10 tot 12 weken durend ouderprogramma gericht op de bevordering van de ontwikkeling van zuigelingen evalueerde. In de geëvalueerde interventie werden gedurende de eerste 4 levensjaren ook folders uitgereikt ter bevordering van de moeder-kind interactie;

- c) Een effectstudie door Lagges en Gordon (1999) waarin de evaluatie van een korte interactieve *laser disc*<sup>55</sup> en gekoppelde groepsdiscussies centraal stond;
- d) De evaluatiestudie door Black en Teti (1997) van een 15 minuten durende cultuurgevoelige videoband met modelgedrag voor maaltijdsituaties.

De ouderprogramma's (zowel individueel als in groepen) lieten op verschillende ouder- en kindvariabelen resultaten zien in het voordeel van de interventiegroep boven de controlegroep. Er werden onder andere positieve effecten gevonden op moeder-kind interactie, taalontwikkeling, ouderlijke attitudes, kennis van moeder, de communicatie van moeder tijdens maaltijden, het zelfvertrouwen van moeder en de identiteit van moeder. Conclusies werden echter beperkt vanwege het kleine aantal geïncludeerde studies, een beperkt aantal uitkomstmaten en enkele methodologische gebreken van de studies. Zo deden ouders vrijwillig mee aan het onderzoek en is niet duidelijk of zij daarmee een afspiegeling zijn van de populatie. Desondanks duiden de effectstudies op positieve uitkomsten van ouderprogramma's voor zowel de tienermoeders als hun baby's. Aanvullend onderzoek is gewenst om deze uitkomsten te bevestigen. Coren en Barlow (2006) suggereerden daarbij aandacht te besteden aan de volgende zaken:

- a) Het voor de adolescente ouders belangrijke contact met leeftijdsgenoten. Het zou kunnen zijn dat groepsinterventies vanuit dit perspectief meer succesvol zijn;
- b) Evaluatie van een brede range van uitkomstmaten, in het bijzonder van de met tienerouderschap geassocieerde risicogebieden voor kinderen: ontwikkelingsproblematiek, intellectuele tekortkomingen, ontwikkelingsachterstand, gedragsproblemen, kindermishandeling, onderwijsvaardigheden en ingrijpende veranderingen;
- c) Metingen op langere termijn omdat vanuit de literatuur bekend is dat adolescent ouderschap ook op latere leeftijd consequenties heeft voor kinderen;
- d) Inclusie van vaders.

#### 4.17.2 *Verbetering van communicatie bij een ziek gezinslid*

Evenals de studie van Coren en Barlow (2006) richtten ook Scott en collega's (2006) zich in hun Cochrane review op begeleiding van gezinnen waarbij sprake is van een risico in de gezinscontext zonder dat dit risico past binnen de door ons gehanteerde categorieën. Het gedefinieerde risico betrof kanker van een gezinslid. Er is op dit gebied nog weinig tot geen gecontroleerd onderzoek verricht. Scott e.a. evalueerden 5 effectstudies. Dit betrof geen RCT's, maar studies waarin voor- en nameting vergeleken werden: Dolgin e.a. (1997), Heiney e.a. (1990; gecontroleerde studie), Houtzager e.a. (2001), Sahler en Carpenter (1989) en Williams e.a. (1997).

Heiney en collega's evalueerden een steungroep in een steekproef van 14 kinderen. Sahler en Carpenter evalueerden een camping programma met 141 deelnemers van gemiddeld 11 jaar oud (range 6-17). Zij ontvingen een programma met recreatieve, onderwijzende en psychosociaal ondersteunende componenten. Dolgin en collega's deden onderzoek in een groep van 22 kinderen tussen 7 en 17 jaar oud (gemiddeld 11.7) die participeerden in een gestructureerde groepsinterventie, bestaand uit ondermeer groepsdiscussie, kunstzinnige therapie, rollenspellen en informele sociale interactie. Williams e.a. evalueerden een onderwijzende interventie met een steungroep in een overwegend Afrikaans-Amerikaanse groep kinderen ( $n = 22$ , gemiddeld 8.5 jaar oud, bereik 8-15). Tot slot deden Houtzager en collega's onderzoek naar een psychosociale

<sup>55</sup> Videomateriaal: de laser disc is een soort voorloper te noemen van de DVD.

steungroep voor broertjes en zusjes van zieke kinderen. De gemiddelde leeftijd in deze onderzoeksgroep was 11.3 jaar (bereik 7-18).

In de studie van Heiney en collega's (1990) werd geen verschil in sociale aanpassing gevonden tussen interventiegroep en controlegroep. In de overige studies werd beperkt bewijs gevonden voor de effectiviteit van enkele interventies voor kinderen en adolescenten met een broer of zus met kanker. Gestructureerde groepsinterventies en camping programma's voor gezonde broers en zussen vergrootte de kennis en het begrip van de ziekte en verbeterde copingsmechanismen, aanpassingsvermogen en welbevinden. Er werden geen negatieve effecten gevonden. Meer onderzoek is nodig om dit beperkte bewijs te bevestigen en de waarde van de interventies onderling te kunnen vergelijken.

- 4.17.3 *Interventies ter bevordering van sensitief opvoedingsgedrag en veilige gehechtheid*  
 Van IJzendoorn, Juffer en Duyvesteyn (1995) publiceerden in 1995 een overzicht van studies die tenminste effecten presenteerden op kind-ouder gehechtheid<sup>56</sup>. Zij evalueerden effectstudies waarin het bevorderen van sensitief opvoedingsgedrag en een veilig gehechtheid van jonge kinderen centraal stond. Er was sprake van hoog risico op verschillende niveaus: zowel niveau van het kind, het gezin als op het niveau van de sociale context. Gedefinieerde risicofactoren waren onder andere een lage SES, een beperkt sociaal steunend netwerk, prematuriteit, adoptie, depressie van moeder en meervoudige problematiek. In enkele studies waren de kinderen onveilig gehecht of hadden hun moeders een onveilige gehechtheidsrepresentatie. De auteurs gaven een systematisch overzicht van 16 studies<sup>57</sup> waarvan zij 12 studies ( $N = 869$ ) meenamen in een meta-analyse. Het betrof vroegtijdige interventies die hun aanvang hadden in de prenatale periode tot 18 maanden na de geboorte. Alhoewel het interventiedoel binnen de studies gelijk was – de kwaliteit van de kind-moeder gehechtheidsrelatie verbeteren – waren de interventiestrategieën, onderzoeksdesigns en effectiviteit divers. De meta-analyse duidde op een groter effect van de interventies op het veranderen van insensitiviteit van de ouders ( $d = 0.58$ ) dan op het positief beïnvloeden van de kind-ouder gehechtheidsrelatie ( $d = 0.17$ ). De auteurs concludeerden dat interventies effectief waren in het vergroten van sensitiviteit van moeders voor gehechtheidssignalen van hun zuigelingen (Van IJzendoorn e.a., 1995). Daarnaast kunnen interventies positieve invloed hebben op de kwaliteit van de kind-ouder gehechtheidsrelatie, al was de effectgrootte hiervoor klein. Kortdurende interventies met een duidelijke focus bleken effectiever dan langdurige interventies met een bredere doelstelling.

- 4.17.4 *Effectiviteit van psychologische secundaire preventieprogramma's*  
 Tot slot presenteren we in Tabel 15 een overzichtsstudie van Lagerberg (2000). Ook zij besprak onderzoek van interventies gericht op verschillende hoog-risico groepen. Allereerst ging zij in op de meta-analyse van Olds en Kitzman (1993) waarin 31 effectstudies (RCT's) gepubliceerd tussen 1967 en 1992 centraal stonden. Het betrof

<sup>56</sup> Bowlby (1984) benadrukte het belang van een ondersteunende, aanmoedigende, *sensitieve* opvoeder in de vroege kindertijd. Vanuit deze ondersteunende opvoedingsomgeving zou volgens Bowlby een *veilige* gehechtheidsrelatie tussen kind en ouder ontstaan. Een dergelijke veilige gehechtheidsrelatie zou gebaseerd zijn op vertrouwen en een beschermende factor zijn voor de verdere ontwikkeling van het kind. Hij definieerde gehechtheid als de neiging van kinderen om bij angst of stress - ten behoeve van veiligheid en troost - nabijheid/contact te zoeken tot een vertrouwde volwassene.

<sup>57</sup> Anisfeld e.a. (1990); Barnard e.a. (1988); Barnett e.a. (1987); Beckwith (1988); Brinich e.a. (1989); Erickson e.a. (1992); Jacobson e.a. (1991); Juffer (1993); Juffer e.a. (1994); Lambermon & Van IJzendoorn (1989); Leifer e.a. (1989); Lieberman e.a. (1991); Lyons-Ruth e.a. (1990); Meij (1992); Murray e.a. (); Van den Boom (1988).

evaluaties van homevisiting-programma's. Vervolgens besprak Lagerberg een eigen meta-analyse. Hierin waren een zevental studies opgenomen naar interventies voor sociaal gedepriveerde gezinnen (hoog risico op het niveau van de sociale context)<sup>58</sup>; een zestal studies in steekproeven met premature kinderen of kinderen met een laag geboortegewicht (hoog risico op het niveau van het kind)<sup>59</sup>; en een vijftal programma's met betrekking tot andere risico's. In de categorie 'anders/overig' nam Lagerberg één studie mee op het gebied van kindermishandeling (hoog risico op het niveau van de opvoedingscontext, zie ook Paragraaf 4.11 en 4.12)<sup>60</sup>; één studie gericht op sensitiviteit en gehechtheid (zie ook de studie van Van IJendoorn en collega's hierboven)<sup>61</sup>, en drie studies van interventies bij postnatale depressie (zie ook Paragraaf 4.15)<sup>62</sup>.

In eerdere reviews met betrekking tot psychologische secundaire preventie werd het belang van intensieve, langdurige huisbezoekregelingen en vroegtijdige voorschoolse programma's voor jonge kinderen onderschreven. Op basis van haar eigen meta-analyse concludeerde Lagerberg dat homevisiting-programma's verschillende uitkomstmaten positief kunnen beïnvloeden, zoals: gezondheidsgerelateerd gedrag, de veiligheid van kinderen en stimulatie van de kinderen door hun ouders. Volgens Lagerberg is het – met name door een gebrek aan duidelijke definities en gestandaardiseerde meetinstrumenten – moeilijk om effecten op kindermishandeling aan te tonen. Desondanks bleken huisbezoeken te kunnen leiden tot andere winsten zoals minder ongelukken en ernstige verwondingen en meer veiligheid binnenshuis. Ook bleek de cognitieve ontwikkeling van premature kinderen en kinderen met een laag geboortegewicht door huisbezoeken positief te kunnen worden beïnvloed. Met name indien het homevisiting-programma gecombineerd wordt met een vroegtijdig stimuleringsprogramma in afdelingen neonatologie en voorschoolse opvang.

Lagerberg vond verder eenduidige resultaten met betrekking tot de begeleiding van gezinnen waarin moeders een postnatale depressie hadden: deze moeders hadden baat bij geringe begeleiding door verpleegkundigen. De interventies die geëvalueerd werden door Holden e.a. (1989); Wickberg en Hwang (1996); en Cullinan (1991) werden uitgevoerd door verpleegkundigen die niet specifiek voor de programma's waren getraind. Al na korte tijd (één wekelijkse sessie gedurende 6-8 weken) werd verbetering gevonden als gevolg van de contacten.

Ondanks positieve uitkomsten was Lagerberg voorzichtig in haar conclusies. Ze gaf aan dat homevisiting-programma's geen wondermiddel vormen waarvoor succes gegarandeerd is. De effecten lopen uiteen tussen programma's, plaatsen en populaties. Daarnaast is er een verschil in de mate waarin de programma's succesvol geïmplementeerd werden zoals bedoeld. De programma's lieten soms positieve effecten in bepaalde domeinen zien terwijl andere domeinen achterbleven. Daarom deed Lagerberg de aanbeveling verder onderzoek te doen naar effectiviteit, implementatie en kwaliteit van verschillende interventies voor verschillende doelgroepen met verschillende hulpverleners, op verschillende plaatsen en in verschillende settings. Aanvullend deed Lagerberg een aantal voorlopige suggesties. Zo zouden volgens Lagerberg systematische homevisiting-programma's volgens de ideeën van Olds (vooropgezet, intensief, langdurend, navolgbaar, indien mogelijk zonder wisseling van

<sup>58</sup> Black e.a., 1994; Gutelius e.a., 1972, 1977; Hardy & Street, 1989; Johnson e.a., 1993; Kitzman e.a., 1997; Olds, 1992; Powell & Grantham-McGregor, 1989

<sup>59</sup> Achenbach e.a., 1990, 1993; Barrera e.a., 1986; Brooks-Gunn, Gross e.a., 1992; Brooks-Gunn, Liaw e.a., 1002; Rauh e.a., 1988; Resnick e.a., 1987, 1988; Scarr-Calapatek & Williams, 1973

<sup>60</sup> Gray e.a., 1979

<sup>61</sup> Van den Boom, 1994

<sup>62</sup> Cullinan, 1991; Holden e.a., 1989; Wickberg & Hwang, 1996

hulpverlener van de zwangerschap tot in de kindertijd) ingezet moeten worden. Om stigmatisatie te voorkomen zouden deze programma's gericht kunnen worden op geografisch groepen die geselecteerd worden op basis van gezondheidsindicatoren. Speciale aandachtsgroepen die Lagerberg hierbij verder noemde, zijn gezinnen met een risico voor kindermishandeling, sociaal gedepriveerde gezinnen en ouders met psychiatrische problematiek. Verder zouden kinderen met een laag geboortegewicht en premature kinderen volgens Lagerberg een neonataal stimulatieprogramma, huisbezoeken en kwalitatief goede voorschoolse opvang moeten krijgen. Dergelijke voorschoolse begeleiding adviseerde Lagerberg ook voor kinderen met een psychosociaal risico en kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (KOPP). Medewerkers in de gezondheidszorg zouden onderwijs en training moeten krijgen met betrekking tot kindermishandeling gerelateerde zaken, aldus Lagerberg. Verder zou er een screening moeten zijn voor postnatale depressie. Naar aanleiding van de gevonden effectiviteit van kortdurende begeleiding bij postnatale depressie (zie hierboven) deed Lagerberg verder concrete suggesties voor screening op postnatale depressie volgens Zweeds model.

#### 4.17.5 *Conclusie*

In deze paragraaf zijn vier overzichtsstudies besproken in de categorie overigen. Het betrof twee overzichtsstudies waarbij het risico gelegen was op het niveau van de gezinscontext, maar waarvoor deze risico's niet pasten binnen de eerder gekozen categorieën. Het gaat hier om de studie van Coren en Barlow over interventies voor adolescente ouders en de studie van Scott e.a. over begeleiding van gezinnen waarin een gezinslid kanker heeft. Daarnaast kwamen twee overzichten van effectonderzoek naar secundaire preventieprogramma's aan bod waarbij diverse risico's aanwezig waren. Het betreft de studies van Van IJzendoorn en collega's naar gehechtheidsprogramma's en van Lagerberg vooral gericht op homevisiting-programma's. In alle studies werden positieve effecten van programma's beschreven, maar werd verder voornamelijk ook geadviseerd nader onderzoek te doen. De auteurs gaven verschillende suggesties voor aansluitend onderzoek. Er werden met uitzondering van het ook in eerdere paragrafen genoemde Elmira Project van Olds (1992, 2002) geen suggesties gedaan voor de nadere inzet of evaluatie van specifieke programma's.

#### 4.18 **Overige nationale overzichten van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's**

Evenals bij de internationale studies vonden we ook overige nationale overzichten van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's die niet pasten in de gehanteerde rubricering. Tabel 16 biedt een weergave van de betreffende studies waar we in deze paragraaf verslag van doen. We bespreken overzichtsstudies van Boendermaker, Van der Veldt en Booy (2004); Hermanns, Öry en Schrijvers (Inventgroep, 2005); Konijn (2003); en Verdurmen en collega's (2003).

Tabel 16: Overige nationale overzichtsstudies van effectstudies naar selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's.

Referentie (alfabetisch)	Problemen	Type studie <sup>1)</sup>	Aantal studies	Werk-domein <sup>2)</sup>	Leeftijd
Boendermaker, Van der Veldt, & Booy, 2004	Divers (Jeugdzorg)	Syst. Review (NL studies)	54	Primair a)	Gehele spectrum (jeugd, kinderen, adolescenten)
Hermanns, Öry, Schrijvers, 2005 (Inventrapport)	Divers	Syst. Review	NG <sup>3)</sup>	a) b) c) d) e)	Prenataal - jongvolwassenheid
Konijn, 2003	Divers (Jeugdzorg)	Syst. Review	191	Primair a)	Primair 0-18 jaar
Verdurmen, Van Oort, Meeuwissen, Ketelaars, De Graaf, Cuijpers, De Ruitter, Vollebergh, 2003	Divers	Syst. Review (aanbod + effectonderzoek)	62 NL publicaties over 50 studies	a) b) d) e)	Divers

1) Traditionele overzichtsstudie (Trad. Review) of systematische overzichtsstudie (Syst. Review)

2) Opvoeding en bescherming (a), Opvang, educatie en werk (b), Vrije tijd (c), Veiligheid (d), Gezondheidszorg (e)

3) Niet Gespecificeerd (NG)

#### 4.18.1 Diverse preventieve interventies gericht op jeugdigen

We noemen allereerst een overzichtsstudie van Verdurmen en collega's uit 2003. Zij richtten zich op de effectiviteit van in Nederland uitgevoerde preventieve activiteiten gericht op kinderen en jeugdigen. De auteurs beschouwden zowel toegepaste Nederlandse programma's, effectiviteitsonderzoek in Nederland, als ook buitenlandse overzichtsstudies. Om een overzicht te krijgen van de meest gehanteerde preventieve interventies gericht op jeugdigen in Nederland raadpleegden ze ondermeer de LSP, QUI en NIZW databanken en verschillende koepels (o.a. HALT, NIGZ, NIZW). Om vervolgens inzicht te verkrijgen in onderzoek naar in Nederland uitgevoerde interventies voor 0- tot 24-jarigen met als thema's geestelijke gezondheidszorg, verslaving, criminaliteit, schooluitval, werkloosheid en marginalisering, werd op zes plaatsen of manieren gezocht: 1) in internationale databestanden, 2) in Nederlandse bibliotheken (Adlib en Mulock Houwer Bibliotheek), 3) overzichtswerken en relevante websites, 4) bepaalde relevante tijdschriften, 5) via deskundigen, en 6) via de snowballmethode. Studies gericht op lichamelijke gezondheid, roken, en studies gericht op veiligheid, massamediale campagnes en doctoraal scripties werden niet meegenomen. Internationaal werd tenslotte gezocht naar overzichtsstudies (meta-analyses en systematische reviewstudies), gepubliceerd vanaf 1995, met betrekking tot dezelfde thema's, in PsycINFO en PubMed. Er was controle op deze literatuurstudie door experts. Deze laatste methode komt deels overeen met de door ons gehanteerde strategie en criteria (zie Hoofdstuk 2).

Er waren een aantal (voor deze deelstudie relevante) clusters te onderscheiden in de studies: studies met betrekking tot sensitieve responsiviteit of hechting, met betrekking tot alcohol- of druggebruik, over internaliserend of externaliserend probleemgedrag, criminaliteit, of overige thema's.

*Sensitieve responsiviteit en gehechtheid*

Met betrekking tot het eerste cluster of thema – sensitieve responsiviteit of gehechtheid – bespraken de auteurs (Verdurmen e.a., 2003) 9 selectieve studies<sup>63</sup>. Deze interventies begonnen op babyleeftijd. Er werden risicofactoren gemeten omdat probleemgedrag doorgaans pas op latere leeftijd merkbaar worden. Twee studies met een follow-up evalueerden dergelijke lange termijn effecten op probleemgedrag (Stams e.a., 2001; Van den Boom, 1995). Beiden vonden een positief effect. Verdurmen e.a. (2003) benadrukten hierbij dat het opmerkelijk is dat een relatief korte interventie op jonge leeftijd kan leiden tot meetbare effecten enkele jaren later<sup>64</sup>. Meer follow-up onderzoek was volgens Verdurmen e.a. nodig om deze inzichten te versterken. Zie met betrekking tot interventies ter bevordering van sensitief opvoedingsgedrag en veilige gehechtheid ook de review door Van IJzendoorn en collega's (1995) die we hiervoor in Paragraaf 4.17 bespraken. In die studie kwamen ook de publicaties van Stams e.a. (2001) en Van den Boom (1995) aan bod.

*Alcohol- en drugsgebruik*

Met betrekking tot preventie van alcohol- en druggebruik kwamen twee publicaties (beiden RCT's) aan bod (Opdenacker e.a., in druk; Wiers & Kummeling, 2004). Opdenacker e.a. maten alleen effecten op verwachtingen en Wiers en Kummeling hebben wel gebruik gemeten, maar vonden hierop geen effect: zij vonden alleen effect op verwachtingen. Verdurmen en collega's concludeerden dat er meer behoefte was aan onderzoek met een langere follow-up periode waarin ook daadwerkelijk alcohol- en druggebruik wordt gemeten. Bolier en Cuijpers gingen eerder uitvoeriger in op de preventie van middelengebruik. Zie hiervoor Paragraaf 4.6.

*Internaliserende en externaliserende problematiek*

Er werden in de studie van Verdurmen e.a. (2003) vijf interventies met betrekking tot de preventie van internaliserende en/of externaliserende problematiek beschreven. Allereerst betrof dit 'RAM' (zie ook Paragraaf 4.6, Brezinka, 2002) ter reductie van agressief gedrag en vergroten van sociale vaardigheden (Roede e.a., 2001). Ten tweede kwam 'Stemmingmakerij' (Ruiter, 1997) aan bod. Dit programma werd eerder gevonden in de nationale overzichtsstudies van preventieprogramma's op het gebied van internaliserende problematiek (Paragraaf 4.4, Cuijpers, 2001; Kasander, 2005). Als derde en vierde kwamen *Video-Hometraining* (Janssens & Kemper, 1996) voor gezinnen met een verstoorde relatie tussen ouder en kind (4-12 jaar) door communicatieproblemen; en *Praten met Kinderen* (Van As & Janssens, 1998): een oudercursus voor ouders met kinderen (10-14 jaar) met internaliserend en externaliserend probleemgedrag aan bod. Tot slot werd een experimenteel schoolinterventieprogramma genoemd voor scholen met een hoge mate van antisociaal of agressief gedrag onder leerlingen (Mooij, 1999). Dit laatste programma (Mooij, 1999) liet positieve effecten zien op externaliserend probleemgedrag. Het was Verdurmen en collega's echter niet geheel duidelijk waar dit programma uit bestaat. RAM was, zoals eerder aangegeven, niet effectief. Video-Hometraining liet wel positieve effecten zien, namelijk op externaliserende en internaliserende probleemgedragingen. Echter, voor deze evaluatie was alleen ouderrapportage

<sup>63</sup> Bakermans-Kranenburg e.a., 1998; Juffer, 1993; Juffer e.a., 1997; Meij, 1992; Riksen-Walraven (1994); Riksen-Walraven e.a., 1994, 1996; Riksen-Walraven & Van Aken, 1997; Rosenboom, 1994; Stams e.a., 2001; Van den Boom, 1995; Wijnroks, 1994

<sup>64</sup> Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn en Juffer (2003) voerden een meta-analyse uit van interventies in de vroege kindertijd gericht op sensitiviteit en gehechtheid. De resultaten sluiten aan bij de bevindingen van Verdurmen e.a. (2003): juist interventies met een beperkt aantal sessies en een welomlijnde gedragsgerichte benadering waren het meest effectief.

beschikbaar. Van As (1998; Praten met Kinderen) deed geen metingen van probleemgedrag (alleen ouder-kind communicatie)<sup>65</sup>. Stemmingmakerij leidde tenslotte tot minder depressieve symptomen 6 en 12 maanden na de interventie gevonden, echter hier was sprake van veel uitval.

De conclusie van Verdurmen e.a. (2003) was dat de kwaliteit van de studies naar Video-Hometraining, Praten met Kinderen en Stemmingmakerij weliswaar goed was, maar dat er sprake was van weinig follow-up metingen en dat effecten moeilijk te interpreteren waren door ondermeer kleine steekproeven, het ontbreken van onafhankelijke gedragsmaten en grote uitval in de studies. Geen van de studies werd als *veelbelovend* aangemerkt.

#### *Crimineel gedrag*

Verdurmen en collega's (2003) bespraken twee selectieve programma's gericht op de preventie van crimineel gedrag bij Marokkaanse kinderen (Terlouw & Susanne, 1991; Van Fulpen, 1997). De effectiviteit van deze programma's was echter onduidelijk. Van Fulpen (Arrazi preventieproject) deed geen criminaliteit-metingen. Terlouw en Susanne (interventie van straathoekwerk Gouda) vonden geen effect op delictgedrag in het algemeen maar wel op vandalisme. Echter, bij de voormeting was vandalisme in de experimentele groep aanzienlijk hoger dan in de controlegroep. Na afloop was dit gelijk aan vandalisme in de controlegroep. Geen van beide programma's werd door Verdurmen e.a. aangemerkt als *veelbelovend*.

Met betrekking tot de vroegtijdige preventie van crimineel gedrag werden door Tremblay en Japel (2003; Paragraaf 4.5) wel een aantal veelbelovende, positief geëvalueerde programma's genoemd. Dit betrof bijvoorbeeld het ook in Nederland bekende Elmira Project van Olds e.a. (1998) en het High/Scope Perry Preschool Project van Schweinhart en collega's (1993).

#### *Overig*

Tot slot noemden Verdurmen e.a. (2003) 'Vertrektraining' (Van Haaster e.a., 1997) en 'Moeders Informeren Moeders' (MIM; Hanrahan-Cahuzak, 2002) in de categorie overigen. Vertrektraining is een selectieve interventie ter voorkoming van thuisloosheid van jongeren (ouder dan 15 jaar) die zijn opgenomen in een residentiële inrichting. Het programma leek effectief, al was thuisloosheid zelf niet gemeten. Dit programma valt eigenlijk buiten deze tweede deelstudie.

Moeders Informeren Moeders richt zich op vrouwen in achterstandssituaties die voor het eerst moeder geworden zijn. De interventie richt zich op de vergroting van zelfredzaamheid, competentie en het sociale netwerk van de moeders. Zij krijgen gedurende 18 maanden één keer per maand een bezoek van een bezoekmoeder. Probleemgedrag van het kind werd in MIM niet gemeten. Wel werden effecten gemeten en positief bevonden voor wat betreft competentie van de moeder.

Totaal wezen slechts drie studies in het overzicht van effectstudies naar Nederlandse preventieactiviteiten (Verdurmen e.a., 2003) op mogelijke effectieve interventies. Deze aanduiding was gebaseerd op slechts twee beoordelingscriteria, namelijk dat het design van de studie minimaal matching of randomisatie van condities omvatte, en dat effectiviteit gebleken was op een relevante uitkomstmaat. De drie studies die Verdurmen e.a. eruit lichtten, waren de studies van Van den Boom (1995), Stams e.a.

<sup>65</sup> Notabene: Het SCO-Kohnstamm Instituut heeft een meta-analyse over video-feedback begeleiding verricht. De resultaten van deze meta-analyse (Ruben Fukkink, persoonlijke communicatie, 14-11-2006) duiden op kleine tot middelgrote positieve effecten van dergelijke begeleiding op zowel gedrag van moeder ( $d = 0.51$ ), attitude van moeder ( $d = 0.37$ ), als gedrag van het kind ( $d = 0.33$ ; gemiddeld 0-8 jaar oud).



(2001) en Mooij (1999), waarbij de studie door Van den Boom volgens de auteurs het minste leed onder methodologische problemen of problemen in de interpreteerbaarheid.

De algehele conclusies in de slotbeschouwing van het rapport van Verdurmen en collega's (2003) waren als volgt:

- Preventieve interventies gericht op jeugdigen in Nederland zijn slecht in kaart te brengen. Er bleken ondermeer veel databestanden niet actueel te zijn.
- Preventieve interventies in Nederland worden zelden op hun effectiviteit onderzocht.
- Het onderzoek naar preventieve interventies bij jeugdigen is van onvoldoende kwaliteit.
- Er is een opvallend gebrek aan programmering in het onderzoek naar preventieve interventies. Het overzicht maakt volgens de auteurs een sterke ad hoc indruk: de onderzoeksactiviteiten zijn moeilijk te ordenen; er is geen lijn in aan te brengen.
- Door deze werkwijze – door gebrek aan (kwalitatief en systematisch) onderzoek – is het niet mogelijk om kracht en zwakte van preventieve interventies gericht op jeugdigen in Nederland goed te bepalen. Als uitzondering noemden de auteurs onderzoek naar sensitiviteit en gehechtheid; daar is wel sprake van enkele veelbelovende wetenschappelijke evaluaties. Opmerkelijk is echter volgens Verdurmen e.a. dat hier in praktijk weinig tot niets van terug te vinden is.
- Buitenlands onderzoek laat zien dat preventieve interventies wel degelijk effectief kunnen zijn.

Aansluitend deden de auteurs de aanbeveling tot een 'fundamentele koerswijziging' om kosten en effectiviteit van interventies en beleid wel te kunnen bepalen. Zij gaven aan dat het aanbeveling verdient om:

- Systematisch bij te houden welke partijen welke interventies uitvoeren en wat deze kosten;
- Effectonderzoek naar bestaande werkwijzen te blijven verrichten;
- Nieuwe interventies eerst wetenschappelijk te toetsen, alvorens te implementeren;
- Te analyseren onder welke condities resultaten uit buitenlands onderzoek naar interventies ook in Nederland toepasbaar geacht mogen worden en onder welke condities niet;
- Te zoeken naar een manier van werken waarbij wetenschappelijke kwaliteitscriteria beter gewaarborgd zijn dan nu gebruikelijk is.

#### 4.18.2 *Effectieve interventies in de jeugdzorg*

In 2003 presenteerde het NIZW Jeugd resultaten van studies naar Nederlands en internationaal onderzoek met betrekking tot effectiviteit van interventies in de jeugdzorg. De publicatie van Konijn (2003) gaf een internationaal overzicht van effectieve interventies in de jeugdzorg. Boendermaker, Van der Veldt en Booy (2003) rapporteerden over Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg.

Konijn (2003) en collega's bestudeerden 191 meta-analyses en reviewstudies zoals gevonden in vijf databestanden. De gebruikte zoektermen waren binnen deze studie niet specifiek gericht op het vinden van *preventieve* interventies. De auteurs vonden namelijk dat 'in een overzicht van de effectiviteit van de jeugdzorg de preventieve taak los van de behandeling en begeleiding geanalyseerd zou moeten worden'. Het gevolg was dat tweederde van de gevonden effectiviteitsstudies zich richtten op interventies voor kinderen of adolescenten met problemen gediagnosticeerd middels een DSM-IV diagnose (behorend binnen Deelstudie III). Slechts in eenderde van de studies was de problematiek van de jeugdigen minder nauwkeurig omschreven cq gediagnosticeerd.

Deze minderheid van studies is in voornamelijk interessant voor deze tweede deelstudie. Het ging in dat geval ondermeer om studies op het gebied van emotionele en gedragsproblemen (3 studies), externaliserend gedrag of milde gedragsproblemen (7 studies), en problemen als gevolg van echtscheiding (1 studie) en mishandeling (10 studies).

In het overzicht van Konijn (2003) werd een toespitsing gemaakt op effectieve interventies voor jeugdigen met ADHD of depressie en bij jongens met een gedragsstoornis. Deze informatie past niet binnen de afbakening van deze tweede deelstudie. Daarom is verder slechts de conclusie van Konijn (2003) relevant dat psychosociale problematiek minder vaak aan bod kwamen in meta-analyses en reviewstudies dan verwacht. De onderzoekers hadden meer onderzoek verwacht naar adoptieproblematiek, identiteitsproblematiek bij adolescenten en specifiek naar acculturatieproblemen, naar problemen als gevolg van echtscheiding (hierover werd slechts één meta-analyse gevonden), pesten en opvoedingsproblematiek zoals opvoedingsonzekerheid of een inadequate opvoedingsaanpak. Zij stelden dat dergelijke problematiek mogelijk vaker richtpunt zijn van preventieprogramma's dan van begeleidings- of behandelingsprogramma's. Ook naar mildere gedragsproblemen werd volgens de auteurs beduidend minder onderzoek gedaan dan naar ernstigere vormen van problematiek zoals ADHD, conduct disorder, of ernstig antisociaal gedrag.

Boendermaker en collega's (2003) gaven een overzicht van 54 nationale primaire studies naar effecten van jeugdzorg. Zij vonden:

- studies met betrekking tot angst- en stemmingsstoornissen,
- 3 studies met betrekking tot autistische jeugdigen,
- 38 studies met betrekking tot gedragsstoornissen van jeugdigen (5x ADHD, 3x anger/boosheid & agressie, 2x gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden, 4x milde gedragsproblemen, 13x emotionele en gedragsproblemen, 9x ernstig antisociaal en delinquent gedrag en 2x thuisloosheid/zwerven),
- 4 studies met betrekking tot gezinnen met meervoudige problematiek,
- 4 studies met betrekking tot jeugdigen met overige problemen (1x bedplassen, 1x meisjes met meervoudige problemen, 1x uithuisgeplaatste jonge kinderen, 1x jongeren met uiteenlopende problemen).

Ook in dit overzicht betrof het dus primair studies die passen binnen Deelstudie III van de ZonMw Programmeringsstudie. Voor de onderhavige tweede deelstudie waren vooral de vier studies met betrekking tot jeugdigen met milde gedragsproblemen mogelijk relevant. Onder deze noemer werden genoemd: een vorm van speltherapie voor jeugdigen (*Beeldcommunicatie*, De Vroom, 1997) en drie cursussen gericht op ouders die problemen ervaren in de opvoeding van en communicatie met hun kind(eren):

- *Gordoncursus* (De Jong & Koster, 1991) gebaseerd op 'Parent Effectiveness Training (PET);
- *Omgaan met Pubers* (Boom, 1997);
- en *Praten met Kinderen* (Van As & Janssens, 1999).

De Vroom (1997) zette maximaal 20 sessies 'Beeldcommunicatie' met daarnaast ouderbegeleiding in voor kinderen (basisschoolleeftijd) die problemen kregen na een niet al te ernstige ingrijpende gebeurtenis. Op korte termijn bleek deze begeleiding positief effect te hebben op egoveerkracht, zelfwaardering en zelfvertrouwen. Op een derde meting was ook verbetering in externaliserend gedrag te zien. De Vroom concludeerde dat Beeldcommunicatie in combinatie met ouderbegeleiding effectief is, al zijn er wel vragen over de generaliseerbaarheid omdat de wachtlijstgroep minder problematisch bleek te zijn en ook vooruitgang liet zien.

Voor wat betreft deze oudercursussen bleek het te helpen om ouders beter te leren omgaan met het probleemgedrag van hun kinderen. De ‘Gordoncursus’ richt zich op het verwerven van communicatieve vaardigheden die bijdragen aan het verbeteren van de interactie tussen opvoeders en jeugdigen. De cursussen bestaan uit 10 bijeenkomsten van elk 3 uur. In de studie van De Jong en Koster (1991) kregen 19 ouders de Gordoncursus (gebaseerd op PET), 18 leerkrachten een variant hierop (Teacher Effectiveness Training (TET)) en 13 peuterspeelzalleidsters een combinatie van PET en TET. Deelnemers bleken na afloop meer ik-boodschappen te geven en actiever te luisteren. Ook op de nameting 6 maanden na de interventie bleven deze resultaten in tact. Ouders en peuterspeelzalleidster lieten de meest positieve verandering zien. De cursus ‘Omgaan met Pubers’ is bedoeld voor ouders van probleempubers. Uit het onderzoek van Boom (1997) bleek dat het probleemgedrag van deze pubers verminderde door een verbeterde communicatie tussen ouders en kind. In het onderzoek waren echter slechts 8 ouderparen betrokken.

‘Praten met Kinderen’ is gericht op kinderen vanaf 10 of 12 jaar met milde gedragsproblemen<sup>66</sup>. De cursus bestaat uit 7 wekelijkse groepsbijeenkomsten van ongeveer twee uur. Ouders ontvangen tijdens de bijeenkomsten tips en regels om ervoor te zorgen dat een discussie niet escaleert en het probleem in een ontspannen sfeer besproken en opgelost kan worden. De evaluatie van het programma (Van As & Janssens, 1999) bevestigde het beeld dat een dergelijke oudercursus het gedrag van ouders positief kan beïnvloeden. In deze studie werd echter geen informatie verzameld over het gedrag van de kinderen in kwestie waardoor we niet weten hoe de aanpak van ouders uitwerkt op het gedrag van hun kinderen. In onderzoek naar oudercursussen verdient het in kaart brengen van effecten op het kind volgens Konijn (2003) nadere aandacht.

#### 4.19 Inventrapport

In de inleiding van dit rapport gingen we al kort in op het rapport van de door het Ministerie van VWS geïnitieerde Inventgroep; Hermanns, Öry en Schrijvers (2005). Het kwam vervolgens aan bod met betrekking tot signaleringsinstrumenten, in Hoofdstuk 3. De Inventgroep gaven ook een advies over interventies bij opvoed- en opgroei problemen. De onderzoekers inventariseerden daartoe interventies die in een RCT aangetoond effectief waren en waarvoor longitudinale gegevens beschikbaar waren. In eerste instantie werd daarbij de eis gesteld dat effectiviteit van minimaal zes jaar bewezen was. Er bleken weinig programma’s aan deze eisen te voldoen. “Dit betekent dat slechts een beperkt aantal programma’s in aanmerking komen voor een relatief grootschalige toepassing in Nederland” (p. 58). Indien de eis van zes jaar effectiviteit niet gehandhaafd werd, waren er meer programma’s bewezen effectief. Uiteindelijk werd in het Inventrapport in het overzicht weergegeven of al dan niet lange termijn effecten bekend waren.

---

<sup>66</sup> *Praten met Kinderen* kwam ook aan bod in de overzichtsstudie van Verdurmen e.a. (2003), zie Paragraaf 4.18.1.

Tabel 17: Bewezen effectieve interventies volgens de Inventgroep (Hermanns e.a., 2005).

	<b>Internaliserende problemen gezin</b>	<b>Internaliserende problemen school</b>	<b>Externaliserende problemen gezin</b>	<b>Externaliserende problemen school</b>	<b>Zorgwekkende opvoedings-situatie</b>
<b>Selectieve interventies</b>	1. Children of Divorce Intervention Program (CODIP) 2. Family Bereavement Program		1. Behavioral Family Intervention (Triple P programma) 2. Perry Preschool Project	1. Taakspel 2. Coping Power	Chicago Child-Parent Centers Project
<b>Geïndiceerde interventies</b>	Coping with Stress Course	1. Counselors Care en Coping and Support Training 2. Penn Prevention Program 3. Coping with Depression	1. Parent Management Training Oregon (PMTO) 2. The Montreal Longitudinal Experimental Study 3. Incredible Years		Nurse Family Partnership
<b>Interventies bij signaleren van risicoprocessen</b>	Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project	1. Primary Mental Health Project 2. Stress Inoculation Training 3. Social Effectiveness Therapy for Children	1. Video Feedback Training 2. Parent-Child Interaction Training 3. PMTO		

Tabel 17 biedt een weergave van de effectieve interventies die de Inventgroep presenteerde (Hermanns, Öry, & Schrijvers, 2005)<sup>67</sup>. De Inventgroep maakte onderscheid tussen 1) selectieve interventies, 2) geïndiceerde interventies en 3) interventies bij signalen van risicoprocessen. Onder selectieve interventies verstanden Hermanns en collega's programma's gericht op meestal demografisch (bijvoorbeeld alleenstaande tienermoeders), geografisch (bijvoorbeeld achterstandswijken) afgebakende doelgroepen of doelgroepen met een bepaald kenmerk waarin een

<sup>67</sup> In dit overzicht van de Inventgroep komen veel interventieprogramma's terug die we in eerdere paragrafen beschreven naar aanleiding van andere overzichtsstudies. ZonMw schrijft in de eerste ronde van het Programma Jeugd – i.o. Vroegtijdige signalering & interventies – aan de resultaten van de Inventgroep een belangrijke rol toe. Onderzoek naar interventies en instrumenten die worden aanbevolen in het Inventrapport of die inmiddels voldoen aan de criteria van de Inventgroep, worden expliciet centraal gesteld (Bron: <http://www.zonmw.nl>). Ondanks de overlap van de interventies die de Inventgroep presenteert en het voorgaande, laten we daarom toch het gehele overzicht van de Inventgroep nog kort passeren. Daarbij wordt wel terugverwezen naar eerder besproken relevante verwijzingen naar programma's.

verhoogde prevalentie van problemen aanwezig is. Geïndiceerde interventies betroffen in de operationalisatie van de Inventgroep programma's aangeboden op grond van de aanwezigheid van een aantal risicofactoren. Er is dan dus nog geen probleem aanwezig, noch signalen van een risicoproces. Indien sprake is van signalen van een risicoproces, dus als individuen reeds een risicotraject zijn ingegaan, schaalden Hermanns e.a. de interventies voor deze individuen in de derde groep: 'Interventies bij signalen van risicoprocessen'. Naast deze indeling maakte de Inventgroep onderscheid tussen interventies met betrekking tot internaliserende problematiek of externaliserende problematiek, in het gezin of op school, en interventies bij zorgwekkende opvoedingssituaties.

#### 4.19.1 *Selectieve preventie van internaliserende problemen: Gezin*

Er werden twee effectieve selectieve interventies voor op school met betrekking tot internaliserende problemen gevonden: Allereerst het *Children of Divorce Intervention Program* dat ook door Haine e.a. (2003) en door Sandler e.a. (in druk) besproken werd (Paragraaf 4.13). Dit programma (Pedro-Carroll & Cowen, 1985) laat op ondersteunende manier kinderen zich uiten over scheiding. Verder leert het ze verwachtingen realistisch inschatten en problemen van scheiding oplossen. Als tweede werd het *Family Bereavement Program* van Sandler en collega's (1992, 2003) genoemd (zie ook Greenberg e.a., 2001, Paragraaf 4.7). Dit programma richt zich op rouwverwerking voor het hele gezin. Er wordt informatie en uitleg gegeven. Het programma helpt kinderen om te gaan met verlies, stress te verminderen, positieve activiteiten te plannen en betrokken te blijven bij gezinsleden. Het programma bleek succesvol in het verminderen van depressieve symptomen en gedragsproblemen.

#### 4.19.2 *Selectieve preventie van externaliserende problemen: Gezin*

Met betrekking tot de effectieve preventie van externaliserende problemen in het gezin werden door Hermanns e.a. (2005) eveneens twee programma's genoemd: *Triple P* en het *Perry Preschool Project*. Triple P is een programma voor gezinnen met jonge kinderen (overwegend jonger dan 10 jaar). Het programma is flexibel en heeft zowel universele toepassingen als interventies die zich richten op specifieke groepen ouders waar al gedragsproblemen bij kinderen zijn vastgesteld (Sanders e.a., 2003)<sup>68</sup>. Het programma liet in meerdere landen en in meerdere praktijksituaties consistent positieve effecten zien op opvoedingsgedrag van ouders en verminderd probleemgedrag bij kinderen. Het Perry Preschool Project (Schweinhart e.a., 1993, zie ook Tremblay & Japel, 2003, Paragraaf 4.5) is een programma voor voorschoolse educatie ter bevordering van de sociale en lichamelijke ontwikkeling van jonge kinderen (jonger dan 6 jaar, gedurende 2½ uur per dag, 5 keer per week, met daarnaast wekelijkse huisbezoeken). Er werden in onderzoek duurzame resultaten van dit project gevonden op verschillende terreinen: kinderen hadden meer kracht om zichzelf te ontplooien en ouders om hen te begeleiden. Daarnaast biedt het leerkrachten een programma om hun werk te ondersteunen.

#### 4.19.3 *Selectieve preventie van externaliserende problemen: School*

Ter preventie van externaliserende problemen op school werden in het Inventrapport *Taakspel* en *Coping Power* genoemd. Taakspel is een Nederlandse variant van 'Good Behavior Game' (zie Tremblay e.a., 1999, genoemd in Cuijpers, 2001, Paragraaf 4.4). Het programma heeft tot doel agressief en verlegen gedrag in de klas te verminderen. Het wordt uitgevoerd in teams in de klas waarbij verstorend gedrag strafpunten krijgt.

<sup>68</sup> Doordat Triple P een werkkader is met zowel universele als meer geïndiceerde toepassingen, zagen wij het niet eerder in overzichtsstudies van selectieve en geïndiceerde interventieprogramma's terugkomen.

De groep met de minste aantekeningen voor slecht gedrag krijgt beloning in de vorm van privileges en dergelijke. Kinderen met bestaande ernstige gedragsproblemen bleken hier nauwelijks van te profiteren. Op de lange termijn bleken er juist wel positieve effecten voor de meest agressieve jongens. Verder bleken kinderen in de interventiegroep zich volgens de leraren zes jaar na de interventie beter te gedragen dan de controlekinderen en was de kans op roken in de interventiegroep ook lager. Coping Power (Lochman, 1998; eerder genoemd door Greenberg e.a., 2001, Paragraaf 4.7) is gericht op de sociale competentie van jongeren. Leerlingen leren vaardigheden zoals conflict- en boosheidsmanagement en sociale competentie (in 24 wekelijkse sessies). Ouders krijgen bovendien training in opvoedingsvaardigheden (10 maanden lang, 2 maal per maand). In evaluaties bleek dit programma voor moeilijke of agressieve jongeren succesvol in het terugdringen van middelengebruik. Het programma zou behoren tot de beste schoolpreventieprogramma's die bekend zijn.

#### 4.19.4 *Selectieve preventie in zorgwekkende opvoedingssituaties*

Met betrekking tot selectieve preventie in zorgwekkende opvoedingssituaties werd in het rapport van de Inventgroep (Hermanns e.a., 2005) het *Chicago Child-Parent Centers Project* genoemd (Reynolds & Robertson, 2003; Reynolds e.a., 2003). Dit betreft een programma voor voorschoolse educatie. Het programma gaat door tijdens de eerste 2 jaren van de basisschool. In het project wordt brede educatie in kindercentra gecombineerd met een vraaggericht aanbod van opvoedondersteuning. Ter evaluatie van het programma werden 1500 kinderen gevolgd van de peuterleeftijd tot een leeftijd van 17 jaar. Zij bleken op 17-jarige leeftijd hoger te scoren op instaptoetsen, minder vaak te zijn blijven zitten, minder vaak remedial teaching nodig te hebben gehad en minder vaak naar het speciaal onderwijs te zijn verwezen. Ook werden ze minder vaak mishandeld, kwamen ze minder vaak met justitie in aanraking en haalden ze vaker diploma's in het middelbaar onderwijs.

#### 4.19.5 *Geïndiceerde preventie van internaliserende problemen: Gezin*

De *Coping with Stress Course* werd in het Inventrapport genoemd als geïndiceerde interventie ter preventie van internaliserende problemen in de gezinsetting genoemd. Dit betreft de cognitief gedragstherapeutische interventie van Clarke en collega's (1995) gericht op copingmechanismen die we reeds veelvuldig in dit rapport als effectieve interventie voorbij zagen komen (Zie vooral Beardslee e.a., in druk; Cuijpers, 2001; Greenberg e.a., 2001). Jeugdigen die deelnamen aan dit programma hadden als gevolg van deze interventie statistisch significant minder last van depressie in vergelijking tot jeugdigen in de controleconditie.

#### 4.19.6 *Geïndiceerde preventie van internaliserende problemen: School*

Er werden door Hermanns e.a. (2005) geen selectieve interventies ter preventie van internaliserende problemen op school gevonden. Wel werden er drie geïndiceerde preventieprogramma's op dit terrein genoemd: 1) de *Counselors Care en Coping and Support Training*, 2) het *Penn Prevention Program*, en 3) het *Coping with Depression* programma (zie Tabel 17). Het eerste programma, Counselors Care (C-Care) en Coping and Support Training (CAST; Randell e.a., 2001; ook genoemd door Greenberg e.a., 2001, Paragraaf 4.7) richt zich op middelbare scholieren die een verhoogde kans op uitval of een verhoogde score op een lijst voor het meten van suïciderisico hebben. Het programma bleek te leiden tot een verminderde depressie en een reductie van het suïciderisico. Het tweede programma, het Penn Prevention Program (Jaycox e.a., 1994; Gillham e.a., 1995) kwam uitvoerig aan bod in de internationale overzichtsstudie van Horowitz en Garber (1996, Paragraaf 4.3; zie ook Greenberg e.a., 2001; Merry e.a.,

2005). Dit cognitief-gedragsmatige programma was oorspronkelijk bedoeld voor kinderen tussen 10 en 13 jaar oud met depressieve klachten. In groepen wordt aandacht besteed aan (1) correcte interpretatie van omstandigheden, minder pessimisme in verklaringen en het leren omgaan met emoties, inclusief een zekere flexibiliteit van denken; en (2) sociaal cognitieve probleemoplossing, te weten het stellen en formuleren van doelen, inschatten van perspectieven en het toewerken naar besluitvorming. In onderzoek zijn duidelijke en blijvende resultaten gedemonstreerd op depressiescores. Tot slot het Coping with Depression programma (Lewinsohn e.a., 1994; Omgaan met depressie cursus, Allart-Van Dam, 2003) is een gestructureerd lespakket dat bestaat uit 12 interventiesessies en 2 herhalingsessies. Het programma bleek nagenoeg even behulpzaam te zijn als psychotherapie voor depressie en liet een blijvend effect zien (Allart-Van Dam, 2003; Cuijpers, 1998). Naast de Inventgroep, wees ook Cuijpers (2001) op het programma. Hij noemde het een *veelbelovende* methodiek (zie ook Paragraaf 4.4).

#### 4.19.7 *Geïndiceerde preventie van externaliserende problemen: Gezin*

Ook met betrekking tot geïndiceerde preventie van externaliserende problemen in het gezin werden door de Inventgroep (Hermanns e.a., 2005) drie effectieve programma's genoemd: 1) *Parent Management Training Oregon (PMTO)*, 2) *The Montreal Longitudinal Experimental Study*, en 3) *Incredible Years*.

In het effectief gebleken programma PMTO (Patterson, 2005) leren ouders van kinderen (3-12 jaar) met ernstige gedragsmoeilijkheden 5 vaardigheden: het oplossen van problemen, het scheppen van een 'warm nest' thuis, het monitoren van hun kinderen, het disciplineren van de kinderen door straffen en belonen, en het oefenen van leeftijdsadequate vaardigheden. Het programma bestaat uit 25 sessies die vastgelegd worden op video en gebaseerd zijn op een handboek. Tussentijds wordt steeds gecontroleerd of het programma wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven. Het programma is gebaseerd op de sociale leerprincipes (Patterson, 2005) die ten grondslag liggen aan meer programma's die door de Inventgroep worden aanbevolen: The Montreal Longitudinal Experimental Study, Incredible Years en Triple P. Het Montreal preventieprogramma (Tremblay e.a., 1992, 1996) werd ook door Greenberg en collega's (2001) genoemd (Paragraaf 4.7). Dit programma combineert oudertraining geïnspireerd op de sociale leerprincipes van Patterson (2005; als in PMTO) met sociale vaardigheidstraining in kleine groepen voor kinderen. Het programma leidde tot een effectieve vermindering van probleemgedrag en op lange termijn delinquent gedrag van jongens uit achterstandswijken die voor aanvang van het programma hoog scoorden op gedragsproblemen.

Incredible Years (Webster-Stratton, 2000) werd in dit rapport al verscheidene keren aangehaald (naar aanleiding van Barlow e.a., 2006; Brezinka, 2002; Thomlison, 2003). Het betreft een gevestigd programma dat door Thomlison geplaatst werd op niveau 1 van effectiviteit: goed ondersteund en bewezen effectief in minimaal 2 RCT's.

Incredible Years is een serie met aandacht voor zowel de thuis- als schoolsituatie. Binnen het programma krijgen ouders onder andere vaardigheden aangeleerd om de sociale competentie van hun kind te vergroten en problematisch gedrag te reduceren. Zij leren effectief om te gaan met of in te gaan op gedrag van hun kind dat zij als lastig ervaren. Het programma is ontwikkeld om jonge kinderen (2-4 jaar) met gedragsproblemen sociaal competentier te maken en probleemgedrag te voorkomen of reduceren. Barlow en collega's (2006) benadrukten daarnaast de rol die het programma mogelijk kan spelen in de preventie van een met kindermishandeling geassocieerde opvoeding door ouders. Een Nederlandse versie van het programma is in voorbereiding door professor Matthys van het UMC in Utrecht.

#### 4.19.8 *Geïndiceerde preventie in zorgwekkende opvoedingssituaties*

In Tabel 17 is te zien dat de Inventgroep geen geïndiceerde programma's voor externaliserende problemen op school noemde. Wel noemden de auteurs (Hermanns e.a., 2005) het *Nurse Family Partnership* van Olds en collega's (1986, 1998; Olds, 2002) in het kader van geïndiceerde preventie in zorgwekkende opvoedingssituaties. Ook dit programma kwamen we in het voorgaande reeds enkele malen tegen in het kader van preventie bij een hoog risico in de gezinssituatie (met betrekking tot kindermishandeling) en waar het ging om vroegtijdige preventie van externaliserend probleemgedrag (Bernazzani e.a., 2001; Chaffin & Friedrich, 2004; Tremblay & Japel, 2003; Roberts e.a., 1996; Thomlison, 2003). Het Nurse Family Partnership is gericht op ouders met een ingeschat relatief hoog risico waarvoor intensieve begeleiding nodig geacht wordt. Het programma kent zijn aanvang in de prenatale fase en loopt door tot twee jaar na de geboorte. Gemiddeld vinden twee huisbezoeken plaats per maand (met uitzondering van een verhoogde frequentie in de eerste maand en de eerste zes weken na de geboorte). De laatste vier maanden daalt de frequentie tot één huisbezoek per maand. Het programma is gericht op de gezondheid en persoonlijke ontwikkeling van moeder, de rol van moeder als opvoeder, haar sociale netwerk, en de gezondheid en veiligheid van het kind. Het programma bleek bij aanvang voor de geboorte de beste uitkomsten te produceren, ook op lange termijn. De gevonden positieve effecten zijn veelzijdig: minder kans op crimineel gedrag bij moeder en kind, minder problemen in de schoolloopbaan van het kind en minder kindermishandeling. Het programma is vertaald naar het Nederlands en wordt in Nederland *Voorzorg* genoemd (zie [www.voorzorg.info](http://www.voorzorg.info)).

#### 4.19.9 *Interventies bij signalen van risicoprocessen ter preventie van internaliserende problemen: Gezin*

Hermanns e.a. (2005) noemden het *Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project* als effectieve interventie in de gezinsetting bij signalen van risicoprocessen op het gebied van internaliserende problematiek van kinderen. Het Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project (zie ook Cuijpers, 2001; Greenberg en collega's, 2001), ofwel het 'Coping Cat' programma van Dadds e.a. (1997, 1999), richt zicht op de preventie van angststoornissen bij kinderen met subklinische klachten. Greenberg e.a. hebben aangegeven dat er weinig effectonderzoek verricht is naar programma's ter preventie van angststoornissen. Dit was het enige programma dat voldeed aan hun criteria. Kinderen leren in individuele sessies (bij 3 sessies zijn ook ouders betrokken) vanuit een combinatie van cognitieve, gedragsmatige en fysiologische manieren omgaan met situaties die angst verwekken. Deelnemers aan het programma hadden na zes maanden na de interventie minder internaliserende problemen dan kinderen in de controlegroep.

#### 4.19.10 *Interventies bij signalen van risicoprocessen ter preventie van internaliserende problemen: School*

Er werden drie programma's genoemd (Inventgroep, 2005) bij eerste signalen van internaliserende problemen in de schoolsetting: 1) het *Primary Mental Health Project*, 2) *Stress Inoculation Training*, en 3) *Social Effectiveness Therapy for Children*. Het eerste en tweede programma werden genoemd door Greenberg e.a. (2001). Het Primary Mental Health Project (Cowen e.a., 1996) is een ondersteuningsprogramma voor basisschoolleerlingen met sociaal-emotionele problemen of leerproblemen. De kinderen worden gestimuleerd in expressief spel en er worden grenzen gesteld aan onaangepast gedrag. Zo leren zij levensvaardigheden als op de beurt wachten, regels



volgen en aan een bepaalde taak wijden. Greenberg e.a. (2001) noemden het als een programma dat niet bedoeld was om internaliserende problematiek te reduceren, maar wel effecten in dit domein vond. Als gevolg van het programma lieten kinderen minder humeurig en teruggetrokken gedrag zien en waren zij minder agressief naar andere kinderen. Stress Inoculation Training (I: Hains, 1992; Hains & Ellmann, 1994; Hains & Szyjakowski, 1990; II: Kiselica e.a., 1994) richt zich op het verminderen van negatieve emotionele beleving van stress voor kinderen of adolescenten met een verhoogd angstniveau, depressieve symptomen en/of een slechte beheersing van woede. Gedurende 13 sessies leren jeugdigen cognitieve vaardigheden om hun gedachten te herstructureren, problemen op te lossen en angst te beheersen. Met name jeugdigen met een hoog aanvangsniveau van stress hadden baat bij het programma.

Social Effectiveness Therapy for Children (Set-C) zagen we niet in een andere (inter)nationale overzichtsstudie gepresenteerd. Set-C richt zich op sociaal minder vaardige, angstige kinderen. In het programma wordt een combinatie geboden van bijeenkomsten met het gezin en vrijetijdsactiviteiten waarbij ook sociaal vaardige kinderen aanwezig zijn (Beidel e.a., 2000; Kashdan & Herbert, 2001). Er werden positieve effecten gevonden op (sociale) angst van de kinderen, hetgeen ook een grote impact had op hun algehele welbevinden. De positieve effecten bleken te in de eerste zes maanden na afloop van het programma sterker te worden.

#### 4.19.11 *Interventies bij signalen van risicoprocessen ter preventie van externaliserende problemen: Gezin*

Een laatste ingevulde cel in de overzichtstabel van het Inventrapport (Tabel 17) betreft interventies bij signalen van risicoprocessen op het gebied van externaliserende problemen in het gezin. Hermanns e.a. (2005) noemden hier 1) *Video Feedback Training*, 2) *Parent-Child Interaction Training (PCIT)*, en 3) *PMTO*.

In Video Feedback Training of 'video-hometraining' (Weiner e.a., 1994) worden eerder opgenomen videobeelden met de ouder teruggekeken en gebruikt ter ondersteuning van vaardigheidstraining van de ouder in de omgang met zijn of haar kind. Video-hometraining kan zowel geboden worden door professionele instellingen als door pedagogen en psychologen die werken vanuit een eigen praktijk. Video-hometraining wordt zowel kortdurend ingezet bij lichte opvoedingsproblemen, als langduriger bij complexe problematiek. In Nederland richt de Associatie Intensieve Thuisbehandeling (AIT) zich specifiek op de ontwikkeling van video-hometraining. Zij heeft regionale steunpunten voor opleiding en kwaliteitszorg na opleiding. Hier worden landelijk dus trainers opgeleid die video-hometraining toepassen (zie ook [www.aitnl.org](http://www.aitnl.org)). De meta-analyse van Bakermans-Kranenburg e.a. (2003) wees op de effectiviteit van het gebruik van video feedback in opvoedondersteuning (zie verder ook Bakermans-Kranenburg e.a., 1998; Klein Velderman e.a., 2006a, 2006b).

PCIT is een (oorspronkelijk) individuele interventie voor ouders van jonge kinderen. Ouders worden getraind tijdens de interactie met hun kind met als doel de affectieve ouder-kind band te versterken en adequaat te leren straffen cq corrigeren<sup>69</sup> (zie ook [www.pcit.org](http://www.pcit.org)). Het programma is in verschillende studies effectief gebleken.

Bovendien wordt het aanbevolen als veelbelovend programma in de preventie van kindermishandeling (zie ook Aas e.a., 2004; Hood & Eyberg, 2003, Nixon e.a., 2003). Er is recent ook een groepsversie van het programma ontwikkeld.

Afsluitend werden er door de leden van de Inventgroep geen effectieve programma's gevonden om in te zetten bij signalen van risicoprocessen op het gebied van

<sup>69</sup> Notabene: hiervoor is een one-way screen en een bepaald type audio-installatie nodig.

externaliserende problemen op school of zorgwekkende opvoedingssituaties. Daarnaast waren programma's die gevonden werden (Tabel 17) soms gericht op een beperkt aantal specifieke problemen of op een beperkte leeftijdsrange zonder dat helder is waar dit uit is ontstaan. Waarom lijken er bijvoorbeeld alleen effectieve programma's voor zorgwekkende opvoedingssituaties voor gezinnen met jonge kinderen beschikbaar te zijn? Tot slot werd niet duidelijk hoe programma's elkaar wellicht in een combinatie aan zouden kunnen vullen.

#### 4.19.12 *Conclusie*

In deze en vorige paragraaf (4.18 en 4.19) stonden de 'overige' nationale overzichtsstudies centraal. Wij bespraken een viertal publicaties: Verdurmen e.a. (2003) met betrekking tot diverse preventieve activiteiten voor jeugdigen; Konijn (2003) en Boendermaker e.a. (2003) met betrekking tot activiteiten in de jeugdzorg; en de meest recente publicatie van de Inventgroep (2005) in het kader van interventies bij opvoeden en opgroeioproblemen. Er zijn in deze overzichten een heel aantal mogelijk veelbelovende programma's de revue gepasseerd. Met betrekking tot internaliserende problematiek waren dit (alfabetisch):

- Beeldcommunicatie
- Children of Divorce Intervention Program (CODIP)
- Coping with Depression
- Coping with Stress Course
- Counselors Care (C-Care) en Coping and Support Training (CAST)
- Family Bereavement Program
- Penn Prevention Program
- Primary Mental Health Project
- Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project/ Coping Cat
- Social Effectiveness Therapy for Children (Set-C)
- Stemmingmakerij
- Stress Inoculation Training

Met betrekking tot externaliserende problematiek waren dit (alfabetisch):

- Behavioral Family Intervention (Triple P)
- Coping Power
- Incredible Years
- Perry Preschool Project
- Parent Child Interaction Training (PCIT)
- Parent Management Training Oregon (PMTO)
- Schoolprogramma van Mooij (1999)
- Good Behavior Game/Taakspel
- The Montreal Longitudinal Experimental Study
- Video Feedback Training/Video-Hometraining

En tenslotte, met betrekking tot opvoedondersteuning cq zorgwekkende opvoedingssituaties waren dit (alfabetisch):

- Chicago Child-Parent Centers Project
- Gordoncursus
- Moeders Informeren Moeders
- Omgaan met Pubers
- Praten met Kinderen
- Nurse Family Partnership/Voorzorg
- Video-hometraining

#### **4.20 Systematisch overzicht in Bijlage C**

U kunt alle interventieprogramma's die in de verschillende overzichtsstudies, zowel internationale als nationale, aangedragen werden als mogelijk veelbelovend en/of effectief, in alfabetische volgorde terugvinden in Bijlage C. Deze bijlage dient als naslagwerk en voorziet niet in extra informatie als aanvulling op dit vierde rapporthoofdstuk. Per programma cq project wordt besproken informatie weergegeven over auteurs; te voorkomen problematiek en/of aanwezig risico; leeftijd van de doelgroep; setting en omschrijving van het programma; bekende resultaten cq gegevens over effectiviteit; en struikelblokken of pluspunten van de interventie.



## 5 In Nederland toegepaste interventies voor opvoed- en opgroeiondersteuning (inventarisatie NIZW)

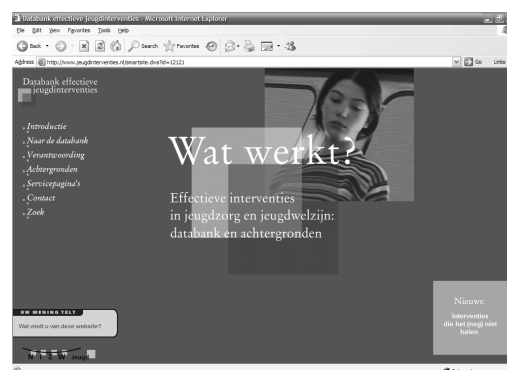
In het voorgaande hoofdstuk kwam in de overzichtsstudies reeds verschillende malen Nederlands aanbod ten behoeve van opvoed- en opgroeiondersteuning ter sprake. Zo gingen Cuijpers (2001) en Kasander (2003) primair in op de GGZ-preventieactiviteiten die in Nederland plaatsvinden en de wetenschappelijke onderbouwing hiervan. Berger e.a. (2004) en Melief e.a. (2000) stelden Nederlands aanbod met betrekking tot kindermishandeling centraal. Chin-A-Fat en Steketee (2002) en Vermeij e.a. (1999) hanteerden een nationaal perspectief bij het bespreken van programma's met betrekking tot (echt)scheiding. Tot slot gingen Verdurmen en collega's in 2003 in op de effectiviteit van in Nederland uitgevoerde preventieve activiteiten gericht op kinderen en jeugdigen. In aanvulling op deze informatie gaan we in dit hoofdstuk kort in op de de inventarisatie van jeugdinterventies zoals het NIZW deze de afgelopen jaren verricht heeft ten behoeve van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEI).

De inventarisatie van effectieve jeugdinterventies door het NIZW is ontstaan vanuit een behoefte in de praktijk aan een overzicht van interventies waarmee kinderen, jongeren en hun ouders ondersteund of geholpen kunnen worden, gecombineerd met de meer beleidsmatige vraag welke van deze mogelijke interventies daarin bovendien effectief (kunnen) zijn.

In de DEI staan de volgende werksoorten en instellingen centraal:

- Jeugdgezondheidszorg
- Jeugdwelzijnswerk
- Jeugdzorg
- Justitiële voorzieningen
- Onderwijs
- Ontwikkelingsstimulering
- Opvoedingsondersteuning
- Preventie en bestrijding van kindermishandeling

Een deel van deze werksoorten cq instellingen sluiten niet (geheel) aan bij de onderhavige tweede deelstudie van de ZonMw Programmeringsstudie. Daarnaast valt het buiten het bestek van onze studie om volledig overzicht te geven van de resultaten van het werk van het NIZW. We zullen daarom slechts een illustratie geven aan de hand



van het eerstgenoemde werkkader, namelijk van de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast zullen we aan het einde van dit hoofdstuk een overzicht geven van interventies die we in Hoofdstuk 4 in de overzichtsstudies voorgedragen werden en die in de DEI van het NIZW terugkomen. Verder verwijzen wij u naar <http://www.jeugdinterventies.nl> voor meer informatie en een overzicht van de projecten in de databank.

## 5.1 NIZW onderzoek ten behoeve van effectieve opvoedondersteuning in de jeugdgezondheidszorg

Het rapport 'Goed in je vel zitten' door Blokland en collega's (2004; NIZW) handelt over GGD-preventieactiviteiten met betrekking tot psychosociale problematiek bij jeugdigen. De auteurs inventariseerden toegepaste interventies in Nederland en de kwaliteit en effectiviteit van deze programma's/projecten. Zij maakten daartoe gebruik van vier bronnen van informatie: 1) de QUI databank, 2) werkconferenties, 3) reviews in Nederlandstalige onderzoeks- en programmaliteratuur, en 4) aanvullende bronnen zoals grijze literatuur, interviews en internet. Zij streefden naar een 'soort receptenboek' voor GGD'en en gemeenten ter invulling van preventie van psychosociale problemen en opvoedondersteuning binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in hun regio. Blokland e.a. (2004) namen geen interventies in hun overzicht op waarvoor evaluatie/onderzoek geheel ontbrak. Verder stelden zij een aantal minimumeisen voor opname in hun overzicht (p. 11):

- een min of meer complete programmabeschrijving (doel, inhoud, methodiek);
- verantwoording van de interventie;
- enige vorm van evaluatie of effectonderzoek;
- uitvoering door de GGD of betrokkenheid bij de organisatie en uitvoering vanuit de GGD;
- te raadplegen bronnen van informatie.

Er kwamen in het overzicht zowel universele, selectieve, als geïndiceerde preventieprogramma's aan bod. Voor ons relevante interventies (selectief en geïndiceerd) hebben wij overgenomen in Tabel 18<sup>70</sup>.

Voor de preventie van psychosociale problemen bleek het accent voornamelijk te liggen bij de jeugdige zelf op het niveau van universele preventie (Blokland e.a., 2004; Notabene: niet in Tabel 18 opgenomen). Verder was er over het algemeen voor ouders en andere opvoeders een (zeer) beperkt aanbod beschikbaar. Het aanbod voor ouders/opvoeders bestond vooral uit universele preventie in de vorm van ouder- en voorlichtingsbijeenkomsten of cursussen (Deelstudie I).

De auteurs (Blokland e.a., 2004) concludeerden ten tijde van het onderzoek verder dat de QUI databank nog veel aan kwaliteit te winnen had. Ook was nog niet geheel duidelijk met welke omvang en intensiteit GGD-en programma's uitvoerden en was er aan de kwaliteit en effectiviteit van de interventies volgens de auteurs nog veel te verbeteren.

---

<sup>70</sup> Voor ieder project zijn in het rapport van Blokland e.a. (2004) doelstelling/verantwoording, beschrijving, uiteindelijke/intermediaire doelgroepen, uitvoerende organisaties en bronnen gegeven. Wij verwijzen hiervoor naar de betreffende publicatie.

Tabel 18: Toegepaste interventies in Nederland ter preventie van psychosociale problemen in de JGZ zoals in overzicht geplaatst door Blokland en collega's (2004).

	Kind	Ouders/opvoeders	Omgeving/ wijk/ infrastructuur/ voorzieningen
<b>Selectief</b>	<p><i>Sociaal-emotionele ontwikkeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinderen op de trampoline</li> <li>- <i>Marietje Kessels</i>-project: zomercursus</li> </ul> <p><i>Gewicht</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maak je niet dik</li> </ul> <p><i>Gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Droge bed training</li> </ul>	<p><i>Voorlichting aan allochtone moeders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Themamiddagen voor moeders</li> <li>- Kamervoorlichting via de Tupperware-methode</li> </ul> <p><i>Cursus voor ouders van drukke kinderen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Project Druktemakers</li> </ul>	
<b>Geïndiceerd</b>	<p><i>Hulpteams</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiel team</li> <li>- Preventief zorgteam</li> </ul> <p><i>Risicogroepen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spel aan Huis</li> <li>- Psychische problematiek en maatschappelijke kwetsbaarheid</li> <li>- Armoede en gezondheid van kinderen</li> <li>- Eetstoornissen</li> </ul> <p><i>Depressie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Slechte tijden, goede tijden</li> </ul>	<p><i>Preventie seksueel misbruik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MIS-project</li> </ul> <p><i>Programma's voor moeders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Home Start</li> </ul>	<p><i>Samenwerkingsverbanden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VTO-team/ Integrale vroeghulp</li> <li>- Buurtnetwerken/ Jeugdhulpverlening</li> </ul>

### 5.1.1

#### *Ordering ten behoeve van de Databank Effectieve Jeugdinterventies*

Het NIZW streeft 'evidence-based' werken in de JGZ na. Prinsen benadrukte in 2006 dat het daarbij ook relevant is om allereerst te weten wat de JGZ feitelijk aan opvoedondersteuning aanbiedt en welke organisaties voor JGZ in het land de verschillende interventies uitvoeren. Om te beginnen werd daarom een quick scan gemaakt van het aanbod opvoedondersteuning van de JGZ aan ouders van kinderen in de leeftijd van 0-19 jaar. In deze quick scan werd voortgebouwd op eerder onderzoek naar gebruik van opvoedondersteuning in de JGZ (o.a. Blokland e.a., 2004, zie hierboven). Hiertoe werden de 100 JGZ-biedende instellingen (60 thuiszorg, 40 GGD) gevraagd om bij een checklist van 44 activiteiten en interventies voor opvoedondersteuning – gebaseerd op dit eerdere onderzoek – te omcirkelen welke men aanbod. Totaal reageerden 42 thuiszorginstellingen en 33 GGD'en. Zij droegen nog 6 nieuwe activiteiten of interventies aan. Zodoende werd inzicht verkregen over het gebruik van 50 interventies (Prinsen & De Vries, 2005).

Om tot een overzicht van effectieve interventies van opvoedondersteuning te komen zijn de onderzoekers van het NIZW vervolgens in vier stappen verder gegaan (Prinsen, 2006):

- 1) Er werd een eerste selectie van interventies gemaakt. Deze ving aan met een dubbele controle van de groslijst van uiteindelijk 55 mogelijke interventies onder een expertgroep en leden van de Vakgroep Verpleegkundigen JGZ. Om in aanmerking te komen voor opname in de NIZW databank moest aan de voorwaarden worden voldaan dat het steeds ging om een interventie, uitgevoerd door de JGZ, voor opvoeders/ouders van kinderen van 0 tot 19 jaar en hun opvoedingsomgeving, met als belangrijkste doel het verminderen van

de feitelijke problemen van jeugdigen en hun opvoeders en/of het voorkomen van mogelijke problemen door de betreffende interventie bij ouders of opvoeders en/of de opvoedingsomgeving.

- 2) Als tweede werden interventies die volgens stap 1 in aanmerking kwamen voor opname in de databank volgens vast format verwerkt (ook geschikt voor toepassing in de QUI databank en databank van GGD Kennisnet).
- 3) Stap 3 behelsde een belangrijke stap in het proces: de beoordeling van de kwaliteit van de interventies. Dit gebeurt door een panel van drie deskundigen op een aantal criteria:
  - Het programma is overdraagbaar en repliceerbaar;
  - Er is sprake van een conceptuele onderbouwing van het programma op basis van onderzoek, theorie en/of praktijk;
  - Wetenschappelijk onderzoek heeft positieve effecten van de interventie aangetoond. Hiertoe vond evaluatie plaats op basis van de volgende aspecten van effectiviteit:
    - kwaliteit methodologische opzet effectonderzoek
    - mate representativiteit effectonderzoek voor praktijk van hulpverlening
    - mate van effectiviteit van interventie op basis van effectonderzoek
    - wijze beoordelen is vastgelegd in procedure en set van beoordelingsformulieren

Zie met betrekking hiertoe het sterrensysteem voor kwaliteit van onderzoek zoals we dat eerder opnamen in Hoofdstuk 2 van dit rapport.
- 4) Stap 4 behelsde het uiteindelijke doel: opname in de *Databank Effectieve Interventies* (DEI) Jeugd van het NIZW, gekoppeld aan andere relevante databanken.

### 5.1.2 Meest gebruikte interventies in de JGZ

Alvorens we ingaan op de interventies die uiteindelijk door het NIZW voor dit moment opgenomen zijn in de DEI, zullen we eerst ingaan op de ordening die Prinsen (2006) gaf van interventies naar mate van gebruik. In Bijlage D zijn de meest gebruikte interventies zoals genoemd door JGZ-instellingen weergegeven. De zes meest gebruikte interventies bleken te zijn:

- 1) Pedagogisch advies op maat;
- 2) Individuele opvoedingsvoorlichting op maat tijdens inloopcontacten of spreekuur;
- 3) Themabijeenkomsten;
- 4) Signalering van pedagogische en psychosociale problematiek;
- 5) Gestandaardiseerde, individuele opvoedingsvoorlichting op het consultatiebureau of tijdens periodiek geneeskundig onderzoek;
- 6) Buurtnetwerk jeugdhulpverlening.

Al deze zes interventies zijn door tenminste 80% van de instellingen (60 instellingen of meer) gebruikt. Het pedagogisch advies op maat, dat door 67 instellingen bleek te worden ingezet, vindt plaats tijdens consulten op het consultatiebureau, op het spreekuur van de JGZ-verpleegkundige of -arts, op het Opvoedbureau of in de Opvoedwinkel, of tijdens al dan niet geïndiceerde huisbezoeken. *Stap-voor-Stap* is een methode die voor deze pedagogische advisering veel gebruikt wordt.

In de categorie 'weinig gebruikt' (door 0 tot 15 instellingen) vonden we een totaal van 28 interventies (zie Bijlage D). Twaalf van deze programma's werden door slechts 1 of 2 instellingen toegepast of werden door geen enkele instelling genoemd. Daarnaast waren er acht interventies die door slechts 3-7 instellingen genoemd werden en dus dicht bij deze 'top 12' van minst gebruikte interventies liggen. Het ging om de



programma's: Gordoncursus, Triple P, Stop de Pestkop, Jij bent belangrijk, Samen Starten, Spel aan Huis, het groepsconsultatiebureau en de praktische pedagogische thuishulp. Prinsen (2006) benadrukte dat het geringe gebruik soms te verklaren viel uit het feit dat de interventie recentelijk ontwikkeld was of vanuit het buitenland geïmporteerd werd, zoals bij Triple P, VoorZorg en Oké (Stevig Ouderschap) het geval is.

5.1.3 *Opname in de Databank Effectieve Interventies (DEI) Jeugd van het NIZW*  
Uiteindelijk bleek in Stap 4 van het onderzoek dat Prinsen (2006) beschreef, dat 18 van de geëvalueerde interventies behoren tot de opvoedondersteuning van de JGZ en beantwoorden aan de selectiecriteria qua kwaliteit en effectiviteit en 37 interventies (nog) niet. De betreffende 18 interventies die aangemerkt kunnen worden als tenminste *veelbelovende* opvoedondersteuning van de JGZ zijn:

1. Oudercursus: Peuter in zicht
2. Gordoncursus
3. Ouder- en kindtraining: Praten met Kinderen
4. Oudercursus: Beter omgaan met pubers
5. De Veiligheidskaarten
6. Oudercursus: Opvoeden Zó
7. Bemoeizorg
8. Moeders Informeren Moeders (MIM)
9. Home Start
10. Stap voor stap
11. Boekenpret
12. Oudercursus: Drukke kinderen
13. Droge bed training
14. Triple P
15. Oké / Stevig Ouderschap
16. Voorzorg
17. Jij bent belangrijk
18. Gezonde school en genotmiddelen

Van die 18 interventies bleken er:

- Drie deels effectieve interventies (Gordoncursus; Droge bed training, Stevig Ouderschap);
- Twee in het buitenland effectieve maar in Nederland nog niet onderzochte interventies (Triple P; Voorzorg);
- Vijf interventies met positieve maar (te) beperkte of (te) geringe effecten (De Veiligheidskaarten; Moeders Informeren Moeders; Boekenpret; Gezonde school en genotmiddelen);
- En acht veelbelovende interventies (Oudercursus: Peuter in zicht; Oudercursus: Beter omgaan met pubers; Oudercursus: Opvoeden Zó; Bemoeizorg; Stap voor stap; Oudercursus: Drukke kinderen; Jij bent belangrijk).

Prinsen (2006) constateerde dat er in ons land (nog)<sup>71</sup> geen *bewezen effectieve* interventies voor opvoedondersteuning in de JGZ beschikbaar zijn, die voldoen aan de hoogste standaard van bewezen effectiviteit in 2 RCT's (zie ook sterrenindeling in Hoofdstuk 2).

<sup>71</sup> Heel bewust wordt gesproken van 37 interventies die *nog* niet aan criteria voldoen en het *nog* niet beschikken over bewezen effectieve interventies. Aanvullende ontwikkelingen in het veld, waar het gaat om uitwerken van methodieken, effectonderzoek en implementatie, kunnen hier veranderingen in veroorzaken.

Om uiteenlopende redenen werden 37 van de 55 interventies niet opgenomen in de lijst van veelbelovende of effectieve interventies voor opvoedondersteuning in de JGZ. Daarbij speelden vijf redenen een rol: 1) Het bleek niet te gaan om opvoedondersteuning; 2) De interventie wordt niet toegepast in de JGZ; 3) Het betreft geen interventie; 4) De interventie voldoet niet aan de gestelde kwaliteitseisen; en 5) Er is onvoldoende informatie om een beschrijving en beoordeling op te maken.

#### 5.1.4 *Conclusie en aanbevelingen Prinsen (2006)*

Prinsen (2006) trok op basis van de verrichte evaluatie en de resulterende indeling een aantal conclusies. Allereerst benadrukte hij dat de JGZ anno 2006 nog niet beschikt over een evidence-based pakket van opvoedondersteuning. Er is weinig effectonderzoek gedaan naar opvoedondersteuning in de JGZ, waardoor in veel gevallen volgens Prinsen nog geen zinvolle uitspraak kan worden gedaan over de (waarschijnlijke dan wel te verwachten) mate van effectiviteit van de interventies die in het onderzoek onderscheiden konden worden. Desondanks werden met de 3 tot 5 als deels effectief en 13 als veelbelovend aangemerkte interventies volgens Prinsen wel de basis gelegd voor een te ontwikkelen (basis)pakket van opvoedondersteuning voor de JGZ. Nu is een stevig onderzoeksprogramma nodig naar de effecten van deze veelbelovende interventies om in RCT's de effectiviteit ervan vast te kunnen stellen.

Alle 18 aangemerkte programma's zijn een vorm van twee gemeentelijke functies van opvoed- en gezinsondersteuning, te weten informatie en voorlichting, of (licht) pedagogische hulp. Prinsen concludeerde dat voor de andere gemeentelijke functies, toeleiding en coördinatie van zorg, nauwelijks (goed) beschreven methodieken en praktijken beschikbaar zijn. Signaleringsmethodieken en -instrumenten, alsmede samenwerkingsvormen, waarvan sommige ook betrekking hebben op deze beide gemeentelijke functies, verdienen volgens Prinsen (2006) een afzonderlijk kwaliteitsverbeteringstraject.

Met betrekking tot de 37 interventies die (nog) niet aan de kwaliteitseisen bleken te voldoen, merkte Prinsen op dat deze niet acuut niet meer gebruikt moeten worden. Maar dat de JGZ wel moet stoppen met het gebruik van interventies die niet voldoen aan de minimale kwaliteitseisen van overdraagbaarheid. Prinsen voorzag tot slot een steeds dringender wordende noodzaak tot kwaliteitsverbetering voor de overblijvende interventies.

#### 5.1.5 *Programmeringsstudie JGZ*

In Hoofdstuk 1 noemden wij reeds kort de Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg (Dijkstra e.a., 2001). Wij zijn op deze onderzoeksprogrammering in de rest van dit rapport niet nader ingegaan. Echter, met betrekking tot effectonderzoek voor de JGZ willen wij, in aansluiting op bovenstaande, op deze plaats nog kort een tweetal relevante resultaten zoals beschreven in de update van deze programmeringsstudie JGZ (Neppelenbroek e.a., 2005) noemen:

- a) Met betrekking tot opvoedondersteuning werd in de update het volgende resultaat op basis van literatuuronderzoek samengevat: *“Effectieve buitenlandse en veelbelovende Nederlandse interventies dienen met spoed onderzocht te worden op effectiviteit en uitvoerbaarheid in de Nederlandse situatie.”*
- b) Met betrekking tot kindermishandeling werd het volgende geconcludeerd: *“Gezien de grote verschillen tussen het gezondheidssysteem en de cultuur in de USA en in Nederland kunnen Amerikaanse resultaten niet eenvoudig gecopieerd worden. Vertaling, culturele aanpassing en uittesten op toepasbaarheid voor de Nederlandse*

*situatie is dringend nodig. Aansluitend goed effectonderzoek is dringend nodig om na te gaan of de resultaten ook in de Nederlandse situatie te bereiken zijn."*

Deze aandacht voor bewijzen van effectiviteit vanuit Nederlands effectonderzoek sluit aan bij het gehanteerde perspectief voor de DEI: Voor de DEI is de sterrenindeling gebaseerd op effectiviteit zoals aangetoond in Nederlands onderzoek.

## 5.2 Aansluiting jeugdinterventies in de DEI bij interventies in de (inter)nationale overzichtsstudies

In het voorgaande gingen we in op de inventarisatie door het NIZW van effectieve jeugdinterventies voor opvoedondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. Echter, zoals eerder vermeld, worden in de DEI naast JGZ-activiteiten ook jeugdinterventies/programma's uit andere werkkaders vermeld. Daarom geven we hier een opsomming van interventieprogramma's die (a) in de databank door het NIZW vermeld worden als veelbelovend en/of effectief<sup>72</sup> en bovendien (b) in Hoofdstuk 4 door de verschillende onderzoekers voorgedragen werden (zoals vermeld in het systematische overzicht in Bijlage C). We hanteren daarbij het sterrenstelsel zoals vermeld in Hoofdstuk 2.

### 5.2.1 *Positieve resultaten uit minstens één (\*\*\*\*)-effectonderzoek*

Van de interventies die tenminste één maal in een (\*\*\*\*)-effectonderzoek positief geëvalueerd werden, zagen we de volgende programma's uit de (inter)nationale overzichtsliteratuur terugkomen:

- **Beeldcommunicatie**

Beeldcommunicatie is een vorm van speltherapie voor kinderen van 3 tot 12 jaar die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt. Hierdoor is hun relatie met de omgeving verstoord geraakt. De therapie wil de pedagogische relatie tussen de kinderen en hun ouders en omgeving herstellen. Beeldcommunicatie bestaat uit spelsessies met de kinderen in combinatie met ouderbegeleiding.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

De Vroom, J.M.W. (1997): effectief\*\*\*\*.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- **Stemmingmakerij**

Stemmingmakerij is een groepsgerichte, preventieve interventie, in cursusvorm, bestemd voor jongeren tussen de 15 en 19 jaar die last hebben van een hoog niveau van depressieve klachten. Het doel is depressieve symptomen te verminderen en depressieve stoornissen op te heffen.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Ruiter (1997): deels effectief\*\*\*\*.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- **Taakspel (Good Behavior Game)**

Taakspel is een universeel<sup>73</sup> preventieprogramma. Het bestaat uit een groepsgerichte

<sup>72</sup> We zijn uitgegaan van de online indeling d.d. 23 november 2006. We richtten ons op interventies al dan niet voorzien van een √-teken, hetgeen er op duidt dat een onafhankelijk panel van deskundigen deze interventies heeft erkend als veelbelovend of effectief.

<sup>73</sup> Notabene: In de overzichtsstudies werd dit programma ondermeer door de Inventgroep aangemerkt als selectief in tegenstelling tot universeel preventieprogramma.

aanpak voor leerlingen van groep 4 en 5 van het basisonderwijs (7-9 jaar), waarbij leerlingen middels een spel leren zich beter aan klassenregels te houden. Doel is het verbeteren van taakgericht gedrag en het verminderen van regelovertrekend gedrag bij de kinderen, en het bevorderen van een positief onderwijsklimaat. Uiteindelijk doel is beginnend probleemgedrag in een vroeg ontwikkelstadium te verminderen en om te buigen in een positiever gedrag.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Van Lier (2002): effectief\*\*\*\*.

Van der Sar (2004a): effectief\*\*\*.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

### 5.2.2 *Positieve resultaten uit minstens één (\*\*\*)-effectonderzoek*

Van de interventies die tenminste één maal in een (\*\*\*)-effectonderzoek positief geëvalueerd werden, zagen we de volgende programma's uit de (inter)nationale overzichtsliteratuur terugkomen:

- **Moeders Informeren Moeders**

MIM is een programma voor voorlichting en opvoedondersteuning van moeders met een eerste kind tussen 0 en 18 maanden. De bedoeling is het zelfvertrouwen, de zelfredzaamheid en het zelfzorgvermogen van de moeders te vergroten en hun sociale netwerk versterken.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Hanrahan-Cahuzak (2002): Effectiviteit niet aangetoond\*\*\*.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- **Piramide (Success for All)**

Piramide is een educatieve methode voor peuterspeelzalen en groep 1 en 2 van de basisschool. Het programma wil de ontwikkeling van kinderen van 2,5 tot 6 jaar stimuleren, zodat ze met succes de basisschool kunnen volgen.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Veen, Roeleveld en Leseman (2000): deels effectief°.

Van Kuyk (2000): deels effectief\*\*\*.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- **Praten met Kinderen**

Praten met Kinderen is een preventieprogramma, gericht op ouders van kinderen tussen 12 en 15 jaar met lichte externaliserende gedragsproblemen die lichte opvoedingsproblemen ervaren. De interventie beoogt te voorkomen dat de gedragsproblemen van het kind uitgroeien tot ernstiger probleemgedrag.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

As, N. van (1999): deels effectief\*\*\*.

Verdurmen, J., Oort, M. van & Meeuwissen, J. (2003): deels effectief (meta-analyse).

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

5.2.3 *Positieve resultaten uit minstens één (\*\*)-effectonderzoek*

Van de interventies die tenminste één maal in een (\*\*)-effectonderzoek positief geëvalueerd werden, zagen we geen van de programma's uit de (inter)nationale overzichtsliteratuur terugkomen.

5.2.4 *Positieve resultaten uit minstens één (\*)-effectonderzoek*

Van de interventies die tenminste één maal in een (\*)-effectonderzoek positief geëvalueerd werden, zagen we het volgende programma uit de (inter)nationale overzichtsliteratuur terugkomen:

- Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD; PATHS)

Het Programma Alternatieve Denkstrategieën is een programma om de sociaal-emotionele ontwikkeling te stimuleren van kinderen van 6 tot 12 jaar in het regulier en speciaal basisonderwijs.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Joha, Van Luit & Vermeer 2001: deels effectief<sup>o</sup>.

Van Opstal 1994<sup>o</sup> of 1994\*: effectief.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

5.2.5 *Positieve resultaten uit minstens één effectonderzoek zonder ster (°)*

Van de interventies die tenminste één maal in een (°)-effectonderzoek positief geëvalueerd werden, zagen we de volgende programma's uit de (inter)nationale overzichtsliteratuur terugkomen:

- Big Brother/ Big Sister

Big Brothers, Big Sisters (BBBS) koppelt individuele kinderen en jongeren van 4 tot 24 jaar die in risicosituaties verkeren, aan volwassen vrijwilligers die activiteiten met hen ondernemen. Doel is de jeugdigen beter te laten functioneren in het dagelijks leven en hun zelfredzaamheid te vergroten.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Bolier & Bohlmeijer (2001): effectief<sup>o</sup>.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- Kaleidoscoop

Kaleidoscoop is een educatief programma voor kinderen van 2,5 tot 6 jaar, afgeleid van het Amerikaanse High/Scope programma. Het wordt uitgevoerd in een doorgaande lijn van de peuterspeelzaal naar groep 1 en 2 van de basisschool. Doel van Kaleidoscoop is het vergroten van de onderwijskansen van kinderen in achterstandssituaties.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Veen, Roeleveld & Leseman (2000): deels effectief<sup>o</sup>.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- Opvoeden zó (Tegenwoordig: Opvoeden & Zo)

Opvoeden & Zo is een opvoedingscursus voor ouders in achterstandssituaties met kinderen in de leeftijd van drie tot twaalf jaar. Doel is vergroting van de opvoedingscompetentie van ouders, door hen bewust te maken van de beïnvloedingsmogelijkheden van het gedrag van hun kinderen, en hen te leren van deze mogelijkheden gebruik te maken.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Most van Spijk & Hopstraten (1998): deels effectief°.

Albertz (1997): deels effectief°.

Blom e.a. (1995): effectiviteit onduidelijk of onbekend°.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

### 5.2.6 *Veelbelovende interventies*

Tot slot hanteerde het NIZW een categorie *veelbelovende interventies* voor programma's waarvoor geen Nederlands effectonderzoek gepubliceerd is, maar die in theorie effectief te noemen zijn. Er is voor deze programma's een helder betoog dat aangeeft waarom de interventie kan werken en/of er zijn positieve resultaten uit buitenlands effectonderzoek naar soortgelijke interventies beschikbaar. Van de interventies in deze categorie, zagen we de volgende programma's uit de (inter)nationale overzichtsliteratuur terugkomen:

- **Omgaan met Pubers**

Beter Omgaan met Pubers betreft een opvoedingscursus voor laagopgeleide ouders van pubers in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Doel is te voorkomen dat problemen met de pubers escaleren en hulpverlening nodig is.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Geen studies voorhanden.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- **Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP (Psycho-Educational Family Preventive Intervention)**

Het gaat hier om een kortdurende interventie, bestemd voor gezinnen met een kind van 4 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft. Doel is te voorkomen dat kinderen zelf problemen ontwikkelen. Dit wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Geen studies voorhanden.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- **Triple P**

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma met als doel de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Geen studies voorhanden.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- **Voorzorg (Elmira Project cq Nurse Family Partnership)**

Voorzorg is een preventieve interventie, gericht op hoog-risico moeders, waarmee kindermishandeling of -verwaarlozing voorkomen moet worden. Tijdens het programma, dat begint circa 5 maanden voor de geboorte en doorloopt tot het kind 24

maanden is, worden middels huisbezoeken risicofactoren systematisch aangepakt. Voorzorg is gebaseerd op het effectief gebleken Amerikaanse Nurse Family Partnership.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Geen studies voorhanden.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

- **VRIENDEN (Friends for Children Program)**

VRIENDEN is een individuele of groepsinterventie voor jeugdigen van 7 tot en met 16 jaar die last hebben van angststoornissen en depressieve klachten. Het programma leert in tien bijeenkomsten vaardigheden en technieken aan om de angst of depressie aan te pakken. Voor de ouders zijn er vier bijeenkomsten. VRIENDEN kan ook als preventieprogramma worden gebruikt, bijvoorbeeld op school.

*Classificatie uitkomsten Nederlandse effectstudies*

Geen studies voorhanden.

Vermeld in: [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

### 5.3 Tot slot

We pretenderen niet in dit hoofdstuk een volledig overzicht te hebben gegeven van selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's voor opvoed- en opgroei-ondersteuning. We hebben voornamelijk aangesloten bij het inventarisatiewerk dat gecoördineerd wordt door het NIZW in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Daartoe hebben we allereerst de inventarisatie van veelbelovende en/of effectieve JGZ-activiteiten nader uitgelicht. Vervolgens hebben we een vergelijking gemaakt van alle thans in de databank als veelbelovend of effectief aangemerkte programma's die we eerder voorgedragen zagen in de wetenschappelijke literatuur (Hoofdstuk 4). We wijzen erop dat door onze keuze voor een vergelijking met de voorgedragen interventies in Hoofdstuk 4, enkele in Nederland ontwikkelde en getoetste programma's als bijvoorbeeld Opstap, Stevig Ouderschap en Bemoeizorg hierboven niet terugkomen. Verder wordt in de DEI bijvoorbeeld ook een Gezins-Cognitieve Gedragstherapie (Gezins-CGT) genoemd zonder dat hierbij verwezen wordt naar vergelijkbare internationale varianten. Tot slot zijn er een heel aantal interventies die nog niet beoordeeld zijn op geschiktheid voor opname in de databank. Denk bijvoorbeeld aan programma's als PMTO of PCIT. Ook deze kwamen dientengevolge in dit hoofdstuk niet aan bod.





## 6 Conclusie en discussie

Deze tweede deelstudie van de ZonMw Programmeringsstudie Jeugd betreft een overzicht en kritische beschouwing van beschikbare signaleringsinstrumenten en interventies voor kinderen, jeugdigen en hun ouders die opvoed- en opgroei-ondersteuning nodig hebben vanwege dreigende of beginnende problematiek. De studie beperkt zich tot het domein van psychische, sociale en cognitieve problemen. Doel van deze analyse is aanbevelingen te doen ten behoeve van het nieuwe Kennisprogramma Jeugd van ZonMw dat op initiatief van het Ministerie van VWS wordt voorbereid. Overeenkomstig de opdracht van ZonMw werd de thans beschikbare kennis in kaart gebracht op basis van de informatie die voorhanden is in internationale en nationale overzichtsstudies (reviews en meta-analyses).

Deze deelstudie heeft specifiek betrekking op het gebied van de selectieve en geïndiceerde opvoed- en opgroei-ondersteuning, dat wil zeggen op signaleringsinstrumenten en interventies die gericht zijn op risicogroepen, respectievelijk op individuele kinderen en ouders waarbij sprake is van ernstige risicosituaties en beginnende problemen en symptomen. Universele interventies gericht op alle kinderen worden in Deelstudie I behandeld. Interventies voor kinderen en jeugdigen waarbij reeds sprake is van een diagnosticeerbare stoornis behoren tot het domein van Deelstudie III. Parallel hieraan is een onderscheid gemaakt tussen universele, selectieve en geïndiceerde signaleringinstrumenten. Universele instrumenten beschrijven de risicosituaties en problemen voor de gehele bevolkingsgroep en kunnen resulteren in het identificeren van risicogroepen. Instrumenten voor selectieve signalering worden gebruikt om de situatie van risicogroepen nader in kaart te brengen en kunnen indicaties opleveren voor individuele kinderen en opvoedingssituaties die vanwege beginnende problematiek extra preventieve aandacht vergen. Instrumenten voor geïndiceerde psychosociale en pedagogische probleemherkenning worden gebruikt om de kennis van de situatie bij kinderen en jeugdigen met beginnende problemen nader te verkennen, en om deze groep te onderscheiden van kinderen en jeugdigen die vanwege de ernst van hun problemen therapeutische behandeling nodig hebben (Deelstudie III). De geïdentificeerde signaleringsinstrumenten zijn primair besproken op basis van hun relevantie en geschiktheid voor gebruik in de JGZ en door andere instellingen die zich met opvoed- en opgroei-ondersteuning bezig houden. Daarnaast biedt het overzicht ondersteuning bij de selectie van instrumenten voor verder wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.

### 6.1 Signaleringsinstrumenten

In deze tweede deelstudie van de ZonMw Programmeringsstudie Jeugd stond een beschouwing van voorzieningen centraal voor kinderen en ouders die opvoed- en opgroei-ondersteuning nodig hebben vanwege dreigende of beginnende problematiek. In Hoofdstuk 3 werd allereerst aan de hand van een aantal overzichtsstudies ingegaan op kennis over signaleringsinstrumenten op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning. In Tabel 2 (p. 46) werden de resultaten van deze inventarisatie weergegeven. De beschreven instrumenten zijn hieronder in Tabel 19 nogmaals in een samenvattend overzicht geplaatst naar type problematiek en leeftijdscategorie. Voor wat betreft de indeling van aandachtsgebied is zoveel mogelijk aangesloten bij de indeling die de Inventgroep (2005) hanteerde. Zodoende wordt onderscheid gemaakt tussen instrumenten ten behoeve van signalering van internaliserende, externaliserende en

meervoudige of overige problematiek; en instrumenten voor het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties. Voor wat betreft de leeftijdsgroepen is zoveel mogelijk aangesloten bij de levensloopregeling van Operatie Jong (Van Eijck, 2006). In de toelichting bij Tabel 19 zijn de instrumenten in systematisch, alfabetisch overzicht geplaatst en zijn voor ieder instrument (indien van toepassing) de afkorting toegelicht; referentie(s) gegeven; en setting, doelgroep en/of onderwerpen aangeduid. Met name de cursief weergegeven instrumenten behoeven nader onderzoek.

Samengevat bleek er in de publicaties over selectieve signalering een centrale rol weggelegd te zijn voor het selectieve signaleringsinstrument de SDQ of de uitgebreidere SPsy. Ook werden ondermeer de PSYBOBA en PSC voor 7- tot 12-jarigen positief geëvalueerd. De Inventgroep adviseerde daarnaast de (B)ITSEA voor gebruik in gezinnen met jongen kinderen. Waar het gaat om geïndiceerde probleemonderkenning leek de grootste rol toegekend te worden aan de ASEBA-lijsten (CBCL, TRF en YSR).

Notabene, selectieve screeningsinstrumenten als de SDQ leiden niet tot een diagnose van psychiatrische problematiek. Een dergelijke diagnose zal aanvullend gesteld moeten worden bijvoorbeeld met behulp van de DSM-IV. Voor het bepalen van de ernst en het beloop van een depressie kan daarnaast bijvoorbeeld gebruikgemaakt worden van de Child Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985). Met betrekking tot het screenen van symptomen van DSM-gedefinieerde angststoornissen kan men denken aan de SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; Birmaher e.a., 1997; Muris, Dreessen, Bogels, Weckx, & Melick, 2004). Tot slot noemen we in dit kader ook de DAWBA – Development and Well-Being Assessment – een nieuw instrument voor nadere diagnostiek met betrekking tot DSM stoornissen bij 5- tot 16-jarigen (Goodman, Ford, Richards, Gatward, & Meltzer, 2000). Deze geïndiceerde instrumenten behoren echter tot het domein van de derde deelstudie van de onderhavige programmeringsstudie. Zie ook het overzicht door Ferdinand e.a. (2004) van meetinstrumenten met betrekking psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen.

Tabel 19: Signaleringsinstrumenten uit de overzichtsstudies met in de kolommen (de horizontale as) de indeling van de Inventagroep (2005; problematiek kind en zorgwekkende opvoedingssituaties) en in de rijen (de verticale as) de levensloopindeling van Operatie Jong (zie Van Eijck, 2006).

	Internaliserende, externaliserende, meervoudige/ overige problematiek kind		Zorgwekkende opvoedingssituatie	
	Selectieve probleemonderkenning <sup>a)</sup>	Geïndiceerde probleemonderkenning <sup>b)</sup>	Selectieve probleemonderkenning	Geïndiceerde probleemonderkenning
<b>Zwangerschap &amp; babytijd</b> <b>Peutertijd</b> <b>Kleutertijd</b>	- Stap voor Stap methode - BABY-KIPPI - PEUTER-KIPPI - KIPPI 1-4 jaar - BITSEA - SDQ	- CBCL - ITSEA	- NOSIK - Samen Starten methode - Lijst Hellinckx	- NOSI - VGF - CARE-NL - Parent Child Conflict Tactics Scale - VOBO - SPUTOVAMO
<b>Scholieren</b>	- Stap voor Stap methode - KIPPI 5 jaar - Diagnostisch Informatie en Management Systeem - Suicide Ideation - Questionnaire-JR - LSPK - SDQ/SPsy - PSYBOBA - PSC - IRT-CAT	- CBCL - YSR - TRF - EARL20B	- NOSIK	- NOSI - CARE-NL - Juvenile Victimization Questionnaire - Parent Child Conflict Tactics Scale - VOBO - SPUTOVAMO
<b>Pubers</b> <b>Jongvolwassenen</b>	- Stap voor Stap methode - Risicovolle Ontwikkelingspaden - Delinquentie - Suicide Ideation - Questionnaire - KIVPA - SDQ/SPsy	- CBCL - YSR - TRF - SAVRY	- NOSIK	- NOSI - CARE-NL - Juvenile Victimization Questionnaire - Parent Child Conflict Tactics Scale - VOBO - SPUTOVAMO

a) Selectieve probleemonderkenning betreft het signaleren van risicoprocessen die duiden op het ontstaan van zorgwekkende opgroei- en opvoedsituaties.

b) Geïndiceerde probleemonderkenning betreft het signaleren van manifeste opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek.

**Toelichting bij Tabel 19: Systematisch, alfabetisch overzicht van de in Tabel 19 weergegeven instrumenten: inclusief toelichting van afkortingen en informatie over setting, doelgroep en/of centrale onderwerpen van elk instrument.**

Instrument	Volledige naamsaanduiding instrument	Referentie(s)	Setting, doelgroep en/of onderwerpen
BITSEA	(Brief) Infant-Toddler Social and Emotional Assessment	(Biggs-Gowan e.a., 2004)	JGZ 0-19 (kinderen van 12 maanden – 3 jaar) Gericht op: Vroegtijdig signaleren van externaliserende/ internaliserende problemen
CARE-NL	Child Abuse Risk Evaluation – Nederlands	(De Ruiter & Pollman, 2003)	1 <sup>e</sup> lijn hulpverlening/ 2 <sup>e</sup> lijn zorginstellingen Gericht op: Taxatie zorgwekkende opvoedingssituaties
CBCL	Child Behavior Checklist	(Achenbach, 1991a)	Jeugdzorg, GGZ (kinderen van 1½ – 18 jaar) Gericht op: Internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek
Diagnostisch Informatie en Management Systeem	Diagnostisch Informatie en Management Systeem		Onderwijs Gericht op: Speel/leerstoffijnen en problemen daarin, waar nodig passende diagnostiek
EARL20B	Early Assessment Risk List		1 <sup>e</sup> lijn hulpverlening/ 2 <sup>e</sup> lijn zorginstellingen Gericht op: Antisociaal, delinquent gedrag en voorspelling recidive
IRT-CAT	Item Response Theory - Computerized Adaptive Testing	(Vogels e.a., 2006)	JGZ 0-19 Gericht op: Inschatten psychosociale problematiek met minimaal aantal items
ITSEA	Infant-Toddler Social and Emotional Assessment	(Carter e.a., 2003)	Jeugdzorg, GGZ (kinderen van 12 maanden – 3 jaar) Gericht op: Vroegtijdig signaleren van externaliserende/ internaliserende problemen
Juvenile Victimization Questionnaire	Juvenile Victimization Questionnaire	(Hamby, & Finkelhor, 2001)	JGZ 0-19 (bruikbaar voor kinderen vanaf 8 jaar) Gericht op: Problemen in de opvoeding
KIPPI	Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie	(Kousemaker, 1997; Romijn & Kousemaker, 2001)	JGZ 0-19 (kinderen ≤ 5 jaar) Gericht op: Psychosociale problematiek
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten	(Bos e.a., 1998; Van Ede, 1997)	JGZ 0-19 (kinderen van 12 – 18 jaar) Gericht op: Psychosociale problematiek
Lijst Hellinckx	Lijst Hellinckx / Screening van Ernstige Probleematische Opvoedingssituaties met Risico op Kindermishandeling	(Hellinckx e.a., 2001)	JGZ 0-19 (kinderen van 0 – 3 jaar) Gericht op: Risico op kindermishandeling (a.h.v. verstoorde ouder-kind relatie, verstoorde communicatie tussen ouder en verpleegkundige, en

Instrument	Volledige naamsaanduiding instrument	Referentie(s)	Setting, doelgroep en/of onderwerpen
LSPPK	<i>Landelijke Signaleringshulp voor Psychosociale Problematiek bij Kleuters</i>	(Bouchier e.a., 1996, 1997)	<i>psychologische problemen van de ouder</i> JGZ 0-19 (Kleuters) Gericht op: Gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen
NOSI	Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (vertaalde en bewerkte Parenting Stress Index)	(De Brock e.a., 1992)	Jeugdzorg, GGZ Gericht op: Ouderlijke stressbeleving in de opvoeding en ouderlijke beleving van het kind
NOSIK	Nijmeegse Ouderlijke Stress Index – korte versie		JGZ 0-19 Gericht op: Ouderlijke stressbeleving in de opvoeding
Parent Child Conflict Tactics Scale	Parent Child Conflict Tactics Scale	(Straus e.a., 1998)	JGZ 0-19 Gericht op: Relatie tussen ouders en kind: met name aandacht voor kindermishandeling
PSC	Pediatric Symptom Checklist	(Jellinek & Murphy, 1988; Jellinek e.a., 1999; Murphy e.a., 1992; Reijneveld e.a., 2006)	JGZ 0-19 (kinderen van 7 – 12 jaar) Gericht op: Voegsignalering van psychosociale problematiek
PSYBOBA	Vragenlijst voor PSYchosociale problematiek in de BOvenbouw van het BASisonderwijs	(Ede e.a., 2003)	JGZ 0-19 (kinderen van 7 – 12 jaar) (deels in te vullen door ouder en deels door arts/verpleegkundige) Gericht op: Schoolproblemen, problemen in sociale omgang met anderen en internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek
Samen Starten methode	Samen Starten methode		JGZ 0-19 (consultatiebureau) (vroeg ontwikkelings 0-4 jaar) Gericht op: Signaleren ondersteuningsbehoefte
SAVRY	Structured Assessment of Violence in Youth	(Lodewijks e.a., 2003)	1 <sup>e</sup> lijn hulpverlening/ 2 <sup>e</sup> lijn zorginstellingen Gericht op: Taxaties bij gewelddadige jongeren
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire	(Van Widenfelt e.a., 2003)	JGZ 0-19, onderwijs, huisarts, HAL T (kinderen van >3 jaar) Gericht op: Internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek
SPsy	Screeningsinstrument Psychische Stoornissen: SDQ aangevuld met vragen over eetstoornissen, psychotische kenmerken, problemen met alcohol, problemen met drugs en	(Trimbos-instituut, 2006; Van Oort e.a., 2006)	JGZ 0-19 (specifiek aanbevolen voor klas 2 van het voortgezet onderwijs) Gericht op: Psychosociale problematiek

Instrument	Volledige naamsaanduiding instrument	Referentie(s)	Setting, doelgroep en/of onderwerpen
SPUTOVAMO	risico op suïcide en automutilatie. SPUTOVAMO		Ziekenhuizen (te gebruiken naast de Meldcode Kindermishandeling in alle voorzieningen) Gericht op: Kindermishandeling
Stap voor Stap methode	Stap voor Stap methode	(Uittenbogaard, 1996)	JGZ 0-19 Gericht op: Verhelderen, adviseren en begeleiden van lichte pedagogische problemen
Suicide Ideation Questionnaire-JR	Suicide Ideation Questionnaire-JR		JGZ 0-19, huisarts (kinderen van 11 – 13 jaar (JR) en van 14 – 18 jaar)
TRF	Teacher Report Form	(Achenbach, 1991b)	Jeugdzorg, GGZ (kinderen van 4 – 18 jaar) (vergelijk CBCL; in te vullen door leerkracht) Gericht op: Internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek
VGF*	Vragenlijst Gezinsfunctioneren	(Ten Brink e.a., 2000)	Jeugdzorg, GGZ (In te vullen door hulpverlener die het gezin goed kent, bv. video-hometrainer) Gericht op: Ernstige opvoedingsproblematiek
VOBO	Vragenlijst onvervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning		JGZ 0-19 (minimaal een HBO-opgeleide beroepskracht kan de lijst afnemen/scoren) Gericht op: Opvoedingsproblematiek
YSR	Youth Self Report	(Achenbach, 1991c)	Jeugdzorg, GGZ (kinderen van 11 – 18 jaar) (vergelijk CBCL; in te vullen door jeugdige zelf) Gericht op: Internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek

Noot: *Cursief* weergegeven signaleringsinstrumenten vergen nog verder onderzoek<sup>74</sup>.

\* Ad VGF: De betrouwbaarheid van de meeste schalen van de VGF is redelijk tot goed. Drie schalen - individueel functioneren moeder, individueel functioneren vader en veiligheid in het gezin volgens vader - hebben een alfa-coëfficiënt lager dan .70 waardoor er vraagtekens bij de betrouwbaarheid van deze schalen gezet moeten worden.

<sup>74</sup> Notabene: Het betreft een weergave van door de auteurs van de overzichtsstudies aangedragen instrumenten. De selectiecriteria die bepalen of een instrument verder onderzoek behoeft naar validiteit of betrouwbaarheid zijn dienstengevolge divers; afhankelijk van het oordeel van de auteurs. Er is géén gebruikgemaakt van primaire studies ten behoeve van nadere informatie omtrent inhoud en validiteit of betrouwbaarheid van instrumenten.

### 6.1.1 *Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingssituaties*

In onze inventarisatie van kennis over signaleringsinstrumenten vielen een aantal zaken op. Allereerst stond in de meeste instrumenten de *ontwikkeling* van kinderen centraal (zie kolom 2 en 3 in Tabel 19). We vonden overwegend vragenlijsten waarmee (dreigende) problemen in de psychosociale ontwikkeling van kinderen kunnen worden gemeten (zie bovenstaand). Echter, in wetenschappelijk onderzoek is veelvuldig aangetoond dat de *opvoeding* door de ouder een belangrijke voorspeller is van de ontwikkeling van het kind. Het is opvallend dat we daarbij aansluitend, vooral waar het gaat om vroegtijdig signaleren, niet meer praktisch relevante, betrouwbare en/of valide instrumenten vonden waarmee op systematische wijze (eerste) verstoringen in de opvoedingscontext gemeten kunnen worden.

Eerste behoefte aan ondersteuning bij het vervullen van opvoedingstaken zal vaak voornamelijk ingegeven worden door de opvoedingsbeleving van ouders. Een specifiek aspect van opvoedingsbeleving van ouders is de gezinsbelasting die gedefinieerd kan worden als de verhouding tussen draaglast en draagkracht van het gezin (Wels & Robbroeckx, 1996). De draaglast verwijst naar de taken die binnen het gezin vervuld moeten worden en de verschillende lasten die het gezin te dragen krijgt. In dit geval doelen we op de eerste plaats op opvoedingstaken en gerelateerde zorgen van opvoeders over opvoeding, ontwikkeling en gezondheid van kinderen. Daarbij kan bijvoorbeeld stress deze draaglast verhogen en passende hulp of een steunend netwerk de draaglast verlagen en draagkracht verhogen. Indien de draagkracht van ouders in sterkere mate tekortschiet, zal de behoefte aan opvoedondersteuning toenemen. Signalering van een verstoorde draagkracht-draaglast verhouding kan bijdragen in het voorkomen van ernstige problemen in de opvoeding en ontwikkeling van kinderen en een verstoorde relatie tussen ouder en kind.

#### *Beschikbare instrumenten voor de eerste stap in het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties cq verstoorde draagkracht-draaglast verhoudingen*

Als eerste stap in signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in de JGZ noemden Kooijman en Prinsen (2003; zie Hoofdstuk 3) universele (vroeg)signalering op doelgroepniveau gericht op alle kinderen en ouders. Zij gingen daarbij in op de diverse signaleringsinstrumenten voor opvoedingsproblematiek cq kindermishandeling die in de JGZ 0-4 jaar gebruikt worden. Hun constatering was: "Geen enkel instrument wordt in meer dan 7% van de instellingen gebruikt." Bovendien noemde driekwart van alle instellingen geen enkel instrument. Daarbij ging het om een algemene, vrij grove en tot op heden nauwelijks of effectiviteit onderzochte signaleringsinstrumenten. Opgemerkt dient wel te worden dat de studie van Kooijman en Prinsen de periode van vóór 2003 beslaat en dat er sinds 2003 projecten zijn die vroegsignalering als een van hun kerntaken hebben, zoals het programma Voorzorg, Samen Starten en Stevig Ouderschap. De gebruikte methoden in deze projecten zijn echter in Nederland nog niet gevalideerd.

Los van de mate waarin instellingen bepaalde instrumenten gebruiken, werden er in de verscheidene overzichtsstudies wel een aantal mogelijke instrumenten genoemd ter (vroeg)signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties (zie kolom 4 en 5 in Tabel 19). Allereerst suggereerde de Inventgroep voor 4-12 jarigen tweejaarlijks de VOBO af te nemen. Deze lijst kan gebruikt worden om aan de hand van een aantal vragen met ouders te bespreken of men problemen ervaart met de opvoeding, of men die belastend vindt, of men hulp/ondersteuning heeft gezocht, en of die hulp/ondersteuning effectief

was. De VOBO is echter van oorsprong een onderzoeksinstrument en het valideringsonderzoek naar de VOBO voor toepassing in de praktijk is nog niet afgerond. Bovendien duurt afname en scoren een half uur wat het instrument ongeschikt maakt voor gebruik in de PGO contacten met ouders<sup>75</sup>. De Inventgroep noemde ook de Dunedin Family Services Indicator. Dit instrument is echter niet voldoende afgestemd op het Nederlandse praktijkveld (AJN, 2006). De Methode Samen Starten vervolgens is nog onvoldoende gevalideerd. Er zal hiervoor eerst gewacht moeten worden op nadere informatie omtrent validiteit en betrouwbaarheid van deze methode.

Verder kwam ook de NOSIK aan bod: de korte variant van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Hiermee wordt stress in het opvoedingssysteem gemeten. De NOSIK heeft een korte afnameduur van ongeveer 5 minuten. De vragenlijst lijkt daarnaast op het eerste gezicht relevant, maar is beperkt als enig instrument omdat het vooral een taxatie van ouderlijke stress betreft en zich niet richt op de balans tussen draagkracht en draaglast en de daaruit voortkomende opvoedingsbeleving. Instrumenten als de Mini CARE, Oké vragenlijsten, NOSI, en VGF daarentegen, zijn alweer meer gericht op risicovol gedrag en al meer geïndiceerde psychosociale en pedagogische probleemonderkenning. Daar zou een eerste screening van vragen of zorgen in de opvoeding en behoefte aan opvoedondersteuning nog een stadium voor kunnen en moeten zitten.

Tot slot willen we in aanvulling op voorgaande instrumenten nog de NVOS noemen, de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (Wels en Robbroeckx, 1986, 1996). Dit onderzoeksinstrument beoogt een specifiek aspect van opvoedingsbeleving te meten, namelijk de gezinsbelasting, en richt zicht daarmee nadrukkelijk op de draagkracht-draaglast verhouding in een gezin. Het invullen van de vragenlijst duurt echter 60 en 75 minuten, wat de vragenlijst ongeschikt maakt als eerste screeningsinstrument in bijvoorbeeld de JGZ-praktijk.

Samengevat, kan er op dit moment binnen de JGZ en gerelateerde sectoren geen gebruik gemaakt worden van een handzame gevalideerde standaard voor het vroegtijdig signaleren van vragen en zorgen in de opvoeding en behoefte aan opvoedondersteuning.

### 6.1.2 *Vroege kindertijd, in het bijzonder de prenatale fase en het eerste levensjaar*

Voor de vroege kindertijd en voornamelijk voor de prenatale fase en het eerste levensjaar is er weinig instrumentarium ter signalering van risico's en/of beginnende problematiek in de opvoeding en ontwikkeling van kinderen beschikbaar. Zo kan de BITSEA bijvoorbeeld pas vanaf 12 maanden ingezet worden en zijn de SDQ en PSYBOBA nog alleen voor de basisschoolleeftijd gevalideerd. Deze lacune staat haaks op de belangrijke ontwikkelingsfase waarin kinderen zich bevinden gedurende de vroege kindertijd en het toenemende inzicht in de invloed van risicofactoren tijdens de zwangerschapsperiode. In het bijzonder tot de eerste verjaardag ontwikkelt het kind

<sup>75</sup> Notabene: Onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en de Zeeuwse thuiszorginstellingen zijn bezig met een studie met betrekking tot de VOBO. Zij hebben de VOBO aangepast en aangevuld met een probleem- en risico-inschatting door de wijkverpleegkundige (VOBO-Z). Zij zijn voornemens dit instrument te valideren tijdens het standaard huisbezoek waarbij een vergelijking gemaakt zal worden met gevalideerde instrumenten zoals ondermeer de NOSIK. Verder zullen (a) de meerwaarde van een huisbezoek boven een verlengd consultatiebureaubezoek (CB-bezoek) met gestructureerde screening en (b) de meerwaarde van een dergelijk verlengd CB-bezoek boven een regulier CB-bezoek op 18 maanden, in het opsporen van kinderen met een hoog of verhoogd risico op opvoed- en opgroei-problemen onderzocht worden. Hiertoe zal in een populatie van bijna 7000 gezinnen in Zeeland en zuidelijk Zuid-Holland, op de leeftijd van 18 maanden, een vergelijking gemaakt worden tussen risicotaxatie in een huisbezoek met de VOBO-Z, een CB-bezoek met de VOBO-Z of een regulier CB-bezoek waarbij alleen het risicotaxatiedeel van de VOBO-Z wordt gebruikt (Henk van Stel, persoonlijke communicatie, 24 november 2006).



zich in hoog tempo op zowel lichamelijk, cognitief als sociaal-emotioneel vlak. Daarnaast kent het een aantal belangrijke ontwikkelingstaken, zoals het ontwikkelen van een basisvertrouwen in (c.q. hechtingsrelatie met) de ouder. Het belang van een gezonde psychische en sociaal-emotionele ontwikkeling en het tijdig ingrijpen en vroeg handelen bij dreigende problemen wordt zowel in beleid als praktijk in toenemende mate onderkend. Valide instrumentarium ten behoeve van dit handelen, specifiek in de prenatale fase en vroege kindertijd, zijn hard nodig<sup>76</sup>.

#### 6.1.3 *Afnametijd als belemmerende factor*

Een ander punt dat tijdens de inventarisatie van signaleringsinstrumenten terugkwam, is een te lange afnametijd van valide instrumenten als belemmerende factor. Veel gevalideerde en betrouwbare instrumenten die in wetenschappelijk onderzoek gebruikt worden, hebben een te lange afnametijd waardoor standaard gebruik ervan in settings als die van de JGZ niet mogelijk is. Computergestuurde signalering, met toepassingen als IRT-CAT, kan daar in de toekomst wellicht verandering in brengen.

#### 6.1.4 *Signalering bij minderheden*

In de bespreking van beschikbare signaleringsinstrumenten in de verschillende overzichtsstudies vonden we nauwelijks tot geen expliciete aandacht voor signalering bij minderheden. Het is onduidelijk of gegevens omtrent specificiteit en sensitiviteit generaliseerbaar zijn naar populaties van allochtone afkomst. Het is voor te stellen dat bepaalde vraagstellingen niet begrepen of anders geïnterpreteerd worden in dergelijke groepen. Het verdient aanbeveling om hier in validatieonderzoek specifiek aandacht aan te besteden. Gezien het feit dat het werven en behouden van deze groepen in onderzoek nadere tijdsinvestering vergt, dient hier apart extra financiering voor vrijgemaakt te worden.

#### 6.1.5 *Implementatie*

Hierboven gingen we voornamelijk in op beschikbaarheid en geschiktheid van instrumenten voor het signaleren van risicovolle omstandigheden in de opvoeding en de ontwikkeling van kinderen. Echter, de beschikbaarheid en geschiktheid van

<sup>76</sup> Notabene: Onderzoekers van TNO Kwaliteit van Leven, Preventie en Zorg, hebben een onderzoeksplan uitgewerkt, specifiek gericht op het signaleren van psychosociale problemen van 0- tot 4-jarigen. Zij zijn voornemens beschikbare (buitenlandse) korte vragenlijsten te valideren en de toegevoegde waarde van vragenlijsten te bepalen bij het identificeren van psychosociale problemen bij kinderen in verschillende leeftijdsgroepen van 0 tot 4 jaar door de JGZ. Tevens zal in het voorgenomen onderzoek de bruikbaarheid van de lijsten in de JGZ centraal staan. Uiteindelijk doel is het formuleren van een evidence-based advies over de keuze van korte vragenlijsten voor het signaleren van psychosociale problemen bij het kind van 0 tot 4 jaar.

De onderzoekers hebben – in aansluiting op Reijneveld & Vogels (2005) met betrekking tot 7- tot en met 12-jarigen – een aantal criteria aan de instrumenten in het onderzoek gesteld: a) deze moeten gericht zijn op het in kaart brengen van gedragsmatige en emotionele problemen; b) ze hebben in het buitenland een goede validiteit en betrouwbaarheid of worden in Nederland al op veel plaatsen gebruikt; c) het aantal te stellen vragen/items is zo klein mogelijk; d) de lijsten zijn goed bruikbaar bij laag opgeleiden en personen die het Nederlands beperkt machtig zijn; e) de lijsten zijn bruikbaar in de JGZ-praktijk; f) de lijsten sluiten aan bij de instrumenten gebruikt in de jeugd- cq. zorgketen (verloskunde, kraamzorg, JGZ, Jeugdzorg); en f) zij zijn bruikbaar voor de specifieke leeftijdsgroep en omvatten problemen die voor deze specifieke leeftijdsgroep relevant zijn. Op basis van deze criteria zal het onderzoek zich richten op de KIPPI, de BITSEA (Briggs-Gowan e.a., 2004), de SDQ en de 'Ages and Stages Questionnaire: Social and Emotional' (ASQ:SE; Squires e.a., 2001). Deze laatste vragenlijst kwamen we in de overzichtsstudies niet eerder tegen. Het betreft een vragenlijst die geschikt is voor kinderen van 4 tot en met 60 maanden. De lijst is gericht op sociaal en emotioneel gedrag van het kind op het gebied van zelfregulatie, volgzzaamheid, communicatie, adaptief gedrag, autonomie, emoties en interacties met anderen. In de Verenigde Staten varieert de sensitiviteit van .75 tot .89 en de specificiteit van .82 tot .96 (Squires e.a., 2001).

instrumenten is een onvoldoende voorwaarde voor een goed gebruik daarvan.

Reijneveld en Vogels (2005) formuleerden in hun beschouwing van vragenlijsten voor psychosociale problemen in de praktijk van de JGZ, zoals gepubliceerd in het Praktijkboek JGZ (zie Paragraaf 3.4.3), een aantal concrete adviezen voor de praktijk:

- Gebruik alleen vragenlijsten waarvan de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid zijn onderzocht en goed zijn bevonden. Notabene: Daarbij benadrukten de auteurs dat het onderzoek naar betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid dient uitgevoerd te zijn in de setting van de Nederlandse (of Vlaamse) JGZ.
- Wijzig vragenlijsten niet voor gebruik, want dit verandert meestal de aard van de vraag en daarmee de antwoorden. Dergelijke wijzigingen kunnen de validiteit van de antwoorden beïnvloeden.
- De ideale vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problematiek bestaat (nog) niet. De validiteit van de op dit moment beschikbare vragenlijsten is derhalve onvoldoende om signalering van psychosociale problematiek volledig op te baseren. Deze vragenlijsten dienen daarom slechts als hulpmiddel tijdens een zorgcontact en zullen in het screeningsproces vergezeld moeten gaan van een professioneel oordeel van een zorgverlener.

Adviezen als deze van Reijneveld en Vogels zijn ook voor andere settings te formuleren. Echter, adviezen alleen zullen niet toereikend zijn. De implementatie van positief geëvalueerd instrumentarium verdient in een breder kader nadere aandacht: Hoe dienen medewerkers in het veld getraind te worden in het effectief toepassen en interpreteren van het voorhanden instrumentarium? Welke werkcondities, kwaliteitsnormen en andere randvoorwaarden zijn nodig om het gebruik van dergelijke instrumenten te bevorderen? Daarbij dient bovendien oog te zijn voor afstemming tussen verschillende instellingen, denk aan verloskundigen, kraamzorg, JGZ of onderwijs. Zie met betrekking tot het invoeren van evidence-based instrumenten en interventies verder de uiteenzetting in Paragraaf 6.3.

#### 6.1.6 *Conclusies met betrekking tot signaleringsinstrumenten*

Samengevat concluderen we met betrekking tot signaleringsinstrumentarium het volgende:

- Het betrouwbaar en valide signaleren van verstoorde draagkracht-draaglast verhoudingen in het gezin, ofwel het signaleren van een eerste opvoedondersteuningsbehoefte verdient meer aandacht;
- Validatie van instrumentarium ten behoeve van signalering van dreigende problemen voor de psychosociale ontwikkeling van kinderen in de prenatale fase en de vroege kindertijd behoeft verbetering;
- Computergestuurde signalering (b.v. toepassingen als IRT-CAT) kan mogelijk bijdragen aan kortdurende signalering met behulp van valide instrumenten;
- Er dient aandacht te zijn voor zorgvuldige implementatie van gevalideerde signaleringsinstrumenten (zie ook Paragraaf 6.3);
- Implementatiestudies zijn nodig om meer inzicht te verwerven in de condities die het systematische gebruik van signaleringsinstrumenten ten behoeve van opvoeden opgroei-ondersteuning bevorderen en belemmeren;
- Validatieonderzoek in minderhedengroepen verdient nadere aandacht.

## 6.2 Selectieve en geïndiceerde interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning

In Hoofdstuk 4 gingen we aan de hand van internationale en nationale overzichtsstudies in op beschikbare kennis over effectiviteit van interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning. We maakten daarbij een onderscheid tussen verschillende risico- en probleemgroepen. Achtereenvolgens gingen we in op beschikbare kennis ten aanzien van:

- Preventie van internaliserende problematiek;
- Preventie van externaliserende problematiek;
- Preventie van meervoudige of overige problematiek;
- Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van het kind;
- Preventie bij aanwezige risicofactoren op het niveau van de opvoedingscontext:
  - Kindermishandeling
  - Echtscheiding of overlijden binnen het gezin
  - Ouders met psychiatrische problemen of een verslaving;
- Overige selectieve of geïndiceerde preventieprogramma's.

In de overzichtsstudies werden door de auteurs verschillende veelbelovende dan wel effectieve interventieprogramma's benoemd. Deze programma's hebben we alfabetisch weergegeven in Bijlage C. Daarnaast biedt Tabel 20 op de volgende pagina's een overzicht van de programma's naar type problematiek en leeftijdscategorie<sup>77</sup>. Daartoe is voor wat betreft de indeling van aandachtsgebied aangesloten bij de indeling die de Inventgroep (2005) hanteerde: (a) Internaliserende problemen gezin, (b) Internaliserende problemen school, (c) Externaliserende problemen gezin, (d) Externaliserende problemen school, en (e) Zorgwekkende opvoedingssituaties. Voor wat betreft de leeftijdsgroepen is aangesloten bij de levensloopregeling van Operatie Jong (Van Eijck, 2006). Niet in alle overzichtsstudies werden specifieke veelbelovende of effectieve programma's voorgedragen. Sommige auteurs berekenden in plaats daarvan een meta-analytische effectgrootte of gaven meer een beschrijvend overzicht van studies of programma's waarin ze in het algemeen ingingen op de mogelijkheden om succesvol te interveniëren in bepaalde risicogroepen of ter preventie van bepaalde problematiek. In deze paragraaf zullen we de belangrijkste conclusies bespreken en kritisch beschouwen.

---

<sup>77</sup> Notabene: Het betreft een weergave van door de auteurs van de overzichtsstudies aangedragen programma's. De selectiecriteria voor 'veelbelovendheid' dan wel 'effectiviteit' waren daarbij divers. Auteurs geven niet altijd duidelijk de criteria aan voor het onderscheid tussen effectief en veelbelovend. Bovendien, wat door sommige auteurs als effectief wordt gekenschetst krijgt bij andere auteurs de kwalificatie van veelbelovend. Er is géén gebruikgemaakt van primaire studies ten behoeve van informatie omtrent inhoud en effectiviteit van programma's om tekorten aan informatie aan te vullen.

Tabel 20: Interventieprogramma's uit de overzichtsstudies en de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEI) met in de kolommen (de horizontale as) de indeling van de Inventgroep (2005; internaliserende en externaliserende problemen - gezin en school - en zorgwekkende opvoedingsituaties) en in de rijen (op de verticale as) de levensloopindeling van Operatie Jong (zie Van Eijck, 2006).<sup>78</sup>

	Internaliserende problemen Gezin	Internaliserende problemen School	Externaliserende problemen Gezin	Externaliserende problemen School	Zorgwekkende opvoedingsituaties
<b>Zwangerschap &amp; babytijd</b>	Interventies reviews: **  Interventies in NL: **	Interventies reviews: **  Interventies in NL: **	Interventies reviews: - Syracuse University Family Development Research Programme <sup>r</sup> - Triple P <sup>†(d)</sup>  Interventies in NL: - Triple P <sup>†(d)</sup>	Interventies reviews: **  Interventies in NL: **	Interventies reviews: - Carolina Preschool Curriculum and Hawaii Early Learning Program - Elmira Project/ Nurse Family Partnership <sup>†β(d),p,r</sup> - Moeders Informeren Moeders <sup>d</sup> - Partners for Learning - Project 12-Ways <sup>ε(p)</sup> - PPT - Video-Hometraining/Video Feedback Training <sup>†</sup> - WWW  Interventies in NL: - Voorzorg <sup>†β(d),p,r</sup> - Moeder-baby interventie (KOPP) - Moeders Informeren Moeders <sup>d</sup> - Video-Hometraining/Video Feedback Training <sup>†</sup>
<b>Peutertijd</b>	Interventies reviews: **  Interventies in NL: **	Interventies reviews: **  Interventies in NL: **	Interventies reviews: - DARE to be You <sup>(d)</sup> - High/Scope Preschool Curriculum Study <sup>r</sup> - High/Scope Perry Preschool Project <sup>†d</sup> - Houston Parent-Child Development Center Program <sup>β</sup> - Incredible Years <sup>†p</sup> - Syracuse University Family Development	Interventies reviews: - Success for All <sup>d</sup>  Interventies in NL: - Piramide <sup>d</sup>	Interventies reviews: - Chicago Child-Parent Centers Project <sup>†</sup> - Collaborative Divorce Project - Court-based custody mediation programme - Dads for Life - Early Intervention Foster Care Program <sup>β</sup> - Gordoncursus - Omgangs- en scheidingsbemiddeling

<sup>78</sup> Notabene: Het betreft een weergave van door de auteurs van de overzichtsstudies aangedragen programma's. De selectiecriteria voor 'veelbelovendheid' dan wel 'effectiviteit' waren daarbij divers. Er is géén gebruikgemaakt van primaire studies ten behoeve van informatie omtrent inhoud en effectiviteit van programma's.

	Internaliserende problemen Gezin	Internaliserende problemen School	Externaliserende problemen Gezin	Externaliserende problemen School	Zorgwekkende opvoedingssituaties
			<p><b>Research Programme<sup>†</sup></b> <b>Triple P<sup>†(d)</sup></b></p> <p>Interventies in NL: <b>Kaleidoscoop<sup>4</sup></b> <b>Triple P<sup>†(d)</sup></b></p>		<p><b>Opvoeden &amp; Zo<sup>4</sup></b> Partners for Learning <b>Project 12-Ways<sup>ε (p)</sup></b> PPT SPSG<sup>(n)</sup> Social Support Network<sup>(p)</sup> TPP <b>Video-Hometraining/Video Feedback Training<sup>‡</sup></b> WWW</p> <p>Interventies in NL: Gordoncursus Omgangs- en scheidingsbemiddeling <b>Opvoeden &amp; Zo<sup>4</sup></b> <b>Video-Hometraining/Video Feedback Training<sup>‡</sup></b></p>
<b>Kleutertijd</b>	<p>Interventies reviews: <b>Beeldcommunicatie<sup>4</sup></b> <b>Children of Divorce Intervention Program (CODIP; school-programma)<sup>‡ y n</sup></b> <b>Traumagerichte cognitieve gedragstherapie<sup>o</sup></b></p> <p>Interventies in NL: Horizonmethodiek</p>	<p>Interventies reviews: **</p> <p>Interventies in NL: **</p>	<p>Interventies reviews: Beeldcommunicatie<sup>4</sup> DARE to be You<sup>(o)</sup> Focus on Families Program <b>High/Scope Preschool Curriculum Study<sup>7</sup></b> <b>High/Scope Perry Preschool Project<sup>‡4</sup></b> <b>PCIT<sup>‡</sup></b> <b>PMTO<sup>‡</sup></b> <b>Triple P<sup>†(d)</sup></b></p> <p>Interventies in NL: Beeldcommunicatie <b>Kaleidoscoop<sup>4</sup></b> <b>Triple P<sup>†(d)</sup></b></p>	<p>Interventies reviews: <b>Success for All<sup>4</sup></b></p> <p>Interventies in NL: <b>Piramide<sup>4</sup></b></p>	<p>Interventies reviews: <b>Chicago Child-Parent Centers Project<sup>‡</sup></b> Collaborative Divorce Project Court-based custody mediation programme Dads for Life <b>Early Intervention Foster Care Program<sup>p</sup></b> Gordoncursus Omgangs- en scheidingsbemiddeling <b>Opvoeden &amp; Zo<sup>4</sup></b> Ouder-kind educatie voor fysiek mishandelende ouders<sup>(p)</sup> <b>Project 12-Ways<sup>ε (p)</sup></b> PPT Psycho-educational family preventive intervention<sup>(d)</sup> Resilient Peer Training<sup>(p)</sup></p>

	Internaliserende problemen Gezin	Internaliserende problemen School	Externaliserende problemen Gezin	Externaliserende problemen School	Zorgwekkende opvoedingssituaties
<b>Scholieren</b>	<p>Interventies reviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeldcommunicatie<sup>A</sup></li> <li>- Big Brother/ Big Sister<sup>y,Δ</sup></li> <li>- Brainpower program<sup>y</sup></li> <li>- Children of Divorce Intervention Program (CODIP; school-programma)<sup>‡ y η</sup></li> <li>- Children of Divorce Parenting Program/New Beginnings Program<sup>y, η</sup></li> <li>- Children's Support Group<sup>(y) η</sup></li> <li>- Coping Cat<sup>‡ y</sup></li> <li>- Coping Enhancement Program (schoolprogramma)</li> <li>- Family Bereavement Program<sup>‡ y</sup></li> <li>- Friends for Children</li> </ul>	<p>Interventies reviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PATHS<sup>Δ y</sup></li> <li>- Penn Prevention Program<sup>‡ y</sup></li> <li>- PMHP<sup>‡ y</sup></li> <li>- Project 25</li> <li>- Set-C<sup>‡</sup></li> <li>- SMAAP<sup>κ</sup></li> <li>- Stress Inoculation Training I &amp; II<sup>‡ y</sup></li> </ul> <p>Interventies in NL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAD<sup>Δ y</sup></li> </ul>	<p>Interventies reviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeldcommunicatie<sup>A</sup></li> <li>- Big Brother/ Big Sister<sup>y,Δ</sup></li> <li>- Brainpower program<sup>y</sup></li> <li>- Earls court Social Skills Group Program<sup>y</sup></li> <li>- FAST Program<sup>(y)</sup></li> <li>- FAST Track<sup>y</sup></li> <li>- First Step Program</li> <li>- Focus on Families Program</li> <li>- PMTO<sup>‡</sup></li> <li>- PTC<sup>(y)</sup></li> <li>- Praten met Kinderen<sup>A</sup></li> <li>- Strengthening Families<sup>(y)</sup></li> <li>- Triple P<sup>‡(Δ)</sup></li> </ul> <p>Interventies in NL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeldcommunicatie<sup>A</sup></li> <li>- Big Brother/ Big Sister<sup>y,Δ</sup></li> </ul>	<p>Interventies reviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anger Coping Program<sup>y</sup></li> <li>- CLASS<sup>(y)</sup></li> <li>- Coping Power Program<sup>‡ (y)</sup></li> <li>- Friendly PEERSuasion<sup>(y)</sup></li> <li>- Good Behavior Game<sup>‡ Δ</sup></li> <li>- Montreal Prevention Experiment<sup>‡ y</sup></li> <li>- NTU<sup>(y)</sup></li> <li>- Peer Coping Social-Skills Training<sup>y</sup></li> <li>- Social Relations Program<sup>y</sup></li> </ul> <p>Interventies in NL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taakspel<sup>‡ Δ</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPSG<sup>(y)</sup></li> <li>- Social Support Network<sup>(y)</sup></li> <li>- Video-Hometraining/Video Feedback Training<sup>‡</sup></li> <li>- WWW</li> </ul> <p>Interventies in NL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gordoncursus</li> <li>- Omgangs- en scheidingsbemiddeling</li> <li>- Opvoeden &amp; Zo<sup>A</sup></li> <li>- Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP<sup>(Δ)</sup></li> <li>- Video-Hometraining/Video Feedback Training<sup>‡</sup></li> </ul> <p>Interventies reviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CASPAR (schoolprogramma)</li> <li>- Collaborative Divorce Project</li> <li>- Court-based custody mediation programme</li> <li>- Dads for Life</li> <li>- FAN<sup>(y)</sup></li> <li>- Gordoncursus</li> <li>- Let op de Kleintjes</li> <li>- Omgangs- en scheidingsbemiddeling</li> <li>- Opvoeden &amp; Zo<sup>A</sup></li> <li>- Physical Abuse-Informed Therapy</li> <li>- Project 12-Ways<sup>‡ (y)</sup></li> <li>- Psycho-educational family preventive intervention<sup>(Δ)</sup></li> <li>- SPSG<sup>(y)</sup></li> <li>- Video-Hometraining/Video Feedback Training<sup>‡</sup></li> </ul> <p>Interventies in NL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gordoncursus</li> <li>- Let op de Kleintjes</li> </ul>

	Internaliserende problemen Gezin	Internaliserende problemen School	Externaliserende problemen Gezin	Externaliserende problemen School	Zorgwekkende opvoedingssituaties
	Program Traumagerichte cognitieve gedragstherapie <sup>o</sup> Interventies in NL: Big Brother/ Big Sister <sup>y,4</sup> Horizonmethodiek VRIENDEN		Praten met Kinderen <sup>4</sup> Triple P <sup>z(4)</sup>		Omgangs- en scheidingsbemiddeling Opvoeden & Zo <sup>4</sup> Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPPP <sup>(4)</sup> Video-Hometraining/Video Feedback Training <sup>z</sup>
<b>Pubers</b>	Interventies reviews: Big Brother/ Big Sister <sup>y,4</sup> Brainpower program <sup>y</sup> Children of Divorce Parenting Program/New Beginnings Program <sup>y,1</sup> Coping Enhancement Program (schoolprogramma) Coping With Stress Program/ Course (schoolprogramma) <sup>z,y</sup> Family Bereavement Program <sup>z,y</sup> Friends for Children Program <sup>(4)</sup> Stemmingmakerij <sup>4</sup> Interventies in NL: Big Brother/ Big Sister <sup>y,4</sup> Omgang met depressie <sup>z</sup> Stemmingmakerij <sup>4</sup> VRIENDEN <sup>(4)</sup>	Interventies reviews: C-CARE/ CAST/ C- CARE plus <sup>z,y</sup> Penn Prevention Program <sup>z,y</sup> Reconnecting Youth Set-C <sup>z</sup> STAR-project <sup>k</sup> Stress Inoculation Training I & II <sup>z,y</sup> Zuni Life Skills Curriculum <sup>(y)</sup> Interventies in NL: **	Interventies reviews: ATP <sup>y</sup> Big Brother/ Big Sister <sup>y,4</sup> Brainpower program <sup>y</sup> Earls court Social Skills Group Program <sup>y</sup> FAST Program <sup>(y)</sup> FAST Track <sup>y</sup> First Step Program <sup>y</sup> Focus on Families Program MST <sup>p</sup> STARS for Families <sup>(o)</sup> Interventies in NL: Big Brother/ Big Sister <sup>y,4</sup>	Interventies reviews: ATLAS <sup>a</sup> CLASS <sup>(y)</sup> Friendly PEERsuasion <sup>(o)</sup> Project Success <sup>(o)</sup> Reconnecting Youth <sup>(o)</sup> STARS <sup>(o)</sup> Urban Youth Connection <sup>(o)</sup> Interventies in NL: **	Interventies reviews: CASPAR (schoolprogramma) Collaborative Divorce Project Court-based custody mediation programme Dads for Life FAN <sup>(o)</sup> Gordoncursus Images Within (schoolprogramma) <sup>(k)</sup> Omgang met Pubers <sup>(4)</sup> Omgangs- en scheidingsbemiddeling Physical Abuse-Informed Therapy Psycho-educational family preventive intervention <sup>(4)</sup> Interventies in NL: Gordoncursus Omgang met Pubers <sup>(4)</sup> Omgangs- en scheidingsbemiddeling Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPPP <sup>(4)</sup>

	Internaliserende problemen Gezin	Internaliserende problemen School	Externaliserende problemen Gezin	Externaliserende problemen School	Zorgwekkende opvoedingssituaties
<b>Jong-volwassenen</b>	Interventies reviews: – <b>Big Brother/ Big Sister</b> <sup>γ,Δ</sup> – <b>Brainpower program</b> <sup>γ</sup>  Interventies in NL: – <b>Big Brother/ Big Sister</b> <sup>γ,Δ</sup>	Interventies reviews: – Zuni Life Skills Curriculum <sup>(f)</sup>  Interventies in NL: **	Interventies reviews: – <b>Big Brother/ Big Sister</b> <sup>γ,Δ</sup>  Interventies in NL: – <b>Big Brother/ Big Sister</b> <sup>γ,Δ</sup>	Interventies reviews: **  Interventies in NL: **	Interventies reviews: – <b>Syracuse University Family Development Research Programme (adolescente moeders in achterstandssituaties)</b> <sup>τ</sup> – <b>Elmira Project/ Nurse Family Partnership (jonge moeders)</b> <sup>‡β,(d),ρ,τ</sup>  Interventies in NL: – <b>Voorzorg (jonge moeders)</b> <sup>‡β,(d),ρ,τ</sup>

Voor velden die aangeduid zijn met \*\* zijn in de overzichtsstudies geen interventieprogramma's gevonden.

**Dik** gedrukte interventieprogramma's lijken op basis van de overzichtsstudies de meeste wetenschappelijke evidentie te bezitten.

- ‡ Interventieprogramma's zoals aanbevolen door de Inventgroep (2005)
- <sup>α</sup> Interventieprogramma's die als 'effectief' benoemd werden door Bolier en Cuijpers (2000)
- <sup>(a)</sup> Interventieprogramma's die als 'veelbelovend' benoemd werden door Bolier en Cuijpers (2000)
- <sup>β</sup> Interventieprogramma's die als 'effectief' benoemd werden door Bernazzani en collega's (2001)
- <sup>γ</sup> Interventieprogramma's die als 'effectief' benoemd werden door Greenberg en collega's (2001)
- <sup>(v)</sup> Interventieprogramma's die als 'veelbelovend' benoemd werden door Greenberg en collega's (2001)
- <sup>Δ</sup> Interventieprogramma's die effectief zijn volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies: van effectonderzoek zonder ster (\*) tot en met (\*\*\*\*)-effectonderzoek
- <sup>(d)</sup> Interventieprogramma's die veelbelovend zijn volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies
- <sup>ε</sup> Interventieprogramma's die als 'één van de meest onderzochte en best ondersteunde programma's' benoemd werden door Chaffin en Friedrich (2004)
- <sup>η</sup> Interventieprogramma's waarvoor in de overzichtsstudie door Haine en collega's (2003) bleek dat zij effectief zijn
- <sup>(n)</sup> Interventieprogramma's waarvoor in de overzichtsstudie door Haine en collega's (2003) bleek dat zij deels effectief zijn
- <sup>κ</sup> Interventieprogramma's die effectief bevonden werden door Cuijpers (1999)
- <sup>(k)</sup> Interventieprogramma's genoemd door Cuijpers (1999); voor deze interventieprogramma's werden in een quasi-experimentele studie positieve effecten gevonden
- <sup>ρ</sup> Interventieprogramma's die als 'ondersteund en (waarschijnlijk) effectief' benoemd werden door Thomlison (2003)
- <sup>(e)</sup> Interventieprogramma's die als 'acceptabel en/of veelbelovend' benoemd werden door Thomlison (2003)
- <sup>τ</sup> Interventieprogramma's die 'effectief' (met indrukwekkende lange termijn effecten) bevonden werden door Tremblay en Japel (2003)



6.2.1 *Interventies ter selectieve of geïndiceerde preventie van internaliserende problematiek*  
 Een aantal zaken vallen op in bovenstaand schema (Tabel 20). Allereerst is te zien dat programma's ter preventie van internaliserende problematiek vooral clusteren in de basisschoolleeftijd en puberteit. Daarnaast werden er meer programma's genoemd met betrekking tot internaliserende problematiek in het gezin dan in de schoolsetting. Programma's die meermaals genoemd werden, zowel in de toonaangevende internationale overzichtsstudie van Greenberg en collega's als bijvoorbeeld het rapport van de Inventgroep, waren interventies als: het Coping with Stress programma, het Penn Prevention Program, C-CARE/ CAST, Stress Inoculation Training, het Children of Divorce Intervention Program<sup>79</sup>, het Family Bereavement Program en Coping Cat. Verder dient vermeld dat verschillende interventies die primair gericht zijn op zorgwekkende opvoedingssituaties ook positieve resultaten kunnen laten zien op internaliserende problematiek. Denkt u aan programma's als Video-Hometraining, Voorzorg, Opvoeden & Zo of de Gordoncursus. Deze programma's vindt u in de laatste kolom van de tabel.

Met betrekking tot de preventie van internaliserende problematiek voorzagen de auteurs van de verschillende overzichtsstudies in een aantal conclusies en aanbevelingen. Allereerst wezen Barlow en collega's (2002) de lezer op het probleem van uitval in oudergroepen. Daarnaast wezen Greco en Morris (2001) op gebrekkige kennis over generaliseerbaarheid, behoud van effecten en sociale validiteit. Bovendien vonden zij het aantal studies dat zij aantreffen over preventie van ernstige gereserveerdheid of verlegenheid op scholen, zoals verricht in een periode van 20 jaar, zeer beperkt gezien de bewezen negatieve impact van verlegenheid, sociale isolatie, angstig of teruggetrokken gedrag en sociale omgangsproblematiek op de ontwikkeling en gemoedstoestand van kinderen. Deze constatering is met name belangrijk tegen de achtergrond van de toenemende kennis over de relaties tussen diverse problemen en stoornissen. Zo is bekend dat aan veel depressieve stoornissen bij adolescenten op vroegere leeftijd angstproblemen voorafgaan. Het is aannemelijk dat effectieve preventie en vroegtijdige behandeling van angstproblemen bij kinderen indirect zou kunnen bijdragen aan de preventie van latere depressieve stoornissen. Het is wenselijk dat meer onderzoek verricht wordt naar de effecten van preventieve interventies vanuit het perspectief van lange termijn trajecten van meerdere elkaar opvolgende problemen. Naast deze meer negatieve geluiden, waren er ook positieve conclusies: Kaslow en Thompson (1998) concludeerden dat psychosociale interventies effectief kunnen zijn in het verminderen van depressieve symptomen in niet-klinische steekproeven. Horowitz en Garber vonden in dit kader in een meta-analyse van 18 studies, gemiddeld kleine tot middelgrote effecten van selectieve (0.30) en geïndiceerde (0.23) preventieprogramma's ter preventie van depressie. Cuijpers (2001) tenslotte gaf aan dat er nauwelijks studies waren waarin effecten van preventieve programma's op de preventie van stoornissen gemeten werden. Echter de studies die beschikbaar waren, duiden op de mogelijkheid om het ontstaan van psychiatrische stoornissen daadwerkelijk te voorkomen, en wezen bovendien op de veelbelovendheid van vroege interventies bij kinderen met subklinische klachten, in ieder geval met betrekking tot angst en depressie.

Samengevat is enige wetenschappelijke kennis over effectieve preventie van internaliserende problematiek in verschillende settings (b.v. gezin versus school) en

<sup>79</sup> TNO Kwaliteit van Leven werkt momenteel aan de opzet van een toepasbaarheidsstudie naar het Children of Divorce Intervention Program voor het Nederlandse werkveld.

voor verschillende leeftijdsgroepen voorhanden. Echter, het betreft voornamelijk informatie over effectiviteit van programma's zoals gemeten in buitenlandse populaties. Daarnaast zijn mogelijke mediërende factoren van de effecten onvoldoende belicht. Het verdient aanbeveling om onderzoek te doen naar de geschiktheid en effectiviteit van een aantal buitenlandse veelbelovende programma's: Zijn zij toepasbaar in de Nederlandse situatie? Worden ook hier dezelfde effecten gevonden? Onder welke condities wel of niet? Vervolgens dient in effectonderzoek aandacht te zijn voor factoren die effectiviteit van de interventies mogelijk mediëren.

6.2.2 *Interventies ter selectieve of geïndiceerde preventie van externaliserende problematiek*  
 In Tabel 20 bieden de vierde en vijfde kolom een overzicht van aangedragen programma's met betrekking tot preventie van externaliserend probleemgedrag, zoals antisociaal, storend, agressief of bijvoorbeeld delinquent gedrag. In tegenstelling tot voor preventie van internaliserende problematiek, werden in de literatuur met betrekking tot de preventie van externaliserende problemen wel een aantal programma's genoemd die geschikt bevonden werden voor toepassing in de vroege kindertijd<sup>80</sup>. Veelvuldiger als veelbelovende dan wel effectief aangemerkte programma's waren ondermeer het High/Scope Perry Preschool Project, PMTO, Triple P, Big Brother/ Big Sister, Good Behavior Game (Taakspel), Coping Power, het Montreal Prevention Experiment en Incredible Years. Ook hier geldt verder dat ook preventieactiviteiten gericht op zorgwekkende opvoedingssituaties bij kunnen en zullen dragen aan de preventie van externaliserende problematiek.

In een meta-analyse van vaardigheidsprogramma's ter preventie van antisociaal gedrag bij schoolgaande jeugd, vonden Lösel en Beelmann kleine tot middelgrote effecten (0.30 voor selectieve en 0.45 voor geïndiceerde programma's). Met betrekking tot vroegtijdige preventie van externaliserende problematiek, concludeerden Tremblay en Japel (2003) dat een groot aantal perinatale en voorschoolse experimenten liet zien dat interventies in hoog-risico gezinnen het opvoedingsgedrag van ouders positief kunnen beïnvloeden. Het leek dus zowel mogelijk om vroegtijdig te interveniëren en zodoende storend of delinquent gedrag in latere ontwikkelingsfasen te voorkomen, als wel in een later stadium, middels schoolprogramma's, agressie, geweld, pesten, conflict of woede positief te beïnvloeden. Het inzetten van professionele hulpverleners en het direct benaderen van de leerlingen zelf was daarbij wenselijk.

Als we alle overzichtsstudies met betrekking tot de preventie van externaliserende problematiek overzien kunnen we concluderen dat het in enige mate mogelijk is om storend en/of crimineel gedrag van kinderen en jeugdigen te verminderen of voorkomen. Hiertoe bleken een aantal modelprogramma's beschikbaar te (Tabel 20). De meer intensieve programma's gericht op meerdere risicofactoren, met lange termijn follow-up en uitgevoerd in hoog-risico populaties leken het meest effectief te zijn.

Lösel en Beelmann plaatsten een kanttekening bij deze positieve resultaten. Zij gaven aan dat de meeste bevindingen gebaseerd waren op kleine steekproeven met relatief korte follow-up periodes. Zij riepen daarom wetenschappers op om meer goed gecontroleerde experimenten uit te voeren in grotere steekproeven, met hardere uitkomstmaten en langere follow-up periodes, met name buiten de Verenigde Staten. Daarnaast concludeerden Tremblay en Japel (2003) dat alhoewel het voorkomen van

<sup>80</sup> Het dient nogmaals vermeld dat het een weergave betreft van door de auteurs van de overzichtsstudies aangedragen programma's. De selectiecriteria voor 'veelbelovendheid' dan wel 'effectiviteit' waren daarbij divers. Er is géén gebruikgemaakt van primaire studies ten behoeve van informatie betreffende inhoud en effectiviteit van programma's.

chronisch storend gedrag in de vroege kindertijd dus mogelijk lijkt, het een goede investering zou zijn om hoog-risico gezinnen ook in de schoolleeftijd en vroege adolescentie doorlopend steun te bieden.

Wat betekent dit voor de Nederlandse situatie? Er blijkt veel onderzoek verricht en er zijn de nodige modelprogramma's beschikbaar. Echter, hoewel er veel onderzoek gedaan is naar de preventie van externaliserend probleemgedrag en hoewel er een aantal internationale modelprojecten voorhanden zijn, lijkt in de Nederlandse praktijk naar verhouding (nog) maar beperkt gebruikgemaakt te worden van deze wetenschappelijk onderbouwde en positief geëvalueerde preventieprogramma's. Dit zien we weerspiegeld in Tabel 20 waar we weinig van de programma's in de Nederlandse praktijk (Interventies in NL) zien terugkomen. Het is zaak dat de internationaal beschikbare wetenschappelijke kennis en de voorhanden modelprojecten beter benut worden in de Nederlandse praktijk. Daarbij blijft het belangrijk om niet alleen te investeren in het bekostigen van de in te zetten of ontwikkelen projecten, maar met name ook in evaluatieonderzoek naar deze projecten.

#### 6.2.3 *Algehele conclusie met betrekking tot zowel internaliserende als externaliserende problematiek*

Greenberg en collega's (2001) voorzagen in een conclusie met betrekking tot de preventie van zowel internaliserende als externaliserende problematiek van jeugdigen. Zij stelden dat hoog-risico groepen gemiddeld meer gebaat zijn bij meerjarige projecten om zodoende meer langdurige effecten te bewerkstelligen. Alhoewel preventieve interventies werkzaam leken gedurende de gehele kindertijd, adviseerden zij gezien de hardnekkigheid van latere problematiek, deze meerjarige programma's al in een vroegtijdig stadium in te zetten. Daarbij wordt idealiter gebruikgemaakt van een gecoördineerd pakket van elkaar aanvullende strategieën en programma's waarin primaire preventie, secundaire preventie en behandeling elkaar opvolgen. De auteurs verbaasden zich erover dat er weinig van dergelijke meerjarige, uit meerdere componenten bestaande en op meerdere uitkomsten van mentale gezondheid gerichte initiatieven ontwikkeld en geëvalueerd zijn. Ondanks de reeds beschikbare solide wetenschappelijke basis, verwachtten zij daarom dat de meest belangrijke kennis over preventieve interventies komt van de volgende generatie preventieonderzoekers.

#### 6.2.4 *Preventie in zorgwekkende opvoedingssituaties*

De laatste kolom in Tabel 20 is gewijd aan preventie in zorgwekkende opvoedingssituaties. Er zijn verschillende factoren die de opvoedingssituatie tot een risicovolle opvoedingssituatie kunnen maken. Om te beginnen kan dit gelegen zijn in de tekortschietende opvoedingsvaardigheden of een negatieve opvoedingsbeleving van ouders. Ondermeer programma's als het Chicago Child-Parent Centers Project, Video-Hometraining, Opvoeden & Zo, en Omgaan met Pubers werden voorgedragen als veelbelovend en/of effectief in het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van ouders en/of het positief beïnvloeden van de opvoedingsbeleving van ouders.

#### *Kindermishandeling*

Situaties van kindermishandeling in het gezin betreffen situaties waarin de opvoedingssituatie ernstig zorgwekkend is. Het vertrouwen van de kinderen in hun opvoeders wordt serieus geschaad. Juist hun verzorgers, waar zij in een rol van afhankelijk tot staan en die hen dienen te begeleiden, vormen een bron van stress. De kinderen wordt noodzakelijke zorg onthouden en/of hen wordt schade toegebracht door de ouders: fysieke, seksuele dan wel mentale schade.

De auteurs van de overzichtsstudies waren gemiddeld eensgezind over kenmerken die bijdragen aan de effectiviteit van programma's ter preventie van kindermishandeling. Dergelijke programma's zijn volgens de wetenschappers bij voorkeur vroegtijdig, duurzaam en intensief, verzorgd in de thuissituatie, bestaand uit meerdere componenten en aangeboden door professionele hulpverleners. Het Nurse Family Partnership (Voorzorg) is een voorbeeld van een dergelijk programma dat in internationaal onderzoek effectief gebleken is in de preventie van kindermishandeling in risicogezinnen en waarvan bovendien een breed scala aan gunstige lange termijn effecten zijn aangetoond.

Naast preventie van kindermishandeling, werd in een aantal overzichtsstudies ook de hulp bij kindermishandeling beschreven. Naar verhouding werd daarin vrij veel aandacht besteed aan seksueel misbruik en fysieke mishandeling, terwijl voor verwaarlozing nauwelijks aandacht was. Skowron en Reinemann (2005) benadrukten deze onjuiste afspiegeling van de cijfers die bekend zijn over kindermishandeling. In Nederland worden ter begeleiding van kinderen en gezinnen bij kindermishandeling overwegend algemene hulpprogramma's aangeboden die niet specifiek afgestemd zijn op kindermishandeling. In het buitenland daarentegen bleken wel meer op kindermishandeling afgestemde programma's beschikbaar te zijn. Een programma als Physical Abuse-Informed Family Therapy is bijvoorbeeld effectief gebleken in het begeleiden van gezinnen bij fysieke mishandeling en Incredible Years werd benoemd als een programma dat positief bijdroeg aan het ouderlijk handelen van mishandelende moeders.

#### *Ziekte, overlijden of (echt)scheiding ouders*

Ook ernstige ziekte of overlijden van een ouder of (echt)scheidings situaties kunnen de opvoedingssituatie tot een zorgwekkende maken. In Hoofdstuk 4 besteedden we apart aandacht aan het begeleiden van dergelijke situaties. Daarin kreeg voornamelijk preventie van psychosociale problematiek bij scheiding veel aandacht. Deze focus was tweeledig: Allereerst bleken programma's als het Court-based custody mediation programme (of omgangs-/scheidingsbemiddeling) en het Collaborative Divorce Project het *scheidingsproces* positief te beïnvloeden. De verhouding van de ouders onderling was beter, het scheidingsproces verliep voorspoediger en er was een beter contact tussen kinderen en de niet primair verzorgende ouder. Daarnaast was aandacht voor de *begeleiding van kinderen*. In een meta-analyse door Stathakos en Roehrle (2003) was de gemiddelde effectgrootte van programma's voor 'children of divorce' 0.43, waarbij bleek dat programma's kort na de scheiding (binnen twee jaar), gericht op 9- tot 12-jarigen, met maximaal 10 sessies het effectiefst waren. Haine e.a. (2003) vonden verder dat positieve verandering in opvoedend handelen verbeteringen in mentale gezondheid van kinderen kunnen mediëren. De rol van vaders, geslacht van het kind en bijvoorbeeld SES werd niet duidelijk.

In Nederland bleek het hulpaanbod voor kinderen van overleden of gescheiden ouders versnipperd over diverse instanties en slecht te overzien. Zowel preventief als curatief aanbod bleek beperkt (Vermeij e.a., 2005). Daarentegen zijn in de internationale literatuur wel een aantal veelbelovende programma's genoemd ter begeleiding van kinderen in gezinnen waar ouders overlijden of scheiden: er werden positieve effecten op de psychosociale ontwikkeling van de kinderen en/of jeugdigen gevonden van programma's als het New Beginnings Program, het Children of Divorce Intervention Program of het Family Bereavement Program.

*Preventie bij KOPP en/of verslaafde ouders*

Tot slot gingen we in de beschrijving van de overzichtsstudies apart in op kinderen met ouders die een verslaving hebben of die kampen met psychiatrische problematiek (KOPP). Overdracht van psychiatrische en sociale problemen van ouders naar kinderen blijkt een van de belangrijkste oorzaken voor het ontstaan van deze problemen in nieuwe generaties. KOPP-kinderen vormen een omvangrijke risicogroep in de samenleving. Er werden ook met betrekking tot deze zorgwekkende gezinssituaties verscheidene programma's voorgedragen, bijvoorbeeld het CASPAR schoolprogramma en Focus on Families Program als preventieprogramma's in gezinnen waar ouders verslaafd zijn. Daarnaast waren verscheidene programma's voor dergelijke gezinssituaties specifiek gericht op het voorkomen van internaliserende of externaliserende problematiek van de kinderen en daarom terug te vinden in de overige kolommen van Tabel 20. Dit betrof bijvoorbeeld Project 25, Strengthening Families, en SMAAP. Programma's als de moeder-baby interventie, TPP, Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP, en WWW werden voorgedragen als veelbelovende en/of effectieve interventies voor preventie in situaties waarin de ouders psychiatrische problemen hebben.

In de verschillende positief geëvalueerde programma's komen de focus op de ouder en de focus op het kind in verschillende maten terug. De auteurs van de verscheidene overzichtsstudies waren het er gemiddeld over eens dat het aannemelijk is dat de meest effectieve behandelingen zich richten op zowel de ouder, als het kind, als ook de moeder-kind relatie.

#### 6.2.5 *Conclusies met betrekking tot preventieprogramma's*

Samengevat bleek met betrekking tot de verschillende terreinen van selectieve en geïndiceerde opvoed- en opgroei-ondersteuning de nodige wetenschappelijke kennis beschikbaar te zijn. Om met de woorden van Greenberg en collega's (2001) te spreken; we beschikken over een eerste *wetenschappelijke basis/fundering*. Ondanks dat verder onderzoek noodzakelijk is, ondermeer omdat kennis vooral gebaseerd is op korte termijn effecten, in kleine onderzoeksgroepen, binnen de Verenigde Staten, hebben we enig inzicht in de mogelijkheid om bepaalde gedragingen op bepaalde momenten in de ontwikkeling van kinderen te voorkomen of veranderen.

Er zijn een aantal internationale modelprogramma's die veelbelovend dan wel effectief gebleken zijn. Hier ligt nog de nodige ruimte om het Nederlandse werkveld kwalitatief te versterken. Het verdient daarbij aanbeveling om de beschikbare modelprogramma's nader te bestuderen aan de hand van primaire studies om zodoende een rangordening te maken naar mogelijke veelbelovendheid. De Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEI) zou hier mogelijk een geschikte plaats voor zijn.

We voegen daar nog een kanttekening aan toe: Het is wenselijk dat er met het oog op de preventie van internaliserende en externaliserende problemen een brede reeks effectieve interventies beschikbaar komt. Dit is nodig om effectieve preventieve ondersteuning te kunnen bieden aan kinderen en jeugdigen in diverse leeftijdsgroepen, om een breed scala aan risicofactoren en beschermende factoren te kunnen beïnvloeden, geschikte interventies te hebben voor kinderen en ouders in diverse fasen van risico- en probleemontwikkeling, en om via meerdere methoden en settings een zo groot mogelijk deel van de doelpopulaties te kunnen bereiken.

Speciale aandacht dient uit te gaan naar de mogelijkheden voor implementatie in Nederland. Programma's kunnen in het buitenland nog zo effectief dan wel veelbelovend zijn, dit betekent niet automatisch dat zij in Nederland toe te passen zijn.

Sommige programma's zullen een andere werkstructuur vergen dan dat past binnen de Nederlandse context. We kennen in Nederland andere geldstromen, bestuurslagen, ander beleid, enzovoorts. Daardoor zullen bijvoorbeeld enkele grote, dure Amerikaanse community-programma's, hoe effectief ook, mogelijk niet zondermeer te transformeren zijn naar het Nederlandse werkveld. Het is aan te raden allereerst toepasbaarheidsonderzoek te doen naar veelbelovende programma's, alvorens nader te investeren in wat later mogelijk een slecht 'passend' programma blijkt te zijn. Centraal staat daarbij de vraag: Is het mogelijk de vertaalslag te maken naar het Nederlandse werkveld?

In het bijzonder is ons inziens hierbij onderzoek wenselijk naar bevorderende en belemmerende factoren voor een brede implementatie van effectief bevonden programma's. Alleen van een grootschalige implementatie mag een substantiële invloed verwacht worden op de omvang van psychische, sociale en cognitieve problemen van kinderen en jeugdigen binnen risicopopulaties in de bevolking. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is het onderling afstemmen van programma's, zodat zij elkaar in het veld niet onnodig beconcurreren. Gedetailleerde inhoudelijke kennis van de sterke en zwakke punten van programma's is hierbij een vereiste. Gezinnen kunnen dan op grond van deze kennis adequaat verwezen worden naar het voor hen meest geschikte programma. Verder zijn certificering borging, voortdurende kwaliteitsbewaking en goede afspraken over (niet-commerciële) licentieverlening noodzakelijk. Zie met betrekking tot de invoering van evidence-based instrumenten en interventies verder Paragraaf 6.3.

Naast aandacht voor implementatie is aandacht voor generaliseerbaarheid van empirische evidentie op zijn plaats. De effecten die ten grondslag liggen aan de rubricering 'veelbelovend' van programma's zijn mogelijk niet te generaliseren naar de Nederlandse praktijk. Er bestaat een groot verschil in 'Care As Usual' zoals dat in de Verenigde Staten (VS) wordt aangeboden met de situatie in Nederland. Care As Usual in de VS is vaak minimaal in vergelijking met de goede zorgstructuur in Nederland. Daarom kunnen de in de VS berekende effectgroottes in Nederland aanzienlijk kleiner zijn. Dit is een belangrijke reden om het effect ook in Nederland bij voorkeur middels een Randomized Controlled Trial (RCT) te evalueren.

De Nederlandse evidentie van programma's zal apart belicht moeten worden. Implementatie van veelbelovende en/of effectieve programma's uit de internationale literatuur zouden daarom automatisch vergezeld moeten gaan met effectevaluaties. Wij adviseren daarin bovendien aandacht te besteden aan het interventieproces, implementatieproces en mogelijk mediërende factoren: Hoe wordt het programma ontvangen? Kunnen de hulpverleners en deelnemers met het programma uit de voeten? Wordt het programma uitgevoerd zoals bedoeld? En wat maakt het programma al dan niet effectief?

Het geheel aan resultaten van deze studie overziend valt voorts op dat in het tot nu toe verrichte onderzoek gezondheidseconomische studies nagenoeg ontbreken, dat wil zeggen; studies naar kostenminimalisatie, kosteneffectiviteit en kosten-baten ratio's. Preventieve interventies blijken een breed spectrum aan gezondheids-, sociale en economische effecten te kunnen opleveren (Hosman, Jané-Llopis, & Saxena, 2004). Dit biedt perspectieven voor studies naar de economische en maatschappelijke waarde van dergelijke programma's. Inzicht in deze waarde wordt steeds belangrijker aangezien de financiering van een brede implementatie van effectieve programma's financiers en politieke steun gevonden moeten worden.

Ondanks de reeds beschikbare wetenschappelijke fundering, verwachtten daarom ook wij (evenals Greenberg en collega's, 2001) dat nog veel belangrijke kennis over preventieve interventies zal komen van de volgende generatie preventieonderzoekers.

#### 6.2.6 *Verbeteren effectiviteit en kennis van principes van effectieve interventies*

Hoewel dit overzicht een groot aantal interventies beschrijft waarvan de effectiviteit in gecontroleerde studies is aangetoond, moet anderzijds geconstateerd worden dat de effectiviteit van opvoed- en opgroei-ondersteunende interventies nog te wensen overlaat. Dat interventies tot effecten leiden die statistisch significant zijn wil niet zeggen dat het ook om maatschappelijk belangrijke effecten gaat. De meta-analyses die in dit rapport besproken zijn, wijzen erop dat de gevonden effecten gemiddeld laag tot matig zijn. Bovendien hebben effecten soms alleen betrekking op risicofactoren of beschermende factoren en is niet duidelijk of interventies ook tot minder psychische, sociale of cognitieve problemen hebben geleid. Kortom, deze resultaten wijzen erop dat er nog veel geïnvesteerd moet worden in de verdere verhoging van effectiviteit.

Er is een sterke neiging om programma's als effectief, veelbelovend of niet-effectief te bestempelen, dan wel als evidence-based of niet evidence-based. Dit brengt het gevaar met zich mee dat effectieve of evidence-based programma's vanaf nu als modelprogramma's worden verspreid en door praktijkinstellingen als standaard worden uitgevoerd zonder dat verder gewerkt wordt aan meer effectieve versies. De noodzaak tot verhoging van kwaliteit van programma's en hun effectiviteit, alsmede het aanpassen van buitenlandse modelprogramma's aan de Nederlandse of aan lokale omstandigheden vereist meer inzicht in wat de effectiviteit van deze interventies bepaalt. Bij de ontwikkeling van kennis dient daartoe een beter evenwicht gevonden te worden tussen de ontwikkeling van kennis ten aanzien van effectieve modelprogramma's en de kennis van principes van effectieve preventie die door programmamakers en door praktijkwerkers kunnen worden toegepast in bestaande en nieuwe programma's.

Uit de analyse van overzichtstudies blijkt dat er zich een beginnende 'body of knowledge' aan het ontwikkelen is omtrent factoren die van invloed zijn op de effectiviteit van interventieprogramma's. Onderzoek begint inzichten op te leveren over wat de werkzame elementen in interventies zijn die verantwoordelijk zijn voor een hogere effectiviteit. Zo concluderen sommige auteurs dat programma's effectiever zijn wanneer gebruik gemaakt wordt van gedragsgerichte of vaardigheidsgerichte methoden; interactieve methoden; deze voldoende afgestemd zijn op het ontwikkelingsniveau van kinderen; vroegtijdig in de levensloop worden aangeboden; zich uitstrekken over meerdere jaren; meerdere effectieve interventies en methoden combineren; en gericht zijn zowel op de kinderen zelf als op ouders, leerkrachten en de schoolomgeving. Kenmerken van deelnemers blijken van invloed op de effectiviteit. Zo worden in de meeste gevallen hogere effecten gevonden bij kinderen met een hoger risiconiveau. Gemiddeld blijkt de effectgrootte van geïndiceerde preventieprogramma's het hoogst en die van universele programma's het laagst met een middelpositie voor selectieve preventie. Deze cijfers moeten echter afgewogen tegen het verschillende bereik van interventies. Universele of selectieve interventies met een gemiddeld lagere effectgrootte kunnen door hun veel grotere bereik in de samenleving uiteindelijk mogelijk een groter preventief effect op populatieniveau bewerkstelligen. Daarnaast blijkt ook de wijze van implementatie van invloed op effectiviteit. Resultaten suggereren dat hogere effecten worden gevonden bij implementatie met een grotere

trouw aan het effectief bevonden programma en wanneer de uitvoerenden over een hogere expertise beschikken.

Hoewel er in toenemende mate inzichten ontstaan in wat effectiviteit bepaalt, moet geconstateerd worden dat deze kennis nog zeer beperkt en gefragmenteerd is. Het is aan te bevelen dat toekomstige effectstudies zodanig worden ingevuld dat niet alleen inzicht ontstaat over of een interventie effectief is maar ook over de principes van effectieve preventie en de mogelijkheden tot verhoging van effectiviteit. Door deze kennis systematisch in te voeren in de databases voor effectieve en veelbelovende programma's (b.v. DEI) en in instrumenten voor kwaliteitsverbetering en effectmanagement (PREFFI) kan substantieel bijgedragen worden aan meer effectieve opvoedings- en opgroei-ondersteuning in de toekomst.

#### 6.2.7 *Innovatie*

Hierboven beschreven we interventieprogramma's die op basis van wetenschappelijk evidentie zoals gevonden in internationaal onderzoek veelbelovend leken voor de preventiepraktijk. Echter, daarmee moet men niet uit het oog verliezen dat de meest veelbelovende programma's mogelijk niet altijd uit het buitenland komen: uit grote longitudinale, dure, goed opgezette internationale studies. In het Nederlandse werkveld zijn vele voorbeelden te vinden van programma's die speciaal voor de Nederlandse praktijk ontwikkeld zijn of worden. Deze programma's grijpen in op problemen die mogelijk specifiek zijn voor de Nederlandse praktijk, of zij zijn ontstaan vanuit een bepaalde hulpbehoefte in de praktijk. Er is of wordt voor het ontwikkelen van deze programma's gebruikgemaakt van beschikbare relevante, nationale expertise. Wij willen op dit vlak spreken van 'innovatie'. Ook dergelijke innovatieprojecten beschouwen wij als zeer waardevol voor de Nederlandse praktijk. Daarbij is het van belang dat op theoretische gronden aannemelijk is dat een dergelijk programma veelbelovend of effectief kan zijn. Daartoe kan eveneens gebruikgemaakt worden van de internationale wetenschappelijke kennis zoals wij deze presenteren: Welk *type* programma kwam in de overzichtsstudies als meest veelbelovend naar voren? Welke factoren lijken voor welke doelgroepen bij te dragen aan effectiviteit? Indien van dergelijke kennis gebruikgemaakt is bij het ontwerp van programma's, moedigen wij ook effectonderzoek naar deze innovatieprojecten ten zeerste aan<sup>81</sup>. Ook innovatieprojecten dienen automatisch vergezeld te gaan van een goed effectonderzoek. Sommige van deze in Nederland ontwikkelde programma's worden reeds op vele plaatsen in ons land aan de bevolking aangeboden, zonder dat inzicht bestaat in hun effectiviteit. Hoewel dit de noodzaak van effectonderzoek onderstreept, blijkt zich hierbij wel een probleem voor te doen. Voor programma's die reeds regulier worden aangeboden is het uit ethische overwegingen moeilijk gerandomiseerde studies aan te bieden. Aandacht is nodig voor het ontwikkelen van innovatieve onderzoeksstrategieën die een valide toetsing van de effectiviteit van dergelijke programma's mogelijk maken.

Tenslotte wat betreft innovatie, dient in het toekomstige 'research & development' beleid extra aandacht besteed te worden aan de ontwikkeling van interventies die een breed maatschappelijk bereik kunnen realiseren. Bijvoorbeeld, veel van de hier beschreven effectieve of veelbelovende interventies zijn gebaseerd op individuele ondersteuning en groepswork, waarvan bekend is dat zij arbeidsintensief zijn en vaak slechts een beperkt bereik kunnen realiseren in de beoogde risicogroepen. Dit betekent enerzijds dat aandacht noodzakelijk is voor simpele maar effectieve interventies die

<sup>81</sup> Gelukkig is er ook voor innovatie aandacht in Nederland. Zo wordt medio december op het congres *Goede en veelbelovende voorbeelden van eerdere, snellere en betere hulp bij opgroeien en opvoeden: de Inventagroep één jaar later* de innovatie van het jaar 2006 gekozen.

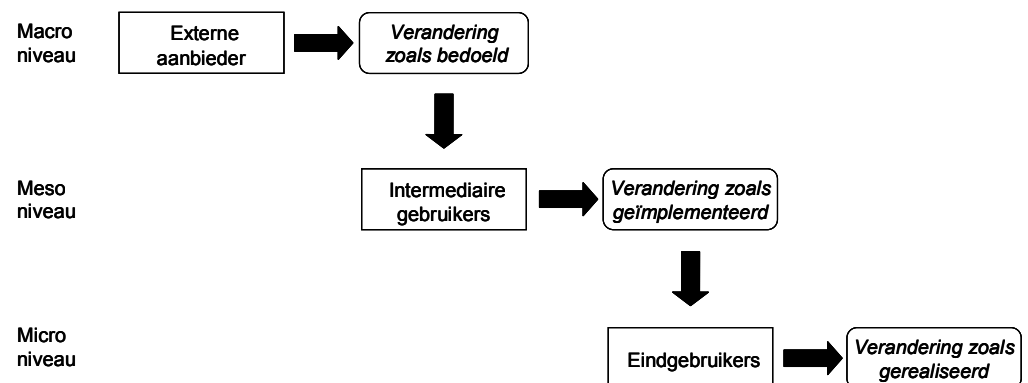


makkelijk op grote schaal geïmplementeerd en overgedragen kunnen worden. Anderzijds is inzicht nodig in effectieve methoden die grote groepen in de samenleving kunnen bereiken (b.v. media, websites) en in de effectiviteit van sociale maatregelen die risicofactoren kunnen verminderen waaraan omvangrijke risicogroepen in de samenleving blootgesteld worden.

### 6.3 Invoering van evidence-based instrumenten en interventies

In dit onderzoeksrapport stond de geschiktheid, betrouwbaarheid en validiteit van instrumenten; en de veelbelovendheid en effectiviteit van interventies op het gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning centraal. We zochten naar instrumenten en interventies waarvoor we in de wetenschappelijke overzichtsliteratuur evidentie konden vinden. Echter, de effectiviteit zoals is vastgesteld in gecontroleerde omstandigheden (*efficacy*), is een noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarde voor het bereiken van de gewenste effectiviteit in de praktijk. De instrumenten of interventies (verder in deze paragraaf ‘innovaties’ genoemd) dienen in de reguliere preventiepraktijk ook nog te worden gebruikt, en wel zodanig dat ook in die alledaagse praktijk de effecten overeind blijven (*effectiviteit*). Om de effectiviteit zoals gevonden in de wetenschappelijke overzichtsstudies ook in de praktijk te kunnen evenaren, is daarom nadrukkelijke aandacht voor een zorgvuldig uitgewerkt ‘innovatieproces’ een vereiste.

Vaak wordt in studies naar de verspreiding van vernieuwingen voorbij gegaan aan de mogelijke discrepantie die kan optreden tussen de innovatie zoals bedoeld door de ontwikkelaars en het gebruik ervan in de praktijk. Nu hoeft dat niet problematisch te zijn in die situaties waarin de intermediaire gebruiker niet of nauwelijks de mogelijkheid tot aanpassing heeft, zoals vaak het geval is bij technische innovaties. Zo zal een vernieuwd vaccin de arts of verpleegkundige die het toedient aan zuigelingen op het consultatiebureau nauwelijks vrijheid van uitvoering bieden anders dan bij het oude vaccin; enkel de inhoud van de ampul is gewijzigd. In tegenstelling tot vele technische innovaties, is bij sociale innovaties (waaronder interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning) gebruik zoals bedoeld eerder uitzondering dan regel. Sociale innovaties bieden de intermediaire gebruiker vaak ruimte tot aanpassingen of er kunnen gedeelten van het programma worden overgeslagen zodat van daadwerkelijke vernieuwing zoals bedoeld nauwelijks nog sprake hoeft te zijn. Hierdoor kunnen dus ook de beoogde effecten bij eindgebruikers uitblijven. De discrepantie die dan ontstaat is in Figuur 3 afgebeeld.



Figuur 3: Extern geïnitieerde innovatieprocessen onderscheiden naar invoeringsniveau (Paulussen, 1994).

Het belang van aandacht voor het innovatieproces – ter voorkoming van een dergelijke discrepantie – is in het voorgaande al enige malen kort onderschreven; zowel waar het ging om de implementatie van evidence-based instrumentarium als waar het de toepassing van veelbelovende dan wel effectieve interventies op het terrein van opvoeden en opgroei-ondersteuning betrof. In deze paragraaf staan we nadrukkelijker stil bij determinanten van innovatie- of vernieuwingsprocessen. Daarnaast benoemen we belangrijke kenmerken van effectieve invoeringsstrategieën die zowel relevant zijn voor het effectief invoeren van instrumenten als van interventies.

### 6.3.1 *Innovatieprocessen*

De praktijk leert dat het invoeren van een vernieuwing door potentiële gebruikersgroepen niet als een eenmalige gebeurtenis wordt ervaren. We spreken dan ook bij voorkeur van een *innovatie-besluitvormingsproces* dat potentiële gebruikers in de tijd gefaseerd doorlopen. Hoewel de literatuur ook verdere verfijningen aanreikt, nemen daarin drie fasen een centrale plaats in (Rogers, 2003):

- 1) *Adoptie*: de fase waarin gebruikers op basis van hun informatie over de vernieuwing de voor- en nadelen ervan afwegen en die omzetten in een voornemen (intentie) om de vernieuwing al dan niet te gaan gebruiken;
- 2) *Implementatie*: de fase waarin de eerder gevormde intenties van de gebruikers worden omgezet in daadwerkelijk gebruik van de vernieuwing (ook initieel gebruik of initiële implementatie genoemd);
- 3) *Continuering*: de fase waarin de gebruikers op basis hun ervaringen met de innovatie besluiten tot voortzetting of beëindiging van gebruik.

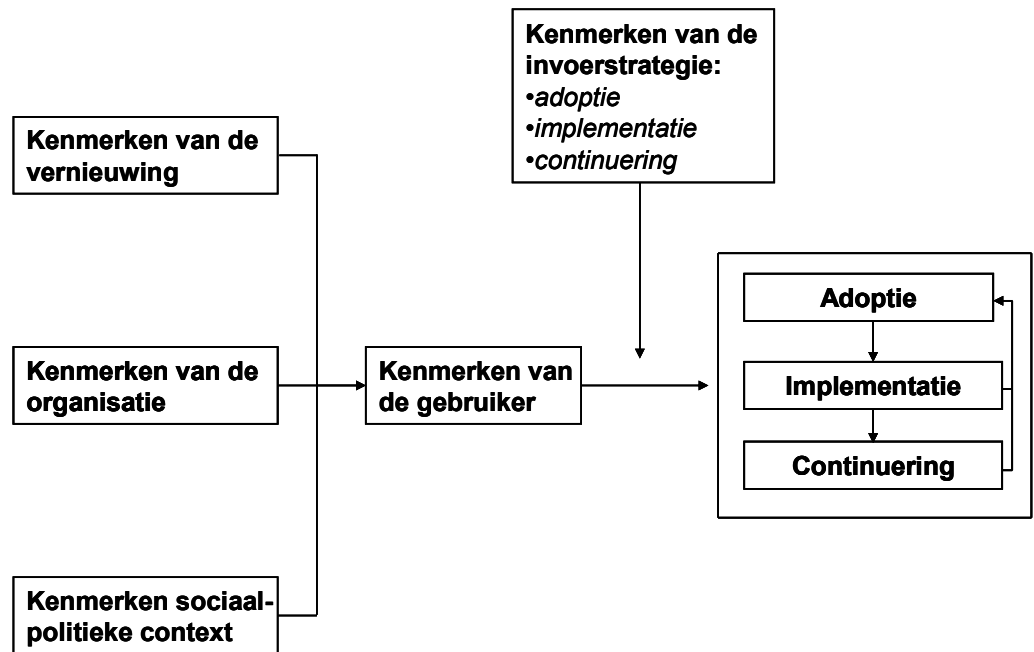
Het begrip invoeringsstrategie of innovatiestrategie reserveren we voor het geheel van activiteiten dat is gericht op het bij intermediaire gebruikers bevorderen van intentie tot gebruik (de adoptiestrategie), daadwerkelijk gebruik (de implementatiestrategie), en continuering van gebruik (de continueringstrategie). Voor het ontwerp van een invoeringsstrategie gericht op intermediairs staan in principe de volgende beleidsinstrumenten ter beschikking: (1) informatieve en/of overredende voorlichting, (2) wet- en/of regelgeving, (3) prijsbeleid, en (4) het treffen van voorzieningen die het gebruik uitlokken of vergemakkelijken.

Figuur 4 biedt een raamwerk voor ordening van de veelheid aan determinanten die op enig moment van invloed kunnen zijn op het verloop van innovatieprocessen. Aan de rechterkant staan de onderscheiden fases van het innovatieproces, te weten: adoptie, implementatie en continuering. Ze zijn op te vatten als de ultieme uitkomsten die op het niveau van de intermediaire gebruiker worden nagestreefd met een invoeringsstrategie.

### 6.3.2 *Determinanten van innovatieprocessen*

In de literatuur vinden we een grote diversiteit aan determinanten die verantwoordelijk bleken voor het welslagen of stagneren van de voortgang van het beoogde innovatieproces. Zo werden in een recente review van de internationale literatuur over determinanten van zorginnovaties in totaal 49 verschillende factoren gevonden (Fleuren e.a., 2004). Deze factoren bleken te kunnen worden geclassificeerd in een vijftal hoofdcategorieën, te weten kenmerken van respectievelijk de gebruiker, de vernieuwing, de organisatie, de sociaal-politieke context en de invoeringsstrategie.

Meest proximaal ten aanzien van de ultieme uitkomsten – adoptie, implementatie en continuering – staat de intermediaire gebruiker (zie Figuur 4; *kenmerken van de gebruiker*), want het is tenslotte zijn/haar gedragskeuze die bepaalt of en op welke wijze de einddoelgroep aan de interventie wordt blootgesteld. Een strategie ter invoering van sociale innovaties richt zich in de kern dus op verandering van gedrag van intermediairs.



Figuur 4: Determinanten van innovatieprocessen (Paulussen, 1994; Fleuren e.a., 2004).

De determinanten aan de linkerkant in Figuur 4 worden geacht indirect, via de gebruiker, de uitkomsten van het innovatieproces te bepalen. Zoals al genoemd spelen daarbij de *kenmerken van de vernieuwing* een rol, en vooral die zoals gepercipieerd door de gebruiker. Daarbij is de bewezen effectiviteit van de innovatie slechts één van de vele kenmerken van de vernieuwing die op enig moment voor de beoogde gebruikers saillant kunnen zijn. Andere kenmerken zijn bijvoorbeeld waargenomen bruikbaarheid, waargenomen procedurele helderheid, benodigde tijdsinvestering en gepercipieerde aansluiting bij de eigen cliëntenpopulatie. Maar ook maakt een intermediaire gebruiker vaak deel uit van een *organisatie waarvan de kenmerken* al dan niet bevorderlijk zijn voor de invoering van innovaties. Organisationskenmerken waarvoor evidentie bestaat dat ze de invoering van een innovatie kunnen bevorderen en die binnen het bereik liggen van een specifiek innovatieproject zijn: (1) het bevorderen van intercollegiale uitwisseling, (2) betrokkenheid van beoogde gebruikers bij het nemen van de adoptiebeslissing, en (3) pro-actief op innovatie gericht leiderschap. Op hun beurt opereren organisaties ook weer niet in een vacuüm maar binnen een bepaalde *sociaal-politieke context*. Organisaties onderhouden al dan niet netwerkrelaties met andere organisaties of dienen zich te houden aan bepaalde wet- en regelgeving of financieringsafspraken. Dergelijke kenmerken van de sociaal-politieke context kunnen voor een gegeven innovatie eveneens belemmerend of bevorderend werken. De initiatiefnemer tot verandering dient vervolgens de invoeringsstrategie zo te ontwerpen dat deze aansluit bij de voor die specifieke innovatie relevant gebleken determinanten. Die strategie kan worden onderscheiden al naar gelang deze is gericht op de adoptie-, implementatie- of continueringfase. Met andere woorden, het beoogde innovatieproces wordt bevorderd door een invoeringsstrategie die (a) is gericht op de voor die specifieke innovatie en fase van verandering relevant gebleken kenmerken van de gebruiker, organisatie en sociaal-politieke context, en (b) zich bedient van voor die determinanten geëigende methodieken. In de praktijk zal dus zelden uitgegaan kunnen worden van een standaard beginsituatie of een standaard invoeringsstrategie, immers de ene innovatie is de ander niet. De uitgangssituatie varieert per innovatie, ook al richten

we ons op dezelfde intermediaire gebruikersgroep (in dit geval jeugd: -9 maanden – 23 jaar).

### 6.3.3 *Het ontwerpen van een effectieve innovatiestrategie*

Gegeven een zekere uitgangssituatie voor de invoering van een innovatie bepalen de kenmerken van de invoeringsstrategie of de gebruikers gebracht kunnen worden naar de verandering zoals bedoeld. Deze invoeringsstrategie omvat bij voorkeur de volgende elementen:

1) *Ontwikkeling van theoretisch valide en praktisch bruikbare materialen die gebruikers voorziet van heldere handelingsvoorschriften (ontwikkelingsfase):*

Waar nodig zullen met betrekking tot de in dit rapport beschikbaar gebleken evidence-based instrumenten en interventies op het gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning, nog vertalingen, uitwerkingen en handleidingen dan wel draaiboeken gereedgemaakt moeten worden. De materialen dienen te voldoen aan zowel het criterium effectiviteit als het criterium praktische bruikbaarheid.

2) *Actieve promotie van (alternatieve) toepassingsmogelijkheden die passen bij de omstandigheden van de gebruiker, op basis van zowel massamediale als interpersoonlijke communicatie (adoptiestrategie).*

3) *Pre-implementatie training en follow-up begeleiding gedurende de fase dat de vernieuwing daadwerkelijk in gebruik genomen wordt (implementatiestrategie):*

Idealiter is training van de beoogde gebruikers van een innovatie onderdeel van de implementatiestrategie. Als onderdelen van een effectieve training zijn de volgende elementen te onderscheiden (Bandura, 1986; Joyce & Showers, 1988)<sup>82</sup>:

- Informatieoverdracht: over de aard en het waarom van het nieuw te leren gedrag;
- Demonstratie van de toepassing ervan (model-leren);
- Oefening van vaardigheden en feedback (rollenspel en dergelijke);
- Follow-up begeleiding bij de toepassing ervan in de praktijk ('coaching').

Joyce en Showers (1988) hebben van verschillende zijden steun gevonden voor hun bevinding dat het verschil wordt gemaakt door de al dan niet aanwezige follow-up begeleiding gedurende de implementatiefase (Coddling e.a., 2005; Garet e.a., 2001). Dus ook al voldoet een pre-implementatie training aan de overige kenmerken, transfer van het geleerde naar de praktijk blijft achterwege bij afwezigheid van de factor coaching.

4) *Actieve uitwisseling van ervaringen tussen gebruikers, zodat zij kunnen leren van elkaars 'succeservaringen' en de vernieuwing wordt geïntegreerd in het beleid van de organisatie (continueringstrategie).*

Naast de hoogst persoonlijke ervaring van de gebruiker met de vernieuwing, dient in deze fase ook de aandacht verlegd te worden naar collega's en de organisatie als geheel. Tot de belangrijkste bedreigingen voor een vroegtijdig beëindigen van een innovatie

<sup>82</sup> Een studie van Wiefferink en collega's (2006) laat zien hoe training van JGZ-medewerkers bij kan dragen aan de deskundigheid van professionals in het signaleren van psychosociale problematiek: Wiefferink e.a. onderzochten in een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek (RCT) wat het effect was van het trainen van JGZ-artsen ( $N = 58$ ) op het signaleren van psychosociale problemen van kinderen van 5 en 6 jaar oud. De JGZ-artsen in de interventieconditie ( $n = 29$ ) werden getraind in een gestructureerde methode om psychosociale problematiek van kinderen te signaleren: De artsena kregen een training van twee dagen in groepsverband waarin aan de hand van rollenspellen en oefeningen verschillende scenario's besproken werden. Na drie maanden werden tijdens een follow-up bijeenkomst ervaringen en problemen uitgewisseld. Na de training (tijdens de eerste meting) bleken getrainde artsen beter in staat om met name ernstige psychosociale problemen van kinderen (ruim 6000 kinderen namen deel) te signaleren dan artsen die de training niet gehad hadden.

worden namelijk gerekend (Pentz e.a., 2004): vertrek van getraind personeel, en reallocatie van middelen en voorzieningen. Het is daarom van belang dat de innovatie wordt verheven tot organisatiebeleid, waarin tevens voorzieningen worden getroffen voor onderhoud; zowel financieel als wat betreft training en begeleiding van nieuw personeel in het gebruik van de vernieuwing.

5) *Ontwikkeling van een innovatie-managementstructuur ('linkage-model'; Orlandi e.a., 1990) die efficiënte informatie-uitwisseling en ondersteuning mogelijk maakt tussen de betrokken subsystemen.*

Tenslotte staat elke initiatiefnemer tot een nieuwe interventie voor de vraag via welke structuren de innovatie de eindgebruikers bereiken moet. Hoewel hier als laatste genoemd, is het een vraag die de initiatiefnemer al bij aanvang zal stellen. Vaak wordt een innovatie op landelijk niveau ontwikkeld en worden lokale intermediairs geacht de beoogde eindgebruikers aan de innovatie bloot te stellen. Deze intermediaire gebruikers dienen op hun beurt te kunnen terugvallen op vormen van nabije begeleiding die een intensiteit hebben die vaak de mogelijkheden van de landelijke initiatiefgroep overschrijdt.

#### 6.4 Kanttekeningen bij gepresenteerde conclusies

Dit rapport sluiten wij af met een aantal kanttekening bij het onderzoek dat wij in dit rapport presenteerden. Allereerst is een belangrijke consequentie van de gemaakte keuze voor overzichtsstudies, ofwel *een overzicht van overzichten*, dat de beperkingen in deze studies ook onze beperkingen worden. Daarmee biedt onze resultatensectie primair een overzicht van de conclusies van de auteurs van de overzichtsstudies. We hadden geen beschikking over de primaire studies, laat staan de ruwe data. Onze bewegingsruimte werd daarmee bepaald door de selectiecriteria en beoordelingscriteria die de auteurs hanteerden. Dit geeft direct de beperktheid van deze bewegingsruimte aan: Het was op basis van de overzichtsstudies niet mogelijk om onze eigen criteria voor 'veelbelovend' en 'effectief' te hanteren. Daartoe dient bestudering van primaire studies plaats te vinden. Wij hebben echter in dit rapport veelbelovende en effectieve signaleringsinstrumenten en interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning gepresenteerd op basis van de overzichtsliteratuur.

Het is kortom belangrijk om te beseffen dat de door ons gepresenteerde veelbelovendheid uiteenlopend gedefinieerd is. Zo noemden bijvoorbeeld Bolier en Cuijpers (2000) interventies effectief indien in minimaal 3 RCT's of tenminste 1 RCT in een steekproef van minimaal 1000 personen positieve effecten aangetoond werden, nog tot een jaar na de interventie. Veelbelovend noemden ze die programma's waarvoor in studies met een controlegroep positieve effecten gevonden waren. Een ander voorbeeld is de overzichtsstudie van Barlow en collega's (2006, Cochrane review) waarin alleen programma's genoemd werden die in een RCT effectief bevonden waren, waarbij effecten waren aangetoond op tenminste één indicator van kindermishandeling, uithuisplaatsing, of maten voor uitkomsten die zeer duidelijk geassocieerd zijn met kindermishandeling zoals gezinsfunctioneren of ouderlijke psychopathologie. Omwille van deze verschillen, bevelen wij aan om primaire studies na te slaan om een nadere rangordening te maken in de gepresenteerde overzichten. Bovendien achten wij het wenselijk dat inspanningen worden verricht om internationaal, maar ten minste nationaal te komen tot een gemeenschappelijke standaard voor het beoordelen van een interventie als 'effectief' of 'veelbelovend'.

Actualiteit betreft een volgende kanttekening bij deze studie: Dit rapport biedt een momentopname. De stroom van primaire studies en daarop volgende metastudies houdt aan. Er zit een redelijke vertragingfactor tussen het moment waarop primaire studies gepubliceerd worden en het moment waarop deze studies in overzichtsstudies besproken en beoordeeld worden. Wij zijn ons er van bewust dat door de gevolgde werkwijze en de beperkte beschikbare tijd in dit rapport mogelijk sommige effectieve of veelbelovende instrumenten en interventies gemist zijn. Wellicht is een systeem nodig dat de laatste resultaten van effectonderzoek naar opvoed- en opgroei-ondersteuningsprogramma's zorgvuldig bijhoudt. Mogelijk kan dit een plaats hebben binnen de DEI indien deze volledig actueel is. Deze databank zou dan actueel gehouden moeten worden met up-to-date informatie over veelbelovende programma's op basis van internationale evidentie (en eventuele verhouding cq rangordening van deze programma's onderling); de toepassing van de programma's in Nederland; en de nationale evidentie voor effectiviteit van een dergelijke toepassing.

Ondanks bovenstaande kanttekeningen, hebben we in dit rapport een waardevol overzicht kunnen geven van de stand van zaken waar het gaat om kennis over signaleringsinstrumenten en interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning. Wetenschappelijk 'evidence' was daarin het sleutelwoord: we vonden de nodige evidentie in de internationale literatuur, maar er is nog meer inzicht in evidentie gewenst. Daarmee hebben we een volgende stap gemaakt op weg naar een meer evidence-based opgroei- en opvoedondersteuningspraktijk. Aansluitend dient systematisch en gestructureerd, bij voorkeur longitudinaal onderzoek meer inzicht te geven in effectiviteit, mediërende factoren, kosteneffectiviteit en langetermijneffecten van aangedragen signaleringsinstrumenten en interventieprogramma's.

## 7 Geraadpleegde literatuur<sup>83</sup>

- \*AACAP (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (7 SUPPLEMENT), 24S-51S.
- Achenbach, T.M. (1988). Integrating assessment and taxonomy. In M. Rutter, A.H. Tuma, & J.S. Lann (Red.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology* (pp. 300-343). London: David Fulton.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the cross-informant program for the CBCL/4-18, YSR, and TRF*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., & Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M.P.M. Richards (Red.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99-135). London: Cambridge University Press.
- \*AJN (2006). *Advies signaleringsinstrumenten: Nieuws uit bestuur*. Verkregen van <http://ajn.artsennet.nl/print.php?mod=DOS&conid=199316172> op 28 september 2006.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington: Author.
- Anderson, M. (1995). *Approaches to the history of the western family 1500-1914*. Cambridge: University Press.
- Appleyard, K., Egeland, B., Van Dulmen, M., & Sroufe, A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235-245.
- Asscher, J., & Paulussen-Hoogenboom, M. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26, 45-55.
- \*Baartman, H.E.M. (1996a). Kwetsbare gezinnen en het risico op kindermishandeling. In H.E.M. Baartman, *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie* (pp. 96-136). Utrecht: SWP.
- \*Baartman, H.E.M. (1996b). Preventieve hulpverlening. In H.E.M. Baartman, *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie* (pp. 187-225). Utrecht: SWP.
- \*Baartman, H.E.M. (1996c). Hulpverlening en kindermishandeling: Falen en succes. In H.E.M. Baartman, *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie* (pp. 137-186). Utrecht: SWP.
- Baltes, P.B., Reese, H.W., & Lipsitt, L.P. (1980). Life span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- \*Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2006). Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- \*Barlow, J., Parsons, J., & Stewart-Brown, S. (2002). *Systematic review of the effectiveness of parenting programmes in the primary and secondary prevention of mental health problems*. Oxford: Health Services Research Unit, University of Oxford.
- \*Beardslee, W.R., Hosman, C., Solantaus, T., Van Doesum, K., & Cowling, V. (in druk). Supporting children and families of mentally ill parents: Preventing transgenerational transmission of mental disorders. In C. Hosman, E. Jane-Llopis, & S. Saxena (Eds.), *Evidence-Based Prevention of Mental Disorders*. New York: Oxford University Press.

<sup>83</sup> Bronnen met een \* zijn gebruikt in overzichten van studies.

- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- \*Berger, M.A., Ten Berge, I.J., & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- \*Bernazzani, O., Côté, C., & Tremblay, R.E. (2001). Early parent training to prevent disruptive behavior problems and delinquency in children. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578, 90-103.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., e.a. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- \*Blokland, G., Prinsen, B., & Ter Riet, K. (2004). *Goed in je vel zitten: Een overzicht van interventies vanuit de GGD voor de preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen*. Utrecht: NIZW.
- \*Boendermaker, L., Van der Veldt, M.-C., & Booy, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW jeugd.
- \*Bolier, L., & Cuijpers, P. (2000). *Effectieve verslavingspreventie: Op school, in het gezin en in de wijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bowlby, J. (1984). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment (Revised ed.)*. London: Penguin Books.
- \*Brezinka, V. (2002). Effectonderzoek naar preventieprogramma's voor kinderen met gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 23, 4-23.
- Bunting, L. (2004). Parenting programmes: The best available evidence. *Child care in practice*, 10, 327-343.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's tie. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- \*Chaffin, M., & Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 26, 1097-1113.
- \*Chin-A-Fat, B., & Steketee, M. (2002). *Bemiddeling in uitvoering: Evaluatie experimenten scheidings- en omgangsbemiddeling*. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.
- Codding, R.S., Feinberg, A.B., Dunn, E.K., & Pace, G.M. (2005). Effects of immediate performance feedback on implementation of behaviour support plans. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 205-219.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- \*Conroy, M.A., Hendrickson, J.M., & Hester, P.P. (2004). Early identification and prevention of emotional and behavioral disorders. In R. Rutherford, S. Mathur, & M. Quinn (Eds.), *Handbook of Research in Behavioral Disorders* (pp. 199-215). New York: Guilford Press.
- \*Coren, E., & Barlow, J. (2006). Individual and group-based parenting programems for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- \*Cuijpers, P. (1999). Preventieprogramma's voor kinderen van alcoholafhankelijke ouders: Een overzicht van de literatuur. *Kind en Adolescent*, 20, 248-261.
- \*Cuijpers, P. (2001). De effectiviteit van preventie van psychische problemen bij kinderen en jeugdigen: Een overzicht van groepsinterventies. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 79, 486-494.
- Databank Effectieve Jeugdinterventies (2006). *Classificatie effectiviteit*. Geraadpleegd op 25 juli 2006 op <http://www.jeugdinterventies.nl/smartsite.dws?id=12121>.
- Dekovic, M., & Janssens, J.M.A.M. (1991). Opvoeding, prosociaal gedrag en populariteit van kinderen. *Kind en Adolescent*, 12, 65-77.
- Dijkstra, N.S., Van Wijngaarden, J.C.M., De Vries, J., Lim-Feijen, J.F., Raat, H., Juttman, R.E., e.a. (2001). *Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg*. Utrecht, Bunnik, Rotterdam, Leiden: GGD Nederland, LC-OKZ, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit, TNO Preventie en Gezondheid.



- \*Doggett, C., Burrett, S., & Osborn, D.A. (2006). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- \*Durlak, J.A., & Wells, A.M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26, 775-801.
- Eme, R.F. (1979). Sex differences in childhood psychology: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 574-595.
- Ferdinand, R.F., Van Lier, M.H.M., Van der Most, G.H.F., De Nijs, P.F.A., Reichart, C.G., & Dekkers, F.H.W. (2004). Meetinstrumenten bij psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 659-664.
- \*Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27, 200-203.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, Th. (2004). Determinants of innovation within health care organisations: literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 107-123.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1996). The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model. *Child Development*, 67, 33-45.
- Garet, M.S., Porter, A.C., Desimone, L., Birman, B.F., & Yoon, K.S. (2001). What makes professional development effective? Results from a national sample of teachers. *American Educational Research Journal*, 38, 915-945.
- Garnezy, N. (1989). The role of competence in the study of children and adolescents under stress. In B.H. Schneider e.a. (Red.), *Social competence in developmental perspective* (pp. 25-39). Dordrecht: Kluwer.
- \*Geeraert, L., Grietens, H., & Hellinckx, W. (2002). Essential elements of early prevention services for families at risk of child physical abuse and neglect. In P.M. Van den Bergh, E.J. Knorth, F. Verheij, & D.C. Lane (Eds.), *Changing care: Enhancing professional quality and client involvement in child and youth care services: Strategies and cases* (pp. 104-119). Amsterdam: SWP.
- \*Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9, 277-291.
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The development and well-being assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 645-655.
- \*Greco, L.A., & Morris, T.L. (2001). Treating childhood shyness and related behavior: Empirically evaluated approaches to promote positive social interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 299-318.
- \*Greenberg, M.T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4(1).
- Groenendaal, J.H.A., & Dekovic, M. (2000). Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*, 20, 3-22.
- Groenendaal, J.H.A., & Van Yperen, T.A. (1994). Beschermende en bedreigende factoren. In J. Rispens, P.P. Gouden, & J.J.M. Groenendaal (Red.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (pp. 90-117). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- \*Guterman, N.B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse and Neglect*, 23, 863-890.
- \*Haime, R.A., Sandler, I.N., Wolchik, S.A., Tein, J.-Y., & Dawson-McClure, S.R. (2003). Changing the legacy of divorce: Evidence from prevention programs and future directions. *Family Relations*, 52, 397-405.

- Hermanns, J. (1992). *Het sociale kapitaal van jonge kinderen: Jonge kinderen, opvoeders en opvoedingsondersteuning*. Utrecht: SWP.
- Hermanns, J. (2006). *Opvoedingsondersteuning: Wat hebben we in 15 jaar bereikt*. Paper gepresenteerd tijdens het eerste Nationaal Congres Opvoedingsondersteuning "Ouders helpen opvoeden", 16 juni 2006, Ede.
- \*Hermanns, J., Öry, F.G., & Schrijvers, A.J.P. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: Eerder, sneller en beter: Een advies voor vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Julius Centrum.
- \*Horowitz, J.L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- Hosman, C.M.H., Jane-Llopis, E., & Saxena, S. (Eds.) (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options. Summary report*. Geneva: World Health Organization.
- Janssens, J.M.A.M. (1998). Opvoedingshulp: Doel, methoden en effecten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 37(4), 133-147.
- Joyce, B., & Showers, B. (1988). *Student achievement through staff development*. New York: Longman.
- \*Junger-Tas, J. (2001). Preventie van antisociaal gedrag in de praktijk. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 79, 500-505.
- \*Kaplan, S.J.M.D., Plecovitz, D., & Labruna, C. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1214-1222.
- \*Kasander, R. (2005). *Effectiviteit van GGZ-preventie: Een beknopt overzicht*. Amersfoort: RIAGG Amersfoort & Omstreken - Preventie.
- \*Kaslow, N.J., & Thompson, M.P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146-155.
- Keil, V., & Price, J.M. (2006). Externalizing behavior disorder in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28, 761-779.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M.H. (2006a). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 266-274.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Van IJzendoorn, M.H., Mangelsdorf, S.C., & Zevalkink, J. (2006b). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 466-493.
- \*Konijn, C. (Red.) (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Konijn, C., & Cavelaars, E. (2003). Effectieve jeugdzorg: Veel onderzochte doelgroepen en interventies. In C. Konijn (Red.), *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg* (pp. 7-16). Utrecht: NIZW.
- \*Kooijman, K., & Prinsen, B. (2003). *Metten + delen: Signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties in de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Kooijman, K., & Prinsen, B. (2004). Signaleren = meten + delen: Zorgwekkende opvoedingssituaties in de jeugdgezondheidszorg. *Tijdschrift over Kindermishandeling*, 18(2), 7-11.
- Kooy, G.A. (Red.) (1985). *Gezinsgeschiedenis: Vier eeuwen gezin in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Kovacs, M. (1985). *The Children's Depression Inventory (CDI)*. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 995-998.

- \*Lagerberg, D. (2000). Secondary prevention in child health: Effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables. *Acta Paediatrica: Supplement*, 434, 43-52.
- Lambermon, M.W.E., & Van IJzendoorn, M.H. (1981). Over de appel en de boom: Intergenerationele overdracht bij verwaarlozing en mishandeling in gehechtheidstheoretisch perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 7, 66-82.
- Lewis, D.O. (1992). From abuse to violence: Psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 383-391.
- Lewis, R.J., Dlugokinski, E.L., Caputo, L.M., & Griffin, R.B. (1988). Children at risk for emotional disorder: Risk and resource dimensions. *Clinical Psychology Review*, 8, 417-440.
- \*Lösel, F., & Beelmann, A. (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: A systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 84-109.
- \*Lutzke, J.R., Ayers, T.S., Sandler, I.N., & Barr, A. (1997). Risks and interventions for the parentally bereaved child. In S.A. Wolchik, & I.N. Sandler (Eds.), *Handbook of Children's Coping: Linking Theory and Intervention* (pp. 215-243). New York: Plenum Press.
- Masten, A.S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In B.B. Lahey & A.A. Kazdin (Red.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8, pp. 1-51). New York: Plenum.
- \*Melief, W., Verkuy, L., & Flikweert, M. (2000). *Services available in the Netherlands for young persons who have experiences sexual abuse and sexual violence: National report for the Netherlands Daphne Project 'Counselling and support services for young people aged 12-16 years, who have experienced sexual abuse'*. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.
- \*Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J., & Muller, N. (2006). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: Institute of Medicine. National Academy Press.
- Muris, P., Dreessen, L., Bogels, S., Weckx, M., & Van Melick, M. (2004). A questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 813-820.
- \*Mytton, J., DiGiuseppi, C., Gough, D., Taylor, R., & Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- Neppelenbroek, S.E., Van Wijngaarden, J.C.M., Lim-Feijen, J.F., Van Leerdam, F.J.M., Raat, H., & HiraSing, R.A. (2005). *Update Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Utrecht, Amsterdam, Rotterdam, Leiden: GGD Nederland, Z-org, Vrije Universiteit medisch centrum, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit, TNO Kwaliteit van Leven.
- \*Nylen, K.J., Moran, T.E., Franklin, C.L., & O'Hara, M.W. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 27, 327-343.
- \*Oates, R.K., & Bross, D.C. (1995). What have we learned about treating child physical abuse? A literature review of the last decade. *Child Abuse and Neglect*, 19, 463-473.
- Operatie Jong (2004). *Operatie Jong: Sterk en resultaatgericht voor de jeugd*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.
- Orlandi, M.A., Landers, C., Weston, R., & Haley, N. (1990). Diffusion of health promotion innovations. In: K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research and practice* (pp. 288-313). San Fransisco: Jossey-Bass.

- Paulussen, Th.G.W. (1994). *Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools*. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education (Academisch proefschrift).
- Peeters, H., Dresen-Coenders, L., & Brandenburg, T. (Red.)(1994). *Vijf eeuwen gezinsleven: Liefde, huwelijk en opvoeding in Nederland* [Tweede druk]. Nijmegen: SUN.
- Pentz, M.A., Mares, D., Schinke, S., & Rohrbach, L.A. (2004). Political science, public policy, and drug use prevention. *Substance Use & Misuse*, 39, 1821-1865.
- \*Peters, R., & Barlow, J. (2003). Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review*, 12, 416-439.
- Prior, M. (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 249-279.
- \*Prinsen, B. (2006). *Dat gaat werken: Van veelbelovende praktijken op weg naar effectieve opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Prinsen, B., & De Vries, W. (2005). *Ouders ondersteunen in de jeugdgezondheidszorg: De stand van zaken van opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg anno 2005*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- \*Ramey, C.T., & Ramey, S.L. (1998). Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. *Preventive Medicine*, 27, 224-232.
- \*Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 21, 669-680.
- \*Reijneveld, S.A., Stiggelbout, M., Swagerman-Van Hees, M.B., & Brugman, E. (2000). *Verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en: Aanbeveling over signalering en preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- \*Reijneveld, S.A., & Vogels, A.G.C. (2005). Vragenlijsten voor psychosociale problemen in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg. In A.J.M. Bonnet-Beusers, R.A. Hirasig, K. Hoppenbrouwers, H.B.M. Rensen, & M.M. Wagenaar-Fisher (Red.), *Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg* (I 2.5: 1-15). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Reijneveld, S.A., Vogels, A.G.C., Hoekstra, F., & Crone, M.R. (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *British Medical Journal Public Health*, 6(197).
- Rice, C., Newman, F., Londono, S., & Lopez, M. (2003, January). *Identifying empirically supported therapeutic interventions: Meta-analytic approaches*. Paper presented at the 7<sup>th</sup> annual conference of the Society for Social Work and Research, Washington, DC.
- Riksen-Walraven, J.M.A. (1988). Sociale ondersteuning en competentie: Een vicieuze spiraal? In P.P. Goudena, J.H.A. Groenendaal, & F.A. Swets-Gronert (Red.), *Kind in geding: Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen* (pp. 47-61). Amersfoort: Acco.
- \*Roberts, I., Kramer, M.S., & Suissa, S. (1996). Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 312, 29-33.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- \*Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 223-241.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 45, 486-495.
- Sameroff, A.J. (1985). Environmental factors in the early screening of children at risk. In W. Frankenburg, R. Emde, & J. Sullivan (Red.), *Early identification of children at risk* (pp. 21-44). New York: Plenum Press.

- Sameroff, A.J., & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. Horowitz & M. Hetherington (Red.), *Review of child development research*, 4 (pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64, 80-97.
- \*Sandler, I.N., Ayers, T.S., & Dawson-McClure, S. (in druk). Children suffering from family disruption: Separation, divorce and parental death. In C. Hosman, E. Jane-Llopis, & S. Saxena (Eds.), *Evidence-Based Prevention of Mental Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Sandler, I.N., Tein, J.-Y., Metha, P., Wolchik, S.A., & Ayers, T.S. (2000). Coping efficacy and psychological problems of children of divorce. *Child Development*, 71, 1099-1118.
- \*Saywitz, K.J., Mannarino, A.P., Berliner, L., & Cohen, J.A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55, 1040-1049.
- \*Scott, J.T. Harmsen, M., Pricor, M.J., Sowden, A.J., & Watt, I. (2006). Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- \*Scott, J.T., Pricor, M.J., Harmsen, M., Broom, A., Entwistle, V., Sowden, A., & Watt, I. (2006). Interventions for improving communication with children and adolescents about a family member's cancer (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- Shorter, E. (1975). *The making of the modern family*. New York: Basic Books.
- \*Skowron, E., & Reinemann, D.H. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 52-71.
- \*Stathakos, P., & Roehrl, B. (2003). The effectiveness of intervention programmes for children of divorce: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Promotion*, 5, 31-37.
- \*Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130, 206-227.
- Swets-Gronert, F.A. (1988). Kinderlijk temperament en ontwikkeling: Een afstemmingsproces. In P.P. Goudena, J.H.A. Groenendaal, & F.A. Swets-Gronert (Red.), *Kind in geding: Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen* (pp. 17-37). Amersfoort: Acco.
- The Cochrane Collaboration (2002). Meta-analysis of continuous data: Measuring the effect of treatment. *The Cochrane Collaboration open learning material*, A1. Verkregen van <http://www.cochrane-net.org/openlearning/HTML/modA1-A4.htm> op 12 oktober 2006.
- \*Thomlison, B. (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*, 82, 541-569.
- \*Tremblay, R.E., & Japel, C. (2003). Prevention during pregnancy, infancy, and the preschool years. In D.P. Farrington, & J.W. Coide (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp. 205-242). Cambridge: University Press.
- \*Valenkamp, M.W., Verhulst, F.C., & De Ruiter, C. (2006). Signaleringslijsten psychische problematiek bij jeugdigen. *Kind en Adolescent*, 27, 4-30.
- Van Eijck, S.R.A. (2006). *Sturingsadvies Deel 1: Koersen op het Kind*. Verkregen van [http://www.hetkenniscentrum.nl/binaries/kcgs/bulk/publicatie/2006/4/sturingsadvies\\_operatie\\_jong\\_g\\_-\\_printversie.pdf](http://www.hetkenniscentrum.nl/binaries/kcgs/bulk/publicatie/2006/4/sturingsadvies_operatie_jong_g_-_printversie.pdf) op 24 november 2006.
- \*Van IJzendoorn, M.H., Juffer, F., & Duyvesteyn, M.G.C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225-248.
- Van IJzendoorn, M.H., Kranenburg, M.J., Zwart-Woudstra, H.A., Van Busschbach, A.M., & Lambermon, M.W.E. (1991). Gehechtheid over meer generaties: De gehechtheid van de ouder, de gehechtheid van het kind en diens sociaal-emotionele ontwikkeling. *Kind en Adolescent*, 12, 87-97.
- Van Yperen, T.A. (1994). Problemen in de ontwikkeling van kinderen. In J. Rispen, P.P. Gouden, & J.J.M. Groenendaal (Red.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (pp. 71-89). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- \*Verdurmen, J., Van Oort, M., Meeuwissen, J., Ketelaars, T., De Graaf, I., Cuijpers, P., De Ruiter, C., & Vollebergh, W. (2003). *Effectiviteit van preventieve interventies gericht op jeugdigen: De stand van zaken. Een onderzoek naar de effectiviteit van in Nederland uitgevoerde preventieve programma's gericht op kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- \*Vermeij, A., Van der Wel, J., & Krooneman, P.J. (2005). *Inventarisatie hulpaanbod bij (echt)scheiding en omgang: Eindrapport*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
- \*Vogels, A.G.C., Crone, M.R., Hoekstra, F., & Reijneveld, S.A. (2005). *Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar: Samenvatting*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

- \*Vogels, A.G.C., Jacobusse, G.W., Chablani, R.K.R.R., Hilgersom, M.J.C., & Rövekamp, A.J.M. (2006, April). *Betere vroegsignalering door de JGZ van psychosociale problemen bij jongeren door Computerized Adaptive Testing?* Poster gepresenteerd op het Nederlands Congres Volksgezondheid, Rotterdam.
- Watkins, B., & Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 197-248.
- Wels, P.M.A., & Robbroeckx, L.M.H. (1989). *Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOs- 3<sup>de</sup> versie)*. Onderzoeksrapport, Katholieke Universiteit Nijmegen, Instituut voor Orthopedagogiek, Nijmegen.
- Wels, P.M.A., & Robbroeckx, L.M.H. (1996). *NVOs: Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wernand, J.J. (1986). Gekwetste ouders, kwetsbare kinderen? De invloed van ouderlijke psychopathologie op kinderen: Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 687-718.
- Wiefferink, C.H., Reijneveld, S.A., De Wijs, J., Swagerman, M., Campman, D., & Paulussen, T.G.W. (2006). Screening for psychosocial problems in 5-6 year olds: A randomised controlled trial of routine health assessments. *Patient Education and Counseling*, 60, 57-65.
- \*Wilson, S.J., Lipsey, M.W., & Derzon, J.H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136-149.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)/ TNO.

## A Referenties signaleringsinstrumenten en interventies<sup>84</sup>

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for Teacher's Report form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., Phares, V., Howell, C.T., Rauh, V.A., & Nurcombe, B. (1990). Seven-year outcome of the Vermont Intervention Program for low-birthweight infants. *Child Development, 61*, 1672-1681.
- Achenbach, T.M., Howell, C.T., Aoki, M.F., & Rauh, V.A. (1993). Nine-year outcome of the Vermont Intervention Program for low birth weight infants. *Pediatrics, 91*, 45-55.
- Agathonos, H. (1995). *Secondary prevention of child maltreatment: The early identification of families in need for support*. Paper gepresenteerd op het IVE EUSARF Congres, Leuven.
- Aktan, G.B., Kumpfer, K.L., & Turner, C.W. (1996). Effectiveness of a family skills training program for substance use prevention with inner city African-American families. *Substance Use and Misuse, 31*, 157-175.
- Allart-Van Dam, E. (2003). *Indicated prevention of depression and prediction of outcome: The Coping with Depression Course*. Unpublished doctoral thesis, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Alpert-Gillis, L.J., Pedro-Carroll, J., & Cowen, E.L. (1989). The Children of Divorce Intervention Program: Development, implementation, and evaluation of a program for young urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 583-589.
- Anderson, R.F., Kinney, J., & Gerler, E.R. (1984). The effects of divorce groups on children's classroom behaviour and attitudes toward divorce. *Elementary School Guidance and Counselling, 19*, 70-76.
- Andrews, D.W., Soberman, D., & Dishion, T.J. (1995). The adolescent transitions program for high-risk teens and their parents: Toward a school-based intervention. *Education and Treatment of Children, 18*, 478-498.
- Anisfeld, E., Casper, V., Nozyce, M., & Cunningham, N. (1990). Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Development, 61*, 1617-1627.
- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*. Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- Armstrong, K.A. (1981). A treatment and education program for parents and children who are at-risk of abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 5*, 167-175.
- Avison, W.R., Turner, R.J., & Noh, S. (1986). Screening for problem parenting: Preliminary evidence on a promising instrument. *Child Abuse and Neglect, 10*, 157-170.
- Ayoub, C.C., Willett, J.B., & Robinson, D.S. (1992). Families at risk of child maltreatment: Entry-level characteristics and growth in family functioning during treatment. *Child Abuse and Neglect, 16*, 495-511.
- Baeten, P. (2002). *Meldcode Kindermishandeling: Richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Baeten, P., Kooijman, K., & Rovers, P. (2000). *Meersporenbeleid in beweging: Ontwikkelingen in de aanpak van seksuele mishandeling*. Utrecht: NIZW.

<sup>84</sup> Verwijzingen naar signaleringsinstrumenten en interventies zoals opgenomen in de overzichtsstudies.

- Baeten, P.A.C.M., Zwikker, M.C., Baartman, H., & Janssen, C. (2000). *Verder met CLAS: Resultaten en overdraagbaarheid van contextuele hulpverlening na seksueel geweld*. Utrecht: NIZW.
- Bagley, C., & LaChance, M. (2000). Evaluation of a family-based programme for the treatment of child sexual abuse. *Child and Family Social Work, 5*, 205-213.
- Baider, L. & De-Nour, A.K. (1989). Group therapy with adolescent cancer patients. *Journal of Adolescent Health Care, 10*, 35-38.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M.H. (1998). Interventions with videofeedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference. *Infant Mental Health Journal, 19*, 202-219<sup>85</sup>.
- Barnard, K.E., Magyary, D., Sumner, G., Booth, C.L., Mitchell, S.K., & Spieker, S. (1988). Prevention of parenting alterations for women with low social support. *Psychiatry, 51*, 248-253.
- Barnett, B., Blignault, I., Holmes, S., Payne, A., & Parker, G. (1987). Quality of attachment in a sample of 1-year-old Australian children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 303-307.
- Barrera, M.E., Rosenbaum, P.L., & Cunningham, C.E. (1986). Early home intervention with low-birth-weight infants and their parents. *Child Development, 57*, 20-33.
- Barth, R.P. (1991). An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. *Child Abuse and Neglect, 15*, 363-375.
- Barth, R.P., Blythe, B.J., Schinke, S.P., & Schilling, R.F. (1983). Self-control training with maltreating parents. *Child Welfare, 62*, 313-325.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E.J., & Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics, 112*, 119-131.
- Beardslee, W.R., Versage, E., & Gladstone, T.R.G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1134-1141.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M., Wright, E.J., Salt, P., Rothberg, P.C., Drezner, K., & Gladstone, T.R. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. *Development and Psychopathology, 9*, 109-130.
- Beardslee, W.R., Wright, E.J., Rothberg, P.C., Salt, P., & Versage, E.M. (1996). Response of families to two preventive intervention strategies: Long-term differences in behavior and attitude change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 774-782.
- Beardslee, W.R., Wright, E.J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T.R.G., Versage, E.M., & Rothberg, P.C. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 57-87.
- Beckwith, L. (1988). Intervention with disadvantaged parents of sick preterm infants. *Psychiatry, 51*, 242-247.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., & Morris, T.L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1072-1080.
- Berger, M., & Spanjaard, H. (1996). *Families First: Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Utrecht: NIZW.
- Beurskens, M., & Siebes, R. (1998). *KOPP-op! Evaluatie-onderzoek naar het effect van de KOPP gespreksgroepen voor adolescenten*. Ongepubliceerde doctoraal scriptie, Universiteit Utrecht, Utrecht.

<sup>85</sup> Inmiddels zijn resultaten voor de gehele steekproef op korte en langere termijn gepubliceerd in:

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M.H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology, 20*, 266-274.

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Van IJzendoorn, M.H., Mangelsdorf, S.C., & Zevalkink, J. (2006). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal, 27*, 466-493.



- Bierman, K.L., & Furman, W. (1984). The effects of social skills training with children: Proceed with caution. *Child Development, 55*, 151-162.
- Black, D., & Urbanowicz, M.A. (1985). Bereaved children family intervention. In J.E. Stevenson (Ed.), *Recent Research in Developmental Psychopathology* (pp. 179-187). Oxford: Pergamon.
- Black, M.M., Nair, P., Kight, C., Wachtel, R., Roby, P., & Schuler, M. (1994). Parenting and early development among children of drug-abusing women: Effects of home intervention. *Pediatrics, 94*, 440-448.
- Black, M.M., Teti, L.O. (1997). Promoting mealtime communication between adolescent mothers and their infants through videotape. *Pediatrics, 99*, 432-437.
- Blonk, R.W., Prins, P.J., Sergeant, J.A., Ringrose, J., & Brinkman, A. (1996). Cognitive-behavioral group therapy for socially incompetent children: Short-term maintenance effects with a clinical sample. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 215-224.
- Boom, M. (1997). "Omgaan met Pubers": Evaluatie-onderzoek naar een cursus voor ouders van adolescenten. Doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen. Enschede: RIAGG.
- Bornstein, M.T., Bornstein, P.H., & Walters, H.A. (1988) Children of divorce: Empirical evaluation of a group-treatment program. *Journal of Clinical Child Psychology, 17*, 248-254.
- Bos, C.A., Van Ede, J., Maarsingh, E.J., & Lako, C.J. (1998). De ontwikkeling van de KIVPA: De Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg, 30*, 56-61.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., Fleming, J.E., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario Child Health Study scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 189-213.
- Bradley, R.H., Caldwell, B.M., Fitzgerald, J.A., Morgan, A.G., & Rock, S.L. (1986). Behavioral competence of maltreated children in child care. *Child Psychiatry and Human Development, 16*, 171-193.
- Braswell, L., August, G.R., Bloomquist, M.L., Realmuto, G.M., Kare, S.S., & Crosby, R.D. (1997). School-based secondary prevention for children with disruptive behavior: Initial outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*, 197-208.
- Braver, S.L., Griffin, W.A., & Cookston, J.T. (2005). Prevention programs for divorced non-resident fathers. *Family Court Review, 43*, 81-96.
- Brayden, R.M., Altemeier, W.A., Dietrich, M.S., Tucker, D.D., Christensen, M.J., McLaughlin, F.J., & Sherrod, K.B. (1993). A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *The Journal of Pediatrics, 122*, 511-516.
- Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., Irwin, J.R., Wachtel, K., & Cicchetti, D.V. (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology, 29*, 143-155.
- Brinich, E., Drotar, D., & Brinich, P. (1989). Security of attachment and outcome of preschoolers with histories of nonorganic failure to thrive. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 142-152.
- Brooks-Gunn, J., Gross, R.T., Kraemer, H.C., Spiker, D., & Shapiro, S. (1992). Enhancing the cognitive outcomes of low birth weight, premature infants: For whom is the intervention most effective? *Pediatrics, 89*, 1209-1215.
- Brooks-Gunn, J., Liaw, F., & Klebanov, P.K. (1992). Effects of early intervention on cognitive function of low birth weight preterm infants. *Journal of Pediatrics, 120*, 350-359.
- Browne, K., & Saqi, S. (1988). Approaches to screening for child abuse and neglect. In K. Browne, C. Davies, & P. Stratton (Eds.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*. Chichester: Wiley.
- Brunk, M., Henggeler, S.W., & Whelan, J.P. (1987). Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 171-178.
- Burch, G., & Mohr, V. (1980). Evaluating a child abuse intervention program. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, 61*, 90-100.

- Burke, D.M., & Van de Streek, L. (1989). Children of divorce: An application of Hammond's group counseling for children. *Elementary School Guidance and Counselling*, 24, 112-118.
- Butz, A.M., Lears, M.K., O'Neil, S., & Lukk, P. (1998). Home intervention for in utero drug-exposed infants. *Public Health Nursing*, 15, 307-318.
- Butz, A.M., Pulsifer, M., Marano, N., Belcher, H., Lears, M.K., & Royall, R. (2001). Effectiveness of a home intervention for perceived child behavioral problems and parenting stress in children with in utero drug exposure. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 1029-1037.
- Cardemil, E.V., Reivich, K.J., & Seligman, M.E.P. (2002). The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle-school students. *Prevention and Treatment*, 5, Article 8. Retrieved from <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050008a.html>.
- Carter, A., Briggs-Gowan, M., Jones, S., & Little, T. (2003). The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 495-514.
- Casement, M.R. (1988). Out of the darkness: Informing the public about inherited vulnerability to alcoholism. *Alcohol Health and Research World, Winter 1987/88*, 114-119.
- Catalano, R.F., Gainey, R.R., Fleming, C.B., Haggerty, K.P., & Johnson, N.O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: 1-Year follow-up of the Focus on Families Project. *Addiction*, 94, 241-254.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: An evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 1-16.
- Center of Child Abuse Prevention Research (1996). *Intensive home visitation: A randomized trial, follow-up and risk assessment study of Hawaii's Health Start program: final report prepared for the National Center on Child Abuse and Neglect, June 15, 1996*. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse.
- Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., e.a. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510.
- Cherry, V.R., Belgrave, F.Z., Jones, W., Kennon, D.K., Gray, F.S., & Phillips, F. (1998). NTU: An Africentric approach to substance abuse prevention among African American Youth. *Journal of Primary Prevention*, 18, 319-339.
- Christoff, K.A., Scott, W.O.N., Kelley, M.L., Schlundt, D., Baer, G., & Kelly, J.A. (1985). Social Skills and social problem-solving training for shy young adolescents. *Behavior Therapy*, 16, 468-477.
- Christopher, J.S., Hansen, D.J., & MacMillan, V.M. (1991). Effectiveness of a peer-helper intervention to increase children's social interactions: Generalization, maintenance, and social validity. *Behavior Modification*, 15, 22-50.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 135-148.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., & Rogosch, F.A. (1999). Toddler-parent psychotherapy as a preventive intervention to alter attachment organization in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development*, 1, 34-66.
- Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 441-454.
- Clarke, S.H., & Campbell, F.A. (1997). *The Abecedarian Project and youth crime*. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
- Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., & Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.

- Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E., & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 115-131.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Cohen, N.J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., & Parker, C.J., Barwick, M.B., & Brown, M. (1999). Watch, Wait and Wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1992). A developmental and clinical model for the prevention of conduct problems: I. The FAST Track Program. *Development and Psychopathology*, 4, 509-527.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2000). Merging universal and indicated prevention programs: The FAST Track model. *Addictive Behaviors*, 25, 913-927.
- Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J.D.A., & Epstein, J.N. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257-268.
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Cowen, E.L., Hightower, A.D., Pedro-Carroll, J.L., Work, W.C., Wyman, P.A., & Haffey, W.G. (1996). *School-based prevention for children at risk: The Primary Mental Health Project*. Washington: American Psychological Association.
- Crijnen, A.A., Achenbach, T.M., & Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.
- Crossman, S.M., & Adams, G.R. (1980). Divorce, single parenting, and child development. *Journal of Psychology*, 106, 205-217.
- Cuijpers, P. (1998). A psycho-educational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's 'Coping with Depression' course. *Behavior Therapy*, 29, 521-533.
- Cullinan, R. (1991). Health visitor intervention in postnatal depression. *Health Visitor*, 64, 412-414.
- Culp, R.E., Heide, J., & Richardson, M.T. (1987). Maltreated children's developmental scores: Treatment versus non treatment. *Child Abuse and Neglect*, 11, 29-34.
- Culp, R.E., Little, V., Letts, D., & Lawrence, H. (1991). Maltreated children's self-concept: Effects of a comprehensive treatment program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 114-121.
- Culp, R.E., Richardson, M.T., & Heide, J. (1987). Differential developmental progress of maltreated children in day treatment. *Social Work*, 32, 497-499.
- Dadds, M.R., Spence, S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M., & Laurens, K.R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- Dakof, G.A., Quille, T.J., Tejada, M.J., Alberga, L.R., Bandstra, E., & Szapocznik, J. (2003). Enrolling and retaining mothers of substance-exposed infants in drug abuse treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 764-772.
- Damen, H.R., & Veerman, J.W. (2004). Werkt het zoals bedoeld? Betekenisvolle en bruikbare interventiecomponenten van het Innovatieprogramma Jeugdzorg Limburg. *Kind en Adolescent*, 25(1), 22-37.

- Davis, R.B., Wolfe, H., Orenstein, A., & Bergamo, P. (1994). Intervening with high risk youth: A program model. *Adolescence*, 29, 763-774.
- Dawson, P., Van Doorninck, W.J., & Robinson, J.L. (1989). Effects of home based, informal social support on child health. *Journal of Developmental and Behavior Pediatrics*, 10, 63-67.
- Deblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks: SAGE.
- Deblinger, E., Lippman, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1371-1378.
- De Brock, A.J.L.L., Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M., & Abidin, R.R. (1992). *NOSI, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index: Handleiding*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- De Jong, R., & Koster, D. (1991). *Effecten van Gordon-cursussen: Een onderzoek naar gerapporteerde cursuseffecten. Eindrapport*. Groningen: RION Instituut voor Onderwijsonderzoek, Rijksuniversiteit Groningen.
- De Kemp, R.A.T., Veerman, J.W., & Ten Brink, L.T. (1998). *Evaluatie-onderzoek Families First Nederland: Een bundeling van deel een tot en met vijf*. Utrecht: NIZW.
- DeMarsh, J., & Kumpfer, K.L. (1986). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescents. In S. Griswold-Ezekoye, K.L. Kumpfer, & W.J. Bukoski (Eds.), *Childhood and Chemical Abuse: Prevention and Intervention*. New York: Haworth Press.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- De Ruiter, A. (1999). *Let op de Kleintjes: Handleiding voor psycho-educatie aan kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld in relaties*. Utrecht: TransAct.
- De Ruiter, C., & Pollman, P. (2003). De risico's van kindermishandeling. *Tijdschrift over Kindermishandeling*, 17, 18-20.
- De Vries, J. (2003). *Innovatietraject, naar een vraaggestuurde Ouder- en Kindzorg*. Delft: Maatzorg/De Werven.
- De Vroom, J.M.A.W. (1997). *Effecten van Kortdurende Beeldcommunicatie*. Ongepubliceerd proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden, Leiden.
- DiCicco, L., Davis, R.B., Travis, J., & Orenstein, A. (1983). Recruiting children from alcoholic families into a peer education program. *Alcohol Health and Research World, Winter 1983/84*, 28-34.
- DiCicco, L., Davis, R.B., Hogan, J., MacLean, A., & Orenstein, A. (1984). Group experiences for children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World, Summer 1984*, 20-24.
- Dishion, T.J., & Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 538-548.
- Dishion, T.J., Andrews, D.W., Kavanagh, K., & Soberman, L.H. (1996). Preventive interventions for high-risk youth: The adolescent transitions program. In R. D. Peters, & R. McMahon (Eds.), *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse and Delinquency* (pp. 184-214). Thousands Oaks: Sage.
- Dolgin, M.J., Somer, E., Zaidel, N., & Zaizov, R. (1997). A structured group intervention for siblings of children with cancer. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 7, 3-18.
- Dragone, M.A., Bush, P.J., Jones, J.K., Bearison, D.J., & Kamani, S. (2002). Development and evaluation of an interactive CD-ROM for children with leukemia and their families. *Patient Education and Counseling*, 46, 297-307.

- Duggan, A.K., McFarlane, E.Y., Windham, A.M., Rohde, C., Salkever, D., Fyddy, L., Rosenberg, L., Buchbinder, S., & Sia, C.C.J. (1999). Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children, 9*, 66-90.
- Ede, J.V., Rover, C.D., Verhappen, M.J., & Vries-Lequin, I.D. (2003). *PSYBOBA: Een pilotstudy naar de mogelijkheden van gebruik van een signaleringsinstrument voor Psychosociale Problematiek in de Bovenbouw van het Basisonderwijs*. Utrecht: GGD Nederland.
- Egan, K. (1983). Stress management and child management with abusive parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 12*, 292-299.
- Eggert, L.L., Seyl, C.D., & Nicholas, L.J. (1990). Effects of a school-based prevention program for potential high school dropouts and drug abusers. *International Journal of the Addictions, 25*, 773-801.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R., & Nicholas, L.J. (1994a). Prevention research program: Reconnecting at-risk youth. *Issues in Mental Health Nursing, 15*, 107-135.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R., Nicholas, L.J., & Dicker, B.G. (1994b). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through and intensive school-based social network development program. *American Journal of Health Promotion, 8*, 202-215.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R., & Nicholas, L.J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*, 276-296.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996a). Use and development of the Rutter parents' and teachers' scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 6*, 63-78.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996b). An update in the status of the Rutter parents' and teachers' scales. *Child Psychology and Psychiatry Review, 1*, 31-35.
- Elmer, E. (1986). Outcome of residential treatment for abused and high-risk infants. *Child Abuse and Neglect, 10*, 351-360.
- Emery, R.E., Sbarra, D., & Grover, T. (2005). Divorce mediation: Research and reflections. *Family Court Review. Special Issue on Prevention: Research, Policy, and Evidence-Based Practice, 43*, 22-37.
- Emshoff, J.G. (1990). A preventive intervention with children of alcoholics. *Prevention in Human Services, 7*, 225-254.
- Erickson, M.F., Korfmacher, J., & Egeland, B. (1992). Attachments past and present: Implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Development and Psychopathology, 4*, 495-507.
- Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). *ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory and SESBI-R: Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Fantuzzo, J.W., Jurecic, L., Stovall, A., Hightower, A.D., Goins, C., & Schachtel, D. (1988). Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 34-39.
- Fantuzzo, J., Sutton-Smith, B., Atkins, M., & Meyers, R. (1996). Community-based resilient peer treatment of withdrawn maltreated preschool children. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 64*, 1377-1386.
- Favara-Scacco, C., Smirne, G., Schiliro, G., & Di Cataldo, A. (2001). Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Medical and Pediatric Oncology, 36*, 474-480.
- Feil, E.G., & Becker, W.C. (1994). Investigation of a multiple-gated screening system for preschool behavior problems. *Behavioral Disorders, 19*, 44-55.
- Feil, E.G., Severson, H.H., & Walker, H.M. (1998). Screening for emotional and behavioral delays: The Early Screening Project. *Journal of Early Intervention, 21*, 252-266.

- Feil, E.G., Walker, H.M., Severson, H.H., & Ball, A. (2000). Proactive screening for emotional/behavioral concerns in Head Start preschools: Promising practices and challenges in applied research. *Behavioral Disorders, 26*, 13-25.
- Field, T., Grizzle, N., Scafidi, F., Abrams, S., & Richardson, S. (1996). Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 19*, 107-112.
- Field, T., Pickens, J., Prodromidis, M., Malphrus, J., Fox, N., Bendell, D., Yando, R., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2000). Targeting adolescent mothers with depressive symptoms for early intervention. *Adolescence, 35*, 381-414.
- Field, T., Martinez, A., Nawrocki, T., Pickens, J., Fox, N. & Schanberg, S. (1998). Music shifts frontal EEG in depressed adolescents. *Adolescence, 33*, 109-116.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1408-1423.
- Fisher, P.A., & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional treatment foster care: A program for intensive parenting, family support, and skill building. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*, 155-164.
- Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 711-724.
- Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (2002). Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples. IN J.B. Reid, G.R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and the Oregon model for intervention* (pp. 235-256). Washington: American Psychological Association.
- Forman, D.R., O'Hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L., Larsen, K., & Coy, K.C. (2005). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. Submitted for publication.
- Forsyth, K.M. (2001). The design and implementation of a depression prevention program. Doctoral dissertation, University of Rhode Island. *Dissertation Abstracts International, 61*(12), 6704B. (UMI No. 9999536)
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14*, 387-422.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1987). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In L. Fraiberg (Ed.), *Selected Writings of Selma Fraiberg* (pp. 100-136). Columbus: Ohio State University Press.
- Freres, D.R., Gillham, J.E., Hamilton, J.D., & Patton, K. (2002, October). *Preventing depressive symptoms in early adolescence: 2-year follow-up of a randomized trial*. Poster presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Francisco.
- Freres, D.R., Gillham, J.E., Reivich, K., Shatté, A., & Seligman, M.E.P. (2002, October). *Preventive depressive symptoms: Piloting a parent component to the Penn Resiliency Program*. Poster presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Francisco.
- Frick, S.B., & DelPo, E.G. (1986). Play behaviors of children undergoing bone marrow aspiration. *Journal of Psychosocial Oncology, 4*, 69-77.
- Fritz, J.J., Miller-Heyl, J., Kreutzer, J.C., & MacPhee, D. (1995). Fostering personal teaching efficacy through staff development and classroom activities. *Journal of Educational Research, 88*, 200-208.
- Furman, W., Rahe, D.F., & Hartup, W.W. (1979). Rehabilitation of socially withdrawn preschool children through mixed-age and same-age socialization. *Child Development, 50*, 915-922.
- Gabel, S., Finn, M., & Ahmed, A. (1988). Day treatment outcome with severely disturbed children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 479-482.

- Gabel, S., Swanson, A.J., & Shindledecker, R. (1990). Aggressive children in a day treatment program: Changed outcome and possible explanations. *Child Abuse and Neglect*, 14, 515-523.
- Gabinet, L. (1979). Prevention of child abuse and neglect in inner-city population: The program and the results. *Child Abuse and Neglect*, 3, 809-817.
- Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (1996). *Early childhood inventories manual*. Stony Brooks: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D., & Sprafkin, K. (1999). *Youth's Inventory 4 manual*. Stony Brooks: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D., & Sprafkin, K. (2002). *Child Symptom Inventory 4 screening and norms manual*. Stony Brooks: Checkmate Plus.
- Gaudin, J.M., Wodarski, J.S., Arkinson, M.k., & Avery, L.S. (1990). Remedying child neglect: Effectiveness of social network interventions. *Journal of Applied Social Science*, 15, 97-123.
- Gelfand, D.M., Teti, D.M., Seiner, S.A., & Jameson, P.B. (1996). Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 406-422.
- Gershater-Molko, R.M., Lutzker, J., & Sherman, J. (2002). Intervention in child neglect: An applied behavioral perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 103-124.
- Gillham, J.E., Reivich, K.J., Jaycox, I.H., & Seligman, M.P.E. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351.
- Goedhart, A., Treffers, F., & Van Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.
- Goldberg, L., Elliot, D., Clarke, G.N., e.a. (1996a). Effects of a multidimensional anabolic steroid prevention intervention: The Adolescent Training and Learning to Avoid Steroids (ATLAS) program. *Journal of the American Medical Association*, 276, 1555-1562.
- Goldberg, L., Elliot, D., Clarke, G.N., e.a. (1996b). The Adolescent Training and Learning to Avoid Steroids (ATLAS) prevention program: Background and results of a model intervention. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 150, 713-721.
- Golub, J.S., Espinosa, M., Damon, L., & Card, J. (1987). A videotape parent education program for abusive parents. *Child Abuse and Neglect*, 11, 255-265.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Grant, T.M., Ernst, C.C., & Streissguth, A.P. (1996). An intervention with high-risk mothers who abuse alcohol and drugs: The Seattle Advocacy Model. *American Journal of Public Health*, 86, 1816-1817.
- Gray, J.D., Cutler, C.A., Dean, J.G., & Kempe, C.H. (1979). Prediction and prevention of child abuse and neglect. *Journal of Social Issues*, 35, 127-139.
- Gresham, F.M., & Elliot, s.N. (1990). *The Social Skills Rating System (SSRS)*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Grietens, H., Groenewegen, I., Hellinckx, W., Baartman, H.E.M., & Weglewski (1999). *Nederlandse vertaling van de Child Abuse Potential Inventory (CAPI)*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Afdeling Orthopedagogiek (interne publicatie).
- Guevremont, D.D., MacMillan, V.M., Shawchuck, C.R., & Hansen, D.J. (1989). A peer-mediated intervention with clinic-referred socially isolated girls. *Behavior Modification*, 13, 32-50.
- Guggenbühl, A. (1999). *Das Mythodrama: Eine empirische Untersuchung zu einem gruppentherapeutischen Verfahren bei Kindern aus Scheidungsfamilien*. Universität, Philosophische Fakultät I, Zürich, Switzerland, Edition IKM.
- Gutelius, M.F., Kirsch, A.D., MacDonald, S., Brooks, M.R., McErlean, T., & Newcomb, C. (1972). Promising results from a cognitive stimulation program in infancy: A preliminary report. *Clinical Pediatrics*, 11, 585-593.

- Gutelius, M.F., Kirsch, A.D., MacDonald, S., Brooks, & McErlean, T. (1977). Controlled study of child health supervision: Behavioral results. *Pediatrics*, 60, 294-304.
- Gwynn, C.A., & Brantley, H.T. (1987). Effects of a divorce group intervention for elementary school children. *Psychology in the Schools*, 24, 161-164.
- Hains, A.A. (1992). Comparison of cognitive-behavioral stress management techniques with adolescent boys. *Journal of Counseling and Development*, 70, 600-605.
- Hains, A.A., & Ellmann, S.W. (1994). Stress inoculation training as a preventative intervention for high school youths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 219-232.
- Hains, A.A., & Szyjakowski, M. (1990). A cognitive stress-reduction intervention program for adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 79-84.
- Hamby, S.L., & Finkelhor, D. (2001). *Choosing and using child victimization questionnaires: Juvenile Justice Bulletin – NCJ186027* (pp. 1-15). Washington, DC: US Government Printing Office.
- Hanrahan-Cahuzak, M.H. (2002). *Mum to Mum: An evaluation of a community-based health promotion programme for first-time mothers in the Netherlands*. Ongepubliceerd proefschrift, Wageningen Universiteit, Wageningen.
- Hardy, J.B., & Street, R. (1989). Family support and parenting education in the home: An effective extension of clinic-based preventive health care services for poor Children. *Journal of Pediatrics*, 115, 927-931.
- Hart, S., Field, T., Del Valle, C., & Letourneau, M. (1998). Infants protest their mothers' attending to an infant-size doll. *Social Development*, 7, 54-61.
- Hartman, C.A. (2001). *Schriftelijke vragenlijst basismeting* (voor intern gebruik). Groningen: Ariadne onderzoeksgroep, Disciplinegroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen/AZG.
- Hartman, C.A., Hox, J., Mellenbergh, G.J., Boyle, M., Offord, D., Racine, Y., e.a. (2001). DSM-IV internal construct validity: When a taxonomy meets data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 817-836.
- Healy, K., Kennedy, R., & Sinclair, J. (1991). Child physical abuse observed: Comparison of families with and without history of child abuse treated in an inpatient family unit. *British Journal of Psychiatry*, 158, 234-237.
- Heiney, S.P., Goon-Johnson, K., Ettinger, R.S., & Ettinger, S. (1990). The effects of group therapy on siblings of pediatric oncology patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 7, 95-100.
- Heiney, S.P., Ruffin, J., Ettinger, R.S., & Ettinger, S. (1988). The effects of group therapy on adolescents with cancer. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 5, 20-24.
- Hellinckx, W., Grietens, H., Geeraert, L., Moors, G., & Van Assche, V. (2001). *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak*. Leuven: Acco.
- Henggeler, S.W. (1998). *Multisystemic Therapy: Blueprints for violence prevention*. Boulder: University of Colorado, Centre for the Study and Prevention of Violence.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Hermanns, J., & Groen, H. (2005). *Pilot signaleringsinstrumenten HALT-bureaus*. Woerden: COACT Consult.
- Hermanns, J., Mordang, H., & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp thuis: Een alternatief voor uithuisplaatsing*. Amsterdam: SWP.
- Hett, G.G., & Rose, C.D. (1991). Counseling children of divorce: A divorce lifeline program. *Canadian Journal of Counseling*, 25, 38-49.
- Hinds, P.S., Quargnenti, A., Bush, A.J., Pratt, C., Fairclough, D., & Rissmiller, G., e.a. (2000). An evaluation of the impact of a self-care coping intervention on psychological and clinical outcomes in adolescents with newly diagnosed cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 4, 6-17.



- Holden, J.M., Sagovsky, R., & Cox, J.L. (1989). Counselling in a general practice setting: Controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298, 223-226.
- Hood, K., & Eyberg, S.M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mothers' reports on maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 419-429.
- Hops, H., Beickel, S.L., & Walker, H.M. (1976). *CLASS (contingencies for learning academic and social skills) program consultant manual*. Delray Beach: Educational Achievement Systems.
- Hornick, J.P., & Clarke, M.E. (1986). A cost/effectiveness evaluation of lay therapy treatment for child abusing and high risk parents. *Child Abuse and Neglect*, 10, 309-318.
- Houtzager, B.A., Grootenhuis, M.A., & Last, B.F. (2001). Supportive groups of siblings of pediatric oncology patients: Impact of anxiety. *Psycho-oncology*, 10, 315-324.
- Hudley, C., Britsch, B., Wakefield, W.D., Smith, T., Demorat, M., & Cho, S. (1998). An attribution retraining program to reduce aggression in elementary school students. *Psychology in Schools*, 35, 271-282.
- Hudley, C., & Graham, S. (1993). An attributional intervention to reduce peer-directed aggression among African-American boys. *Child Development*, 64, 124-138.
- Hughes, J., & Gottlieb, L. (2004). The effects of the Webster-Stratton Parenting Program on maltreating families: Fostering Strengths. *Child Abuse and Neglect*, 28, 1081-1097.
- Infant Health and Development Program: Gross, R.T., Spiker, D., Constantine, N.A., e.a. (1990). Enhancing the outcomes of low-birth-weight, premature infants. *Journal of the American Medical Association*, 263, 3035-3042.
- Irueste-Montes, A.M., & Montes, F. (1988). Court-ordered vs. voluntary treatment of abusive and neglectful parents. *Child Abuse and Neglect*, 12, 33-39.
- Jacobson, S.W., & Frye, K.F. (1991). Effect of maternal social support on attachment: Experimental evidence. *Child Development*, 62, 572-582.
- Janssens, J.M.A.M., & Kemper, A.A.M. (1996). Effects of video hometraining on parental communication and a child's behavioral problems. *International Journal of Child and Family Welfare*, 2, 137-148.
- Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Gillham, j., & Seligman, M.E.P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 384-397.
- Jellinek, M.S., & Murphy, J.M. (1988). Screening for psychosocial disorders in pediatric practice. *American Journal of Diseases in Children*, 142, 1153-1157.
- Jellinek, M.S., & Murphy, J.M. (1990). Use of the Pediatric Symptom Checklist in outpatient practice. *Current Problems in Pediatrics*, 20, 602-609.
- Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Little, M., Pagano, M.E., Comer, D.M., Kelleher, K.J. (1999). Use of the Pediatric symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 254-260.
- Johnson, D.L., & Breckenridge, J.N. (1982). The Houston Parent-Child Development Center and the primary prevention of behavior problems in young children. *American Journal of Community Psychology*, 10, 305-316.
- Johnson, F., Dowling, J., & Wesner, D. (1980). Notes on infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 1, 19-33.
- Johnson, Z., Howell, F., & Molloy, B. (1993). Community mother's programme: A randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *British Medical Journal*, 306, 1449-1452.
- Johnson, D.L., & Walker, T.T. (1987). Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology*, 15, 375-395.
- Juffer, F. (1993). *Verbonden door adoptie: Een experimenteel onderzoek naar hechting en competentie in gezinnen met een adoptiebaby*. Amersfoort: Academische Uitgeverij.

- Juffer, F., Duyvesteyn, M.G.C., & Van IJzendoorn, M.H. (1994, July). *Intervention in transmission of attachment across generations: A case study*. Poster presented at the Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, 27 June-2 July 1994, Amsterdam.
- Juffer, F., Hoksbergen, R.A.C., Riksen-Walraven, J.M., & Kohnstamm, G.A. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 1039-1050.
- Jupp, J.J., & Griffiths, M.D. (1990). Self-concept changes in shy, socially isolated adolescents following social skills training emphasizing role-plays. *Australian Psychologists*, 25, 165-177.
- Jupp, J.J., & Purcell, I.P. (1992). A school-based group programme to uncover and change the problematic beliefs of children from divorced families. *School Psychology International*, 13, 17-29.
- Kamphaus, R.W., Huberty, C.J., DiStefano, C., & Petoskey, M.D. (1997). A typology teacher-rated child behavior for a national U.S. sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 453-463.
- Kamphaus, R.W., Petoskey, M.D., Cody, A.H., Rowe, E.W., & Huberty, C.J. (1999). A typology of parent-rated child behavior for a national U.S. sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 607-616.
- Kartin, D., Grant, T.M., Streissguth, A.P., Sampson, P.D., & Ernst, C.C. (2002). Three-year developmental outcomes in children with prenatal alcohol and drug exposure. *Pediatric Physical Therapy*, 14, 145-153.
- Kashdan, T.B., & Herbert, J.D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61.
- Katz, E.R., Rubinstein, C.L., Hubert, N.C., & Blew, A. (1988). School and social reintegration of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 123-140.
- Kettinger, L.A., Nair, P., & Schuler, M.E. (2000). Exposure to environmental risk factors and parenting attitudes among substance-abusing women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 1-11.
- Kijlstra, M., Prinsen, B., & Schulpen, T. (2001). *Kwetsbaar jong: Een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties*. Utrecht: NIZW/WKZ.
- Kijlstra, M.A., Prinsen, B., & Schulpen, T.W.J. (2003). Kwetsbare kinderen: De eerste stap op weg naar signalering. *JGZ: Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 2, 22-25.
- Kiselica, M.S., Baker, S.B., Thomas, R.N., & Reedy, S. (1994). Effects of stress inoculation training on anxiety, stress, and academic performance among adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 335-342.
- Kitzman, H., Olds, D.L., Henderson, C.R., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., McConnochie, K.M., sidora, K., Luckey, D.W., Shaver, D., Engelhardt, K., Jamers, D., & Barnard, K. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries and repeated childbearing. *Journal of the American Medical Association*, 278, 644-652.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., e.a. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- Kolko, D. (1996). Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: Psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child Abuse and Neglect*, 20, 23-43.
- Koniak-Griffin, D., Verzemnieks, I., & Cahill, D. (1992). Using videotape instruction and feedback to improve adolescents' mothering behaviours. *Journal of Adolescent Health*, 13, 570-575.
- Kotelchuk, M. (1982). Child abuse and neglect: Prediction and misclassification. In R.H. Starr (Ed.), *Child Abuse Prediction: Policy Implications*. Cambridge: Ballinger.

- Kousemaker, N.P.J. (1997). *Onderkenning van psychosociale problematiek bij jonge kinderen*. Assen: Van Gorcum.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V., & Spoth, R. (1996). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. In R.D. Peters, & R.J. McMahon (Eds.), *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency*. Thousands Oaks: Sage.
- Kusche, C., & Greenberg, M. (1994). *The PATHS curriculum: Promoting Alternative Thinking Strategies*. Seattle: Developmental Research and Programs.
- LaFromboise, T. (1991). *Zuni Life Skill Development Curriculum*. Palo Alto: Stanford Health Promotion Resource Center.
- Lagges, A.M., & Gordon, D.A. (1999). Use of an interactive laserdisc parent training program with teenage parents. *Child and Family Behavior Therapy*, 21, 19-37.
- Lally, J.R., Mangione, P.L., & Honig, A.S. (1988). The Syracuse University Family Development Research Program: Long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In D.R. Powell (Ed.), *Advance in Applied Developmental Psychology: Parent Education as Early Childhood Intervention: Emerging Directions in Theory, Research, and Practice* (pp. 79-104, vol. 3). Norwood: Ablex Publishing.
- Lamb, J.M., Puskar, K.R., Sereika, M., & Corcoran, M. (1998). School-based intervention to promote coping in rural teens. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 23, 187-194.
- Lambermon, M.W.E., & Van Ijzendoorn, M.H. (1989). Influencing mother-baby interaction through videotaped or written instruction: Evaluation of a parent education program. *Early Childhood Research Quarterly*, 4, 449-459.
- Lamers-Winkelmann, F. (2000). Protocol behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik bij kinderen. In P. Prins, & N. Pameijer (Eds.), *Protocollen in de Jeugdzorg: Richtlijnen voor Diagnostiek, Indicietelling en Interventie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Land, H.M. (1986). Child abuse: Differential diagnoses, differential treatment. *Child Welfare*, 65, 33-44.
- Larson, C.P. (1980). Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. *Pediatrics*, 66, 191-197.
- Lealman, G.T., Haigh, D., & Philips, J.M., Stone, J., & Ord-Smith, C. (1983). Predicting and preventing child abuse: An empty hope? *Lancet* 25, 1423-1424.
- Leifer, M., Wax, L., Leventhal-Belfer, L., Fouchia, A., & Morrison, M. (1989). The use of multitreatment modalities in early intervention: A quantitative case study. *Infant Mental Health Journal*, 10, 100-116.
- Lewinsohn, P.M., Antoucci, D.O., Breckenridge, J.S., & Teri, L. (1984). *The Coping with Depression Course*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Lieberman, A.F., Weston, D.R., & Pawl, J.H. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 62, 199-209.
- Lochman, J.E. (1998). *Indicated prevention of substance use in high-risk boys*. Unpublished manuscript.
- Lochman, J.E., Burch, P.R., Curry, J.F., & Lampron, L.B. (1984). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 25, 915-916.
- Lochman, J.E., Coie, J.D., Underwood, M.K., & Terry, R. (1993). Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and nonaggressive, rejected children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1053-1058.
- Lochman, J.E., & Lenhart, L.A. (1993). Anger coping intervention for aggressive children: Conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review*, 13, 785-805.
- Lodewijks, H., De Ruiter, C., Dorelijers, T. (2003). Risicotaxatie en risicohertering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Directieve Therapie*, 23, 25-42.

- Lowenstein, L. (1983). Treatment of extreme shyness by implosive, counseling, and conditioning approaches. *Association of Educational Psychologists*, 6, 64-69.
- Lucas, C.P., Zhang, H., Fisher, P.W., Shaffer, D., Regier, D.A., Narrow, W.E., e.a. (2001). The DISC Predictive Scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 443-449.
- Lutzker, J.R., Bigelow, K.M., Doctor, R.M., & Kessler, M.L. (1998). Safety, health care, and bonding, within and ecobehavioral approach to treating and preventing child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 13, 163-185.
- Lutzker, J.R., & Rice, J.M. (1984). Project 12-ways : Measuring outcome of a large in-home service for treatment and prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 8, 519-524.
- Lynch, M.A., & Roberts, J. (1977). Predicting child abuse: Signs of bonding failure in the maternity hospital. *British Medical Journal*, 1, 624-626.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D.B., Grunebaum, H.U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- Maguin, E., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1994). The path to alcohol problems through conduct problems: A family-based approach to very early intervention with risk. *Journal on Research on Adolescence*, 4, 249-269.
- Malphurs, J., Larrain, C., Field, T., Pickens, J., Pelaez-Nogueras, M., Yando, R., & Bendell, D. (1996). Altering withdrawn and intrusive interaction behaviors of depressed mothers. *Infant Mental Health Journal*, 17, 152-160.
- Marcenko, M.O., & Spence, M. (1994). Home visitation services for at-risk pregnant and postpartum women: A randomized trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 468-478.
- Martinez, A., Malphurs, J., Field, T., Pickens, J., Yando, R., Bendell, D., DelValle, C., & Messinger, D. (1996). Depressed mothers and their infants interactions with non-depressed partners. *Infant Mental Health Journal*, 17, 74-80.
- Martinez, C.R., & Forgatch, M.S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416-428.
- Matthys, W. (1998). Groepstraining in sociale probleemoplossing voor kinderen met oppositieve-opstandige en antisociale gedragsstoornissen. In W. Koops, & W. Slot (Red.), *Van Lastig tot Misdadig* (pp. 145-156). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mattison, R.E., Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (2003). A DSM-IV referenced teacher rating scale for use in clinical management. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 442-449.
- McCarton, C.M., Brooks-Gunn, J., Wallace, I.F., Bauer, C.R., Bennet, F.C., Bernbaum, J.C., Broyles, S., Casey, P.H., McCormick, M.C., Scott, D.T., Tyson, J., Tonascia, J., & Meinert, C.I. (1997). Results at 8 years of early intervention for low-birth-weight premature infants: The infant health and development program. *Journal of the American Medical Association*, 277, 126-132.
- McDonald, L., Billingham, S., Conrad, T., Morgan, A., Payton, N.O., & Payton, E. (1997). Families and schools together (FAST): Integrating community development with clinical strategies. *Families in Society*, 78, 140-155.
- McDonough, S.C. (1995). Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 661-672.
- Meij, J.Th.H. (1992). *Sociale ondersteuning, gehechtheidskwaliteit en vroegkinderlijke competentieontwikkeling*. Ongepubliceerd proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Melles, R., & Van Montfoort, A.J. (1993). *Het meersporenbeleid in de praktijk gevarieerd*. Utrecht: NIZW.
- Miller, K., Fein, E., Howe, G.W., Gaudio, C.P., & Bishop, G.V. (1984). Time-limited goal focused parent aide service. *Social Casework*, 65, 472-477.

- Miller-Heyl, J., MacPhee, D., & J.J. Fritz (1998). DARE to be You: A family-support, early prevention program. *Journal of Primary Prevention*, 18, 257-285.
- Milner, J.S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual*. Webster: Psytec Corporation.
- Milner, J.S. (1990). *An interpretive manual for the Child Abuse Potential Inventory*. DeKalb: Psytec.
- Milner, J.S., Gold, R.G., Ayoub, C., & Jacewitz, M.M. (1984). Predictive validity of the Child Abuse Potential Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 879-884.
- Mirret, P., Baily, D., Roberts, J., & Hotton, D. (2004). Developmental screening and detection of developmental delays in infants and toddlers with Fragile X Syndrome. *Development and Behavioral Pediatrics*, 25, 21-27.
- Monaghan, S.M., Gilmore, R.J., Muir, R.C., Clarkson, J.E., Crooks, T.J., & Egan, T.G. (1986). Prenatal screening for risk of major parenting problems: Further results from the Queen Mary Maternity Hospital Child Care Unit. *Child Abuse and Neglect*, 10, 369-375.
- Mooij, T. (1999). Promoting prosocial pupil behaviour: 2-Secondary school intervention and pupil effects. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 479-504.
- Moore, E., Armsden, G., & Gogerty, P.L. (1998). A twelve-year follow-up study of maltreated and at-risk children who received early therapeutic child care. *Child Maltreatment*, 3, 3-17.
- Morris, T.L., Messer, S.C., & Gross, A.M. (1995). Enhancement of the social interaction and status of neglected children: A peer-pairing approach. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 11-20.
- Muir, R., Monogan, S., Gilmore, R., Clarkson, J., Crooks, T., & Egan, T. (1989). Predicting child abuse and neglect in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 255-260.
- Murphy, S., Orkow, B., & Nicola, R. (1985). Prenatal prediction of child abuse and neglect: A prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 9, 225-233.
- Murphy, J.M., Reede, J., Jellinek, M.S., & Bishop, S.J. (1992). Screening fo psychosocial dysfunction in inner-city children: Further validation of the Pediatric Symptom Checklist. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1105-1111.
- Murray, L., & Cooper, P. (1994). Clinical applications of attachment theory and research: Change in infant attachment with brief psychotherapy. In J. Richer (Ed.), *Clinical Application of Ethology and Attachment Theory (Association for Child Psychology and Psychiatry, Occasional Papers No. 9*, pp. 15-24). London: ACPP.
- Murray, L., Cooper, P.J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: II. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.
- Naglieri, J.A., LeBuffe, P.A., & Pfeiffer, S.I. (1994). *Devereux Scales of Mental Disorders*. San Antonio: The psychological Corporation.
- Nicholson, B.C., Janz, P.C., & Fox, R.A. (1998). Evaluating a brief parental-education program for parents of young children. *Psychological Reports*, 82, 1107-1113.
- Nicholson, B.C., Anderson, M., Fox, R.A., & Brenner, V. (2002). One family at a time: A prevention program for at-risk parents. *Journal of Counselling and Development*, 80, 362-371.
- Nicol, A.R., Smith, J., Kay, B., Hall, D., Barlow, J., & Williams, B. (1988). A focused casework approach to the treatment of child abuse: A controlled comparison. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 29, 703-711.
- Nixon, R.D.V., Sweeney, L., Erickson, D.B., & Touyz, S.W. (2003). Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260.
- Nye, C.L., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1995). Early intervention in the path to alcohol problems through conduct problems: Treatment involvement and child behavior change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 831-840.
- Olds, D.L. (1992). Home visitation for pregnant women and parents of young children. *American Journal of Diseases of Children*, 146, 704-708.

- Olds, D.L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3, 153-172.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of Nurse Home Visitation. *Pediatrics*, 78, 65-78.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., & Powers, J. (1998). Long-term effects of Nurse Home Visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Olds, D.L., Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 3, 53-92.
- Omizo, M.M., & Omizo, S.A. (1987). Group counseling with children of divorce: New findings. *Elementary School Guidance and Counseling*, 22, 46-52.
- Omizo, M.M., & Omizo, S.A. (1988). The effects of participation in group counselling sessions on self-esteem and locus of control among adolescents from divorced families. *The School Counselor*, 36, 54-60.
- Opdenacker, J., Wiers, R.W., Theunissen, N., & Feron, F.M.J. (in druk). "Leren Drinken": Opzet en eerste resultaten van een preventieprogramma gericht op overmatig drinkende jongeren.
- Pagano, M.E., Cassidy, L.J., Little, M., Murphy, J.M., & Jellinek, M.S. (2000). Identifying psychosocial dysfunction in school-age children: The pediatric symptom checklist as a self-report measure. *Psychology in the Schools*, 37, 91-106.
- Parish, R.A., Myers, P.A., Brandner, A., & Templin, K.H. (1985). Developmental milestones in abused children, and their improvement with a family-oriented approach to the treatment of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 9, 245-250.
- Patterson, G.R. (2005). The next generation of PMTO models. *Behavior Therapist*, 28(2), 25-32.
- Pedro-Carroll, J.L., & Alpert-Gillis, L.J. (1997). Preventive intervention for children of divorce: A developmental model for 5 and 6 year old children. *Journal of Primary Prevention*, 18, 5-23.
- Pedro-Carroll, J.L., Alpert-Gillis, L.J., & Cowen, E.L. (1992). An evaluation of the efficacy of a preventive intervention for 4th-6th grade urban children of divorce. *Journal of Primary Prevention*, 13, 115-130.
- Pedro-Carroll, J.L., & Cowen, E.L. (1985). The Children of Divorce Intervention Program: An investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 603-611.
- Pedro-Carroll, J.L., Cowen, E.L., Hightower, A.D., & Guare, J.C. (1986). Preventive intervention with latency aged children of divorce: A replication study. *American Journal of Community Psychology*, 14, 277-290.
- Pedro-Carroll, J.L., Sutton, J.L., & Wyman, P.A. (1999). A two-year follow-up evaluation of a preventive intervention for young children of divorce. *School Psychology Review*, 28, 467-476.
- Peeters, J. (1994). Klachtenlijst voor adolescenten: KLAD. *Gedragstherapie*, 27, 109-125.
- Peitler, E.J. (1980). A comparison of the effectiveness of group counseling and Alateen on the psychological adjustment of two groups of adolescent sons of alcoholic fathers. *Dissertation Abstracts*, 41, 1520-B.
- Pepler, D.J., King, G., & Byrd, W. (1991). A socially cognitive based social skills training program for aggressive children. In D.J. Pepler, & K. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 361-379). Hillsdale: Erlbaum.
- Pepler, D.J., King, G., Craig, W., Byrd, B., & Bream, I. (1995). The development and evaluation of a multisystem social skills group training programs for aggressive children. *Child and Youth Care Forum*, 24, 297-313.
- Petersen, A., Leffert, A., Graham, B., Alwin, J., & Ding, S. (1997). Promoting mental health during the transition into adolescence. In: Schulenberg, J., Maggs, J.L., & Hierrelmann, A.K. (Eds.), *Health Risks and Developmental Transitions during Adolescence* (pp. 471-487). New York: Cambridge University Press.

- Petersen, M. (1996). What are blood counts? A computer-assisted program for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 22, 21-5; quiz 26-7.
- Pianta, R., Egeland, B., Erickson, M.F. (1989). The antecedents of maltreatment: Results of the Mother-Child Interaction Research Project. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pickens, J., & Field, T. (1993). Attention getting vs. imitation effects on depressed mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 14, 171-181.
- Powell, C., & Grantham-McGregor, S. (1989). Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*, 84, 157-164.
- Prinz, R.J., Blechman, E.A., Dumas, J.E. (1994). An evaluation of peer coping-skills training for childhood aggression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 193-203.
- Pruett, M.K., Insabella, G.M., & Gustrafson, K. (2005). The Collaborative Divorce Project: A court-based intervention for separating parents with young children. *Family Court Review. Special Issue on Prevention: Research, Policy, and Evidence-Based Practice*, 43, 38-51.
- Quay, H.C., & Peterson, D.R. (1996). *Revised Behavior Problem Checklist*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Quayle, D., Dzurawiec, S., Roberts, C., Kane, R., & Ebsworthy, G. (2001). The effect of an optimism and life skills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behaviour Change*, 18, 194-203.
- Quinlivan, J.A., Box, H., Cooke, S., & Evans, S.F. (2000, March). *What happens to adolescent mothers (WHAM): A randomized controlled trial of a home visiting intervention*. Perinatal Society of Australia and New Zealand 4<sup>th</sup> Annual Congress, March 12-15, Brisbane, Australia.
- Quilivan, J.A., Box, H., & Evans, S.F. (2003). Postnatal home visits in teenage mothers : A randomised controlled trial. *Lancet*, 361, 893-900.
- Randell, B.P., Eggert, L.L., & Pike, K.C. (2001). Immediate post-intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 17-36.
- Rauh, V.A., Achenbach, T.M., Nurcombe, B., Howell, C.T., & Teti, D.M. (1988). Minimizing adverse effects of low birthweight: Four-year results of an early intervention program. *Child Development*, 59, 544-553.
- Reijneveld, S.A., Stiggelbout, M., Swagerman-Van Hees, M.B., & Brugman, E. (2000). *Verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en: Aanbeveling over signalering en preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Reijneveld, S.A., Vogels, A.G.C., Harland, P., Brugman, E., Verhulst, F.C., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2003). Vroegtijdige opsporing van psychosociale problematiek door de jeugdgezondheidszorg bij scholgaande jeugd. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg*, 35, 26-32.
- Reivich, K. (1996). *The prevention of depressive symptoms in adolescents*. Doctoral dissertation, University of Pennsylvania. (UMI No. 9627995)
- Resnick, G. (1985). Enhancing parental competencies for high risk mothers: An evaluation of prevention effects. *Child Abuse and Neglect*, 9, 479-489.
- Resnick, M.B., Armstrong, S., & Carter, R.L. (1988). Developmental intervention program for high-risk premature infants: Effects on development and parent-infant interactions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 73-78.
- Resnick, M.B., Eyler, F.D., Nelson, R.M., Eitzman, D.V., & Bucciarelli, R.L. (1987). Developmental intervention for low birth weight infants: Improved early developmental outcome. *Pediatrics*, 80, 68-74.
- Reynolds, A.J., & Robertson, D.L. (2003). School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. *Child Development*, 74, 3-26.
- Reynolds, A.J., Temple, J., & Ou, S. (2003). School-based early intervention and child well-being in the Chicago Longitudinal Study. *Child Welfare*, LXXXII, 633-656.

- Reynolds, C.R., & Kamphaus, R.M. (1992). *Manual for the Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Reynolds, W. (1987). *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Richards-Colocino, N., McKenzie, P., & Newton, R.R. (1996). Project Success: Comprehensive intervention services for middle school high-risk youth. *Journal of Adolescent Research, 11*, 130-163.
- Ridell, A.M. (1988). I never knew there were so many of us: A model early intervention alcohol program. *Alcohol, Health and Research World, Winter 1987/88*, 110-113.
- Riksen-Walraven, J.M.A. (1994). *Instapje: Ontwikkeling en evaluatie van een thuisstimuleringsprogramma voor Surinaamse opvoeders met een kind van één jaar*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Riksen-Walraven, J.M., Meij, J.Th., Hubbard, F.O., & Zevalkink, J. (1996). Interventions in lower-class Surinam-Dutch families: Effects on mothers and infants. *International Journal of Behavioral Development, 19*, 739-756.
- Riksen-Walraven, J.M., & Van Aken, M.A.G. (1997). Effects of two mother-infant intervention programs upon children's development at 7, 10, and 12 years. In W. Koops, J.B. Hoekstra, & D.C. van den Boom (Eds.), *Development of Interaction and Attachment: Traditional and Nontraditional Approaches* (pp. 79-93). Amsterdam: North-Holland.
- Rivara, F.P., (1985). Physical abuse in children under 2: A study of therapeutic outcomes. *Child Abuse and Neglect, 9*, 81-87.
- Roberts, C., Kane, R., Thompson, H., Bishop, B., & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 622-628.
- Roede, E., Bijstra, J.O., Derriks, M., & Moorlag, H. (2001). *Cool-Down en RAM: Twee programma's voor het verminderen van agressie bij kinderen* (SCO-rapport 607). Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut van de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam.
- Romijn, A., & Kousemaker, A. (2001). *De KIPPPI-methode voor vroegtijdige onderkenning: Revisie en nadere verantwoording*. Leiden: Universiteit Leiden, Afdeling Orthopedagogiek.
- Roosa, M.W., Gensheimer, L.K., Short, J.L., Ayers, T.S., & Shell, R. (1989). A preventive intervention for children in alcoholic families: Results of a pilot study. *Family Relations, 38*, 295-300.
- Roosa, M.W., Gensheimer, L.K., Ayers, T.S., & Short, J.L. (1990). Development of a school-based prevention program for children in alcoholic families. *Journal of Primary Prevention, 11*, 119-141.
- Roseby, V., & Deutsch, R. (1985). Children of separation and divorce: Effects of a social role-taking group intervention on fourth and fifth graders. *Journal of Clinical Child Psychology, 14*, 55-60.
- Rosenboom, L.G. (1994). *Gemengde gezinnen, gemengde gevoelens: Hechting en competentie van adoptiebaby's in gezinnen met biologisch eigen kinderen*. Ongepubliceerd proefschrift, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Rotheram-Borus, M.J., Stein, J.A., & Lin, Y.Y. (2001). Impact of parent death and an intervention on the adjustment of adolescents whose parents have HIV/AIDS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 763-773.
- Ruiter, M. (1997). *Preventie van depressie bij jongeren: Probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus 'Stemmingmakerij'*. Ongepubliceerd proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 8*, 1-11.
- Sack, W.H., Mason, R., & Collins, R. (1987). A long-term follow-up study of a children's psychiatric day treatment center. *Child Psychiatry and Human Development, 18*, 58-68.



- Sahler, O.J.Z., & Carpenter, P.J. (1989). Evaluation of a camp program for siblings of children with cancer. *American Journal of Diseases of Children*, *143*, 690-696.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., & Turner, K.M.T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P – Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, *1*, 1-21.
- Sandler, I.N., Ayers, T.S., Wolchik, S.A., Tein, J.Y., Kwok, O.M., Haine, R.A., e.a. (2003). The Family Bereavement Program: Efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 587-600.
- Sandler, I.N., West, S.G., Baca, L., Pillow, D.R., Gersten, J.C., Rogosch, F., Virdin, L., Beals, J., Rynolds, K.D., Kallgren, C., Tein, J., Kriege, G., Cole, E., & Ramirez, R. (1992). Linking empirically based theory and evaluation: The Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology*, *20*, 491-521.
- Sankey, C.G., Elmer, E., Halechko, A.D., & Schulberg, P. (1985). The development of abused and high risk infants in different treatment modalities: Residential versus in-home care. *Child Abuse and Neglect*, *9*, 237-243.
- Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (2003). *Guidelines for the psychosocial treatment of intrafamilial child and sexual abuse*. Charleston: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Scarr-Salapatek, S., & Williams, M.L. (1973). The effects of early stimulation on low-birth-weight infants. *Child Development*, *44*, 94-101.
- Schneider, D.J. (1982). The Michigan Screening Profile for Parenting. In R.H. Starr (Ed.), *Child Abuse Prediction: Policy Implications*. Cambridge: Ballinger.
- Schuler, M.E., Nair, P., Black, M.M., & Kettinger, L. (2000). Mother-infant interaction: Effects of a home intervention and ongoing maternal drug use. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 424-431.
- Schweinhart, L.L., Barnes, H.V., & Weikart, D.P. (1993). *Significant Benefits: The High/Scope Perry School Study Through Age 27*. Ypsilanti: High/Scope Press.
- Schweinhart, L.L., & Weikart, D.P. (1997). *Lasting Differences: The High/Scope Preschool Curriculum Comparison Study Through Age 23*. Ypsilanti: High/Scope Press.
- Seligman, M.E., Shculman, B.S., DeRubeis, R.J., & Hollon, S.D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention and Treatment*, *2*, Article 8. Retrieved from <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>.
- Shatté, A.J. (1996). Prevention of depressive symptoms in adolescents: Issues of dissemination and mechanisms of change. Doctoral dissertation, University of Pennsylvania. (UMI No. 9713001)
- Short, J.L. (1998). Evaluation of a substance abuse prevention and mental health promotion program for children of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*, *28*, 139-155.
- Short, J.L., Roosa, M.W., Sandler, I.N., Ayers, T.S., Gensheimer, L.K., Braver, S.L., & Yein, J. (1995). Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. *American Journal of Community Psychology*, *33*, 223-247.
- Siegel, E., Bauman, K.E., Schaefer, E.S., Saunders, M.M., & Ingram, D.D. (1980). Hospital and home support in infancy: Impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics*, *66*, 183-190.
- Skitka, L.J., & Frazier, M. (1995). Ameliorating the effects of parental divorce: do small group interventions work? *Journal of Divorce and Remarriage*, *24*, 159-179.
- Slot, N.W. (1996a). Gezinsgerichte interventies: Hulp voor ouders van kinderen met antisocial gedrag. *Justitiële Verkenningen*, *22*, 50-62.
- Slot, N.W. (1996b). Preventie en behandeling van jeugdcriminaliteit. *Justitiële Verkenningen*, *22*, 90-94.
- Smith, S.R., & Reddy, L.A. (2002). The concurrent validity of the Devereux Scales of Mental Disorders. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *20*, 112-127.

- Spanjaard, H., & Berger, M. (1994). Families First: Hulpverlening aan gezinnen ter voorkoming van uithuisplaatsing van kinderen. *Jeugd en Samenleving*, 24, 720-729.
- Sparling, J.J., Lewis, I., & Ramey, C.T. (1995). *Partners for Learning: Birth to 36 months*. Lewisville: Kaplan Press.
- Squires, J., Bricker, D., Heo, K., & Twombly, E. (2001). Identification of social-emotional problems in young children using a parent-completed screening measure. *Early Childhood Research Quarterly*, 16, 405-419.
- Stams, G.J.M., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M.H. (2001). Attachment-based intervention in adoptive families in infancy and children's development at age 7: Two follow-up studies. *British Journal of Developmental Psychology*, 19, 159-180.
- Starr, R.H. (1982). A research-based approach to the prediction of child abuse. In R.H. Starr (Ed.), *Child Abuse Prediction: Policy Implications*. Cambridge: Ballinger.
- Stolberg, A.L., & Garrison, K.M. (1985). Evaluating a primary prevention program for children of divorce. *American Journal of Community Psychology*, 13, 111-124.
- Stolberg, A.L., & Mahler, J.L. (1994). Enhancing treatment gains in a school-based intervention for children of divorce through skill training, parental involvement, and transfer procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 147-156.
- St-Pierre, R.G., & Layzer, J.I. (1999). Using home visits for multiple purposes: The Comprehensive Child Development Program. *Future of Children*, 9, 134-151.
- St. Pierre, T.L., Mark, M.M., Kaltreider, D.L., & Aikin, K.J. (1997a). Involving parents of high-risk youth in drug prevention: A three-year longitudinal study in Boys & Girls Clubs. *Journal of Early Adolescence*, 17, 21-50.
- St. Pierre, T.L., & Kaltreider, D.L. (1997b). Strategies for involving parents of high-risk youth in drug prevention: A three-year longitudinal study in Boys & Girls Clubs. *Journal of Community Psychology*, 25, 473-485.
- Straus, M.A., Hamby, S.L., Finkelhor, D., Moore, D.W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, 22, 249-270.
- Sullivan, P.M., Scanlan, J.M., Brookhouser, P.E., Shulte, L.E., & Knutson, J.F. (1992). The effects of psychotherapy on behavior problems of sexually abused deaf children. *Child Abuse and Neglect*, 16, 297-307.
- Szykula, S.A., & Fleischman, M.J. (1985). Reducing out-of-home placements of abused children: Two controlled field studies. *Child Abuse and Neglect*, 9, 277-283.
- Ten Berge, I., Bruggemann, M., & Vinke, A. (2003). *Op weg naar een goed hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW.
- Ten Brink, T., Van der Steege, M., Van der Haar, A., Jagers, J., Veerman, J.W., & Baartman, H. (2000). *VGF: Experimentele gebruikershandleiding voor de Vragenlijst Gezinsfunctioneren*. Utrecht/Duivendrecht: NIZW/PI Research.
- Terao, S.Y. (1999). Treatment effectiveness of parent-child interaction therapy with physically abusive parent-child dyads. (Doctoral dissertation, University of the Pacific, Stockton, CA, 1999). *Dissertation Abstracts International*, 60, 1874.
- Terlouw, G.J., & Susanne, G. (1991). *Criminaliteitspreventie onder allochtonen : Evaluatie van een project voor Marokkaanse jongeren*. Arnhem: Gouda Quint b.v. (WODC 109).
- Thompson, E., Eggert, L., & Herting, J. (2000). Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 252-271.
- Tierney, J.P., Grossman, J.B., & Resch, N.L. (1995). *Making a difference: An impact study of Big Brothers/Big Sisters*. Philadelphia: Public/Private Ventures.
- Timmons-Mitchell, J. (1986). Containing aggressive acting out in abused children. *Child Welfare*, 65, 459-463.

- Tobler, N.S., & Stratton, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention program: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention, 18*, 71-128.
- Tremblay, R.E., LeMarquand, D., & Vitaro, F. (1999). The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H.C. Quay, & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of Disruptive Behavior Disorders* (pp.525-555). New York: Kluwer.
- Tremblay, R.E., Masse, B., Perron, D., LeBlanc, M., Schwartzman, A.E., & Ledingham, J.E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 64-72.
- Tremblay, R.E., Masse, L.C., Pagani, L., & Vitaro, F. (1996). From childhood aggression to adolescent maladjustment : The Montreal Prevention Experiment. In R.D. Peters, & R.J. McMahon (Eds.), *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency* (pp. 268-298). Thousand Oaks: Sage.
- Tremblay, R.E., Pagani-Kurtz, L., Masse, L.C., Vitaro, F., & Pihl, R.O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 560-568.
- Trimbos-instituut (2006). *Nieuwsflitsen: Meetinstrument SPsy moet psychische stoornissen bij jeugdigen opsporen*. Verkregen van <http://trimbos.nl/default14502.html> op 10 november 2006.
- Truss, C.V., Benson, J.F., Hirsch, V.A., & Lickiss, K. (1977). Parent training in preprimary competence. *EDRS Availability: Microfiche and Paper*.
- Uittenbogaard, B.P. (Red.)(1996). *Stap voor Stap: Een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden bij opvoedingsvragen*. Utrecht: SWP.
- Valentine, J., Gottlieb, B., Keel, S., Griffith, J., & Ruthazer, R. (1998a). Measuring the effectiveness of the Urban Youth Connection: The case for dose-response modelling to demonstrate the impact of an adolescent substance abuse prevention program. *Journal of Primary Prevention, 18*, 363-387.
- Valentine, J., Griffith, J., Ruthazer, R., Gottlieb, B., & Keel, S. (1998b). Strengthening causal inference in adolescent drug prevention studies: Methods and findings from a controlled study of the Urban Youth Connection Program. In: J. Valentine, J.A. De Jong, & N.J. Kennedy (Eds.), *Substance Abuse Prevention in Multicultural Communities*. New York: Haworth Press.
- Van As, N.M.C., & Janssens, J.M.A.M. (1998). The influence of parenting course on the quality of parent-child interaction. *International Journal of Child and Family Welfare, 1*, 43-53.
- Van den Bogaart, P., & Van Muijen, H. (2001). *Beter met Thuis: Een onderzoek naar de ontwikkelingen en de effecten van een nieuwe werkwijze in de jeugdzorg*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.
- Van den Boom, D. (1988). *Neonatal irritability and the development of attachment: Observation and intervention*. Ongepubliceerd proefschrift, Universiteit Leiden, Leiden.
- Van den Boom, D. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development, 65*, 1457-1477.
- Van den Boom, D.C. (1995). Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development, 66*, 1798-1816.
- Van Doesum, K.T.M., Hosman, C.M.H., Risken-Walraven, J.M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal, 26*, 157-176.
- Van Domburg, L., & De Ruiter, C. (2003). *DISC-predictive scales, Nederlandse versie* (interne publicatie). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Van Ede, J. (1997). *Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale problematiek Adolescenten: Handleiding voor gebruik*. Drachten: GGD de Friese Wouden.
- Van Fulpen, M.M. (1997). *Op eigen kracht: Evaluatie van het Arazzi Preventie Project*. Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam.
- Van Haaster, A.G.J., Van der Veldt, M.C.A.E., & Van den Bogaart, P.H.M. (1997). Vertrektraining ter voorkoming van thuisloosheid bij jongeren: De empirische evaluatie van de ontwikkeling van

- een nieuw trainingsprogramma. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening (COJ).
- Van Oort, M.H.J., Van 't Land, H., & De Ruiter, C. (2006). Handleiding voor het gebruik van het screeningsinstrument psychische stoornissen (SPsy) binnen Bureau Jeugdzorg. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Vugt, M., Slot, N., & Choy, Y. (2001). *Beter met Thuis: Flexibele residentiële én ambulante hulp aan jeugdigen en ouders: Methodiekhandleiding*. Duivendrecht: PI Research.
- Van Widenfelt, B., Goedhart, A., Treffers, P., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.
- Varni, J.W., Katz, E.R., Colegrove, R., Dolgin, M. (1993). The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 751-767.
- Veltman, N.E., Ruiter, M., & Hosman, C.M.H. (1996). *Stemming maken: Versterken van de weerbaarheid en verminderen van depressieve klachten bij jongeren*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer.
- Verhoeven, W., & Van Wanrooy, E. (2000). *Meerspoorenbeleid na misbruik: Methodisch hulpverleners na kindermishandeling en seksueel misbruik van kinderen en mensen met een verstandelijke handicap*. Tilburg: Provinciaal Incestteam Noord-Brabant (PIT).
- Verhulst, F.C., Koot, J.M., Akkerhuis, G.W., & Veerman, J.W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL (Child Behavior Checklist)*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1997a). *Handleiding voor de Teacher Report Form (TRF)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1997b). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verleur, D., Hughes, R.E., & De Rios, M.D. (1986). Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims: A controlled comparison. *Adolescence*, 21, 843-854.
- Vietze, P.M., O'Connor, S., Sherrod, K.B., & Altemeier, W.A. (1991). The early screening project. In R.H. Starr, & D.A. Wolfe (Eds.), *The Effects of Child Abuse and Neglect: Issues and Research*. London: The Guilford Press.
- Vitaro, F., & Tremblay, R.E. (1994). Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 457-475.
- Vogels, T., Reijneveld, S.A., Brugman, E., Den Hollander-Gijsman, G.E., Verhulst, F.C., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2003). Detecting psychosocial problems among 5-6 years old children in Preventive Child Health Care: The validity of a short questionnaire used in an assessment procedure for detecting psychosocial problems among children. *European Journal of Public Health*, 13, 353-360.
- Vogels, A.G.C., Crone, M., Hoekstra, F., & Reijneveld, S.A. (2005). *Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Walker, H.M., Kavanagh, K., Stiller, B., Golly, A., Severson, H.H., & Feil, E.G. (1998). First step to success: an early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6, 66-80.
- Walker, H.M., Severson, H.H., & Feil, E.G. (1995). *The Early Screening Project: A proven child-find process*. Longmont: Sopris West.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.

- Webster-Stratton, C. (2000). *The Incredible Years training series*. Washington: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Webster-Stratton, C., Reid, M.J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 283-302.
- Weiss, F.J., & Nicholson, H.J. (1998). Friendly PEERSuasion against substance abuse: The Girls Incorporated model and evaluation. In J. Valentine, J.A. De Jong, & N.J. Kennedy (Eds.), *Substance Abuse Prevention in Multicultural Communities*. New York: Haworth Press.
- Werch, C.E., Anzalone, D.M., Brokiewicz, L.M., Felker, J., Carlson, J.M., & Castellon-Vogel, E.A. (1996). An intervention for preventing alcohol use among inner-city middle school students. *Archives of Family Medicine, 5*, 146-152.
- Werch, C.E., Pappas, D.M., Carlson, J.M., & DiClemente, C.C. (1998). Short- and long-term effects of a pilot prevention program to reduce alcohol consumption. *Substance Abuse and Misuse, 33*, 2303-2321.
- Werch, C.E., Pappas, D.M., Carlson, J.M., & DiClemente, C.C. (1999). Six-month outcomes of an alcohol prevention program for inner-city youth. *American Journal of Health Promotion, 13*, 237-240.
- Whiteman, M., Fanshel, D., & Grundy, J.F. (1987). Cognitive-behavioral interventions aimed at anger of parents at risk of child abuse. *Social Work, 32*, 469-474.
- Wickberg, B., & Hwang, C.P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders, 39*, 209-216.
- Wiers, R.W., & Kummeling, H.C. (2004). An experimental test of an alcohol expectancy challenge in mixed gender groups of Young heavy drinkers. *Addictive Behaviors, 29*, 215-220.
- Wijnroks, A. (1994). *Dimensions of mother-infant interaction and the development of social and cognitive competence in preterm infants*. Ongepubliceerd proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Williams, P.D., Hanson, S., Karlin, R., Ridder, L., Liebergen, A., Olson, J. e.a. (1997). Outcomes of a nursing intervention for siblings of chronically ill children: A pilot study. *Journal of the Society of Pediatric Nurses, 2*, 127-137.
- Winters, N., Myers, K., & Proud, L. (2002). Ten-year review of rating scales. II: Scales assessing suicidality, cognitive style, and self-esteem. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1150-1181.
- Wolchik, S.A., Sandler, I.N., Millsap, R.E., Plummer, B.A., Greene, S.M., Anderson, E.R., Dawson-McClure, S.R., Hipke, K., & Haine, R.A. (2002). Six-year follow-up of a randomized controlled trial of preventive interventions for children of divorce. *Journal of the American Medical Association, 288*, 1874-1881.
- Wolchik, S.A., West, S.G., Sandler, I.N., Tein, J.-Y., Coatsworth, J.D., Lengua, L., Weiss, L., Anderson, E.R., Greene, S.M., & Griffin, W.A. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 843-856.
- Wolchik, S.A., West, S.G., Westover, S., Sandler, I.N., Martin, A., Lustig, J., Tein, J., & Fisher, J. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology, 21*, 293-331.
- Wolfe, D.A. (1994). The role of intervention and treatment services in the prevention of child abuse and neglect. In G.B. Melton, & F.D. Barry (Eds.), *Protecting children from abuse and neglect: Foundations for a new national strategy* (pp. 224-304). New York: Guilford Press.
- Wolfe, D.A., Edwards, B., Manion, I., & Koverola, C. (1988). Early intervention for parents at-risk for child abuse and neglect: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 40-47.
- Wolfe, D.A., Sandler, J., & Kaufman, K.A. (1981). A competency-based parent training program for child abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 633-640.

- Woodside, M., Bishop, R.M., Miller, L.T., & Swisher, J.D. (1997). Experimental evaluation of 'The Images Within': An alcohol education and prevention program. *Journal of Drug Education*, 27, 53-65.
- Yu, D.L., & Seligman, M.E.P. (2002). Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention and Treatment*, 5, Article 9. Retrieved from <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050009a.html>.
- Zubernis, L.S., Cassidy, K.W., Gillham, J.E., Reivich, K.J., & Jaycox, L.H. (1999) Prevention of depressive symptoms in preadolescent children of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*, 30, 11-36.

## B Vragenlijstkenmerken van geëvalueerde lijsten in Reijneveld e.a. (2002)<sup>86</sup> en Reijneveld & Vogels (2005)

Vragenlijst/ Leeftijdscat.	Lijst wordt afgenomen bij	Onderwerpen	Duur/respons	Effect van de vragenlijst	Algemene conclusies <sup>83</sup>
CBCL/4-18 Kinderen van 4-18 jaar	De ouders vullen de CBCL in vóór het PGO.	De CBCL meet gedrags- en emotionele problemen zoals waargenomen door ouders.	Afnameduur: 15-20 min. Respons: 92-95% (PGO- Peiling 1997/98)	De betrouwbaarheid en validiteit zijn goed. Nederlandse referentiegegevens zijn beschikbaar.	CBCL is een goed onderzochte oudervragenlijst waarvan de verwerking te lang duurt voor directe toepassing tijdens een PGO
KIPPP1 5 Kleuters	De ouders vullen de KIPPP1 in vóór het PGO en de leerkracht bij probleemkinderen. De JGZ vult KIPPP1 in tijdens het PGO.	De KIPPP1 meet psychosociale problematiek, onderwerpen zijn o.a. zindelijkheid, motoriek, sociale relaties.	Afnameduur (ouders en leerkracht): 10 min. Extra PGO-tijd jeugdarts deel: circa 5 minuten	De betrouwbaarheid is goed. Er zijn geen gegevens beschikbaar omtrent validiteit. Nederlandse referentiegegevens zijn niet beschikbaar.	KIPPP1 is een nog onvoldoende onderzochte vragenlijst waarvan tijdens het PGO het onderdeel wordt besproken en het jeugdartsdeel wordt ingevuld.
KIVPA Jongeren van 12-18 jaar	De jongere vult KIVPA zelf in, klassikaal of individueel vóór het PGO.	De KIVPA is een indicerend prediagnos- tisch instrument, bedoeld om psychosociale proble- men bij adolescenten tijdig op te sporen.	Afnameduur: 5-10 min. Respons: 92% (PGO- Peiling 1997/98)	Betrouwbaarheid en validiteit worden momenteel nader onderzocht. Nederlandse referentiegegevens zijn beschikbaar.	KIVPA is een nog onvoldoende onderzochte kindvragenlijst waarvan verwerking en bespreking tijdens PGO mogelijk is.
LSPPK Groep 2 basis- onderwijs (kleuters)	De ouders vullen de LSPPK in vóór het PGO, de JGZ na een gesprek met ouder over antwoorden tijdens het PGO.	De LSPPK meet gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij het kind. De LSPPK dient als leidraad tijdens het PGO.	Afnameduur: enkele min. Respons: 98% (PGO- Peiling 1997/98)	Betrouwbaarheid en validiteit worden momenteel nader onderzocht. Nederlandse referentiegegevens zijn beschikbaar.	LSPPK is een nog onvoldoende onderzochte oudervragenlijst waarvan tijdens het PGO het ouderdeel wordt besproken en het jeugdartsdeel wordt ingevuld; dient als gespreksleidraad tijdens PGO.
TRF Schoolgaande kinderen van 4-18 jaar	De leerkracht van een kind vult de TRF in.	De TRF meet (school) functoren, gedrags- en emotionele problemen.	Afnameduur: 10-15 min.	De betrouwbaarheid is goed, de validiteit redelijk. Nederlandse referentiegegevens zijn beschikbaar.	De TRF is een goed onderzochte leerkrachtvragenlijst waarvan de verwerking te lang duurt voor directe toepassing tijdens een PGO.
YSR Jongeren van 11-18 jaar	De jongere vult zelf de YSR in vóór het PGO, klassikaal of thuis.	De YSR meet gedrags- en emotionele problemen van jongeren.	Afnameduur 15-20 min. Respons: 93% (PGO- Peiling 1997/98)	De betrouwbaarheid is goed, de validiteit redelijk. Nederlandse referentiegegevens zijn beschikbaar.	De YSR is een goed onderzochte kindvragenlijst waarvan de verwerking te lang duurt voor directe toepassing tijdens een PGO.

<sup>86</sup> Deze Tabel is inhoudelijk een exacte weergave van Tabel 3.1 'Kenmerken van de in de analyse betrokken vragenlijsten' uit Reijneveld e.a. (2000), p. 26.

Vragenlijsten over psychosociale problemen bij kinderen van 4 – 18 jaar, als in Reijneveld & Vogels (2005)<sup>87</sup>

Lijst	Publicatie/ website*	Wie vult in	Doel leeftijd	Aantal vragen	Validiteit/ betrouw- baarheid	Conclusie
KIPPPI <sup>2</sup>	Kousemaker, 1997 www.kippi.nl	Ouder/ leraar/ JGZ	5	64 <sup>7</sup>	? / +	Nader onderzoek nodig
KIVPA <sup>3</sup>	Reijneveld e.a., 2003	Kind	12-18	31	± / +	Structuur verbeteren
LSPPK <sup>4</sup>	Vogels e.a., 2003	Ouder/ JGZ	5	9	± / +	Goed, maar beperkt domein
PSC	Vogels e.a., 2005	Ouder	4-16	35	+ / +	Goed
PSYBOBA	Vogels e.a., 2005	Ouder	7-12	29	+ / +	Goed
SDQ	Vogels e.a., 2005 www.sdqinfo.com	Ouder <sup>5</sup>	4-16	25	+ / +	Goed, maar voor subschalen matig
<b>Langere lijsten</b>						
CBCL <sup>6</sup>	Verhulst e.a., 1996 www.aseba.nl	Ouder	4-18	120	++ / ++	Zeer goed, maar lang voor JGZ
TRF <sup>6</sup>	Verhulst e.a., 1997a www.aseba.nl	Leraar	4-18	120	++ / ++	Zeer goed, maar lang voor JGZ
YSR <sup>6</sup>	Verhulst e.a., 1997b www.aseba.nl	Kind	12-18	120	++ / ++	Zeer goed, maar lang voor JGZ

\* Publicatie waarin de gegevens worden gepresenteerd over betrouwbaarheid en validiteit. Website waarop informatie over de Nederlandse versie beschikbaar is.

<sup>2</sup> Dit betreft de 5-jarigen versie; er zijn ook versies voor 1-4 jaar.

<sup>3</sup> Na de in 2003 gepubliceerde evaluatie is de KIVPA vrij uitgebreid herzien. Deze herziening is echter nog niet geëvalueerd wat betreft validiteit en betrouwbaarheid.

<sup>4</sup> De LSPPK is na de in 2003 gepubliceerde evaluatie licht herzien.

<sup>5</sup> De SDQ heeft ook versies die de docent of de jongere zelf (11-16 jaar) kan invullen; deze zijn echter niet geëvalueerd wat betreft validiteit en betrouwbaarheid.

<sup>6</sup> De CBCL, TRF en YSR worden elke 10 jaar herzien. In 2001 is een nieuwe Amerikaanse versie verschenen. De Nederlandse versie daarvan wordt op dit moment gevalideerd en genormeerd; op de genoemde website is deze nieuwe versie al beschikbaar. Van de CBCL is ook een versie voor jongere kinderen, en van de YSR ook een versie voor jongvolwassenen.

<sup>7</sup> Ouderversie van de KIPPPI zoals gebruikt door GGD Rotterdam.

<sup>87</sup> Dit is inhoudelijk een exacte weergave van de Tabel 'Vragenlijsten over psychosociale problemen bij kinderen van 4-18 jaar uit Reijneveld en Vogels (2005).



## C Systematisch, alfabetisch overzicht van de in Hoofdstuk 4 besproken interventieprogramma's

In deze bijlage wordt een alfabetisch overzicht (gerangschikt op naam van het programma) gegeven van de preventieve interventieprogramma's die in Hoofdstuk 4 beschreven werden naar aanleiding van de gevonden internationale en nationale overzichtsstudies<sup>88</sup>. Hierin is gebruikgemaakt van de informatie die in de overzichtsstudies en daarmee bovendien reeds in Hoofdstuk 4 verstrekt werd. Er is dus geen extra informatie toegevoegd. Het dient slechts als ondersteunend overzicht cq naslagwerk.

---

<sup>88</sup> Notabene: Het betreft een weergave van door de auteurs van de overzichtsstudies aangedragen programma's. De selectiecriteria voor 'veelbelovendheid' dan wel 'effectiviteit' waren daarbij divers. Er is géén gebruikgemaakt van primaire studies ten behoeve van informatie omtrent inhoud en effectiviteit van programma's.

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Adolescent Transitions Program (ATP)	Andrews e.a., 1995; Dishion & Andrews, 1995; Dishion e.a., 1996	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)	Programma met verschillende componenten waarin zowel de jongeren zelf als overige gezinsleden participeren.		Genoemd door Greenberg e.a. (2001): Weinig bekend over effectiviteit van dit programma <sup>89</sup>
Anger Coping Program	Lochman e.a., 1984	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)	Preventieprogramma gericht op jeugdigen zelf.	Effectief volgens Greenberg e.a., 2001.	Greenberg e.a. (2001): positieve resultaten van deze interventies (Anger Coping Program/ Brainpower Program/ Peer Coping Skills Training/ en Social Relations Program) waren gemiddeld statistisch significant, maar bescheiden van omvang. Bovendien neigden ze op lange termijn uit te doven. Meestal waren de experimenten gericht op jongens in kleine steekproeven.
ATLAS: Adolescent Training and Learning to Avoid Steroids	Goldberg e.a. 1996a, 1996b	Verslaving (gebruik anabole androgene steroïden)	16 jaar	Schoolprogramma: Atlas richt zich op de preventie van het gebruik van anabole androgene steroïden bij scholieren met een verhoogd risico. Het betreft een multicomponenteninterventie met voetbalspelers; training in het gebruik van spiertraining-toestellen; en een eenmalige informatiebijeenkomst voor ouders.	ATLAS werd in twee studies geëvalueerd bij scholieren van gemiddeld 16 jaar oud, in steekproeven van 120 en 1506 adolescenten (Goldberg e.a., 1996a, 1996b). Er werd geen positief effect gevonden op daadwerkelijk gebruik van middelen, maar wel op intentie tot gebruik, kennis over anabole steroïden, zelfbeeld en 'refusal skills'. Bolter en Cuijpers (2000) benoemden ATLAS als 'bewezen effectief' (als enige programma)	
Beeldcommunicatie	De Vroom, 1997	Internaliserende en externaliserende problematiek	Basisschoolleeftijd	Speltherapie voor jeugdigen met milde gedragsproblemen.	De Vroom (1997) zette maximaal 20 sessies 'Beeldcommunicatie' met daarnaast ouderbegeleiding in voor kinderen (basisschoolleeftijd) die problemen kregen	Struikelblok: Er zijn vragen over de generaliseerbaarheid van het onderzoek van De Vroom omdat de wachtlijstgroep minder

<sup>89</sup> Wanneer gesproken wordt over het feit dat 'weinig bekend is over effectiviteit van een programma', dan betekent dit dat ons hierover weinig bekend is op basis van de overzichtsstudies waarvan verslag gedaan wordt. Elders kan uiteraard mogelijk wel meer over de effectiviteit gevonden worden. Zie bijvoorbeeld ook de website van het Amerikaanse non profit onderzoeksbureau "Child Trends" - <http://www.childtrends.org/Lifecourse/programs/> - voor meer informatie over achtergronden en effectiviteit van verscheidene jeugdinterventies. Notabene: de informatie op deze internetpagina is niet verwerkt in dit rapport, daar deze informatie ons te laat bekend was.

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
					na een niet al te ernstige ingrijpende gebeurtenis. Op korte termijn bleek deze begeleiding positief effect te hebben op egoveerkracht, zelfwaardering en zelfvertrouwen. Op een derde meting was ook verbetering in externaliserend gedrag te zien. De Vroom concludeerde dat Beeldcommunicatie in combinatie met ouderbegeleiding effectief is. Effectief volgens Greenberg e.a., 2001.	probleematisch bleek te zijn en ook vooruitgang liet zien.
Big Brother/ Big Sister	Tierney e.a. (1995)	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)	Opvoedingsondersteuningsprogramma gericht op opvoeders.	Effectief volgens Greenberg e.a., 2001.	
Brainpower program	Hudley e.a., 1998; Hudley & Graham, 1993	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)	Preventieprogramma gericht op jeugdigen zelf.	Effectief volgens Greenberg e.a., 2001.	Greenberg e.a. (2001): positieve resultaten van deze interventies (Anger Coping Program/ Brainpower Program/ Peer Coping Skills Training/ en Social Relations Program) waren gemiddeld statistisch significant, maar bescheiden van omvang. Bovendien neigden ze op lange termijn uit te doven. Meestal waren de experimenten gericht op jongens in kleine steekproeven.
Carolina Preschool Curriculum and Hawaii Early Learning Program	Black e.a., 1994; butz e.a., 1998, 2001; Schuler e.a., 2000	Verslaving ouders	Prenataal/ postnataal	Huisbezoeken voor verslaafde moeders.	Black e.a. en Schuler e.a. richtten zich (overwegend) op Afrikaans Amerikaanse moeders. Doggett e.a. (2006) bespraken naast deze drie evaluaties ook nog 3 studies naar andere huisbezoekprogramma's. Huisbezoeken na de geboorte bleken de betrokkenheid van de moeders in drugsbehandelprogramma's te vergroten, maar er was onvoldoende data om een uitspraak te doen over verbeteringen in de gezondheid van moeder en/of baby. Verder werden als gevolg van huisbezoeken door verloskundigen na de geboorte effecten gevonden op een beter gebruik van voorbehoedsmiddelen, een trend tot een afname in onvrijwillige opvang van kinderen in pleeggezinnen en een afname in	Struikelblok: Doggett e.a. (2006) constateerden dat de meeste studies de nodige methodologische beperkingen bleken te hebben: in het bijzonder veel uitval voor de follow-up.

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
CASPAR (Cambridge and Somerville Program for Alcoholism Rehabilitation)	Davis e.a., 1994; DiCiccio e.a., 1983, 1984	Verslaving ouders (alcohol-afhankelijke ouders)	12-18 jaar	Schoolpreventieprogramma: BASIC-programma met algemene informatie over alcoholgebruik en -misbruik voor geïnteresseerde jongeren en een ondersteuningsgroep voor KAO's gericht op kennis, vaardigheden en ondersteuning.	bewust aangebracht leisel bij kinderen. Schuler e.a. (2000) rapporteerden bovendien een afname in de betrokkenheid van de kindbescherming en Black e.a. (1994) rapporteerden lagere scores op de CAPI (Child Abuse Potential Inventory). Andere effecten op bijvoorbeeld middelengebruik waren niet significant.	Struikelblok: Er zijn geen RCT's naar dit programma uitgevoerd. Er is slechts evaluatieonderzoek gedaan waarin de deelnemers na afloop van het programma een beoordeling gaven
C-CARE CAST C-CARE plus	Randell e.a. (2001)	Internaliserende problematiek cq Suicide	Middelbare school-leeftijd	Het programma richt zich op middelbare scholieren die een verhoogde kans op uitval of een verhoogde score op een lijst voor het meten van suïciderisico hebben.	Effectief volgens Greenberg e.a., 2001 en aangedragen door de Inventiegroep. Het programma bleek te leiden tot een verminderde depressie en een reductie van het suïciderisico.	
Chicago Child-Parent Centers Project	Reynolds & Robertson, 2003; Reynolds e.a., 2003	Internaliserende en externaliserende problematiek	0-6 jaar	Dit betreft een programma voor voorschoolse educatie. Het programma gaat door tijdens de eerste 2 jaren van de basisschool. In het project wordt brede educatie in kindercentra gecombineerd met een vraaggericht aanbod van opvoedingsondersteuning.	Voorgedragen door de Inventiegroep. Ter evaluatie van het programma werden 1500 kinderen gevolgd van de peuterleeftijd tot een leeftijd van 17 jaar. Zij bleken op 17-jarige leeftijd hoger te scoren op instaptoetsen, minder vaak te zijn blijven zitten, minder vaak remedial teaching nodig te hebben gehad en minder vaak naar het speciaal onderwijs te zijn verwezen. Ook werden ze minder vaak mishandeld, kwamen ze minder vaak met justitie in aanraking en haalden ze vaker diploma's in het middelbaar onderwijs.	
Children of Divorce	Alpert-Gillis e.a., 1989;	Scheiding (stress/		Een schoolprogramma waarin kinderen na de scheiding van hun	Voorgedragen door Greenberg e.a., 2001.	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Intervention Project (CODIP)	Pedro-Carroll e.a., 1992; Pedro-Carroll & Cowen, 1985	Internaliserende problematiek		<p>ouders praten over hun gevoelens, aandacht besteden aan onrealistische percepties en gedachten over de scheiding en werken aan probleemoplossende vaardigheden.</p> <p>Door Haime e.a. (2003) genoemd als aanverwant aan CSG (hierboven). Tien tot twaalf sessies waarin de reacties van kinderen op de scheiding centraal staan. De kinderen ontvangen sociale steun en worden getraind in cognitieve gedragsstrategieën en intrinsieke controlevaardigheden, twee protectieve factoren die empirisch gelieerd zijn aan aanpassing na scheidingen (b.v. Sandler, Tein, Metha, Wolchik, &amp; Ayers, 2000).</p>	<p>Besproken in Haime e.a. (2003): Voor CODIP werden positieve effecten gevonden op internaliserende en externaliserende problematiek die in één studie stand bleken te houden tot 2 jaar na de interventie (Alpert-Gillis e.a., 1989; Pedro-Carroll &amp; Alpert-Gillis, 1997; Pedro-Carroll e.a., 1992; Pedro-Carroll &amp; Cowen, 1985; Pedro-Carroll, Sutton, &amp; Wyman, 1999). Daarnaast werden een verhoogde competentie en een betere aanpassing aan de situatie gevonden als gevolg van de interventie. Één studie bestudeerde ook scheidingsgerelateerde cognities en vond daar ook positieve effecten op (Pedro-Carroll e.a., 1992).</p>	
Children of Divorce Parenting Program/ New Beginnings Program (NBP)	Wolchik e.a., 1993, 2000	Scheiding (stress/internaliserende problematiek)	8-15 jaar	<p>Dit programma gaat in op empirisch onderbouwde protectieve factoren en risicofactoren die van invloed zijn op aanpassing na de scheiding: opvoeding, contact tussen vader en kind, negatieve gebeurtenissen rondom de scheiding en contact tussen de ouders. NBP bestaat uit 11 groepsessies en 2 individuele bijeenkomsten. In de bijeenkomsten wordt aandacht besteed aan de opvoedingsvaardigheden van de verzorgende ouder en zijn of haar vaardigheden om conflict tussen de ouders te voorkomen. Bovendien wordt de ouder bewust gemaakt van de rol van de niet-verzorgende ouder en het belang voor het kind om ook deze ouder als bron van steun te ervaren. Alleen de ouders nemen deel aan</p>	<p>Voorgedragen door Greenberg e.a., 2001; en Haime e.a., 2003.</p> <p>Voor NBP werden positieve effecten gevonden op internaliserende en externaliserende problematiek van de kinderen (8-15 jaar oud), opvoeding, negatieve gebeurtenissen, de bereidheid van moeder om de bezoeksregeling te veranderen en haar houding ten aanzien van de vader-kind relatie (Wolchik e.a., 2000). Er werden geen effecten gevonden op conflict tussen ouders. Zes maanden na de interventie werden een significante afname van externaliserende problemen, symptomen van mentale problematiek en middelengebruik gevonden (Wolchik e.a., 2002). Voor NBP gold dat de interventie het meest effectief was voor kinderen die voor aanvang van het programma hogere niveaus van externaliserende problematiek vertoonden en moeders die voor aanvang slechtere opvoedingsvaardigheden hadden.</p>	Struikelblok: Er werd geen effect op conflict tussen de ouders gevonden.

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
				deze interventie. (NB: zie extra evaluatie NBP gecombineerd met kindcomponent ad resultaten in de volgende kolom)	Haine en collega's (2003) beschreven ook effectstudies naar combinaties van kind- en ouderprogramma's: o.a. een experimentele studie naar NBP gecombineerd met een kindgericht programma (Wolchik e.a., 2000): Er werd een toegevoegd effect gevonden van de gecombineerde interventie in vergelijking tot NBP alleen gericht op moeders, op beoordelingsvermogen en de mate waarin de kinderen zichzelf konden redden na de scheiding. Er was geen extra waarde van de combinatie voor effecten op internaliserende of externaliserende problematiek.	
Children's Support Group (CSG)	Stolberg & Mahler, 1994; Stolberg & Garrison, 1985	Internaliserende problematiek Scheiding	7-13 jaar	Aanverwant aan CODIP. Tien tot twaalf sessies waarin de reacties van kinderen op de scheiding centraal staan. De kinderen ontvangen sociale steun en worden getraind in cognitieve gedragsstrategieën en intrinsieke controlevaardigheden, twee protectieve factoren die empirisch gelieerd zijn aan aanpassing na scheidingen (b.v. Sandler, Tein, Metha, Wolchik, & Ayers, 2000).	Door Greenberg e.a. (2001) 'veelbelovend' genoemd. Beschreven door Haine e.a. (2003) in het kader van ondersteuning na echtscheiding: Voor CSG werden voor kinderen in de basisschoolleeftijd (7-13 jaar) positieve effecten gevonden op zelfconceptie (ook op de 5-maanden follow-up), internaliserende en externaliserende problematiek, en klinische mentale gezondheidsproblematiek (Stolberg & Garrison, 1985; Stolberg & Mahler, 1994)	
Collaborative Divorce Project (CDP)	Pruett e.a., 2005	Scheiding (begeleiding van het scheidingsproces)			CDP leidde tot minder onrust bij de ouders, minder conflict en meer samenwerking tussen beide ouders, en meer betrokkenheid van de niet primair verzorgende ouder.	Struikelblok: effecten op psychosociale problematiek van de kinderen zijn onbekend.
Contingencies for Learning Academic and Social Skills (CLASS)	Hops e.a., 1976	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)		Veelbelovend programma volgens Greenberg e.a. (2001)	
Coping Enhancement Programme	Short, 1998	Scheiding		Schoolprogramma: traint kinderen in cognitieve gedragsvaardigheden om met de scheiding om te kunnen gaan, ondersteunt het identificeren en uiten van emoties en biedt de	Aangedragen door Sandler e.a. (in druk)	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Coping Power Program	Lochamn, 1998	Externaliserende problematiek (Middelengebruik)	(binnen de marge 5-18 jaar)	<p>gelegenheid om sociale steun te ontvangen van leeftijdsgenoten die deze ervaring delen.</p> <p>Coping Power is gericht op de sociale competentie van jongeren. Leerlingen leren vaardigheden zoals conflict- en woedemanagement en sociale competentie (in 24 wekelijkse sessies). Ouders krijgen bovendien training in opvoedingsvaardigheden (10 maanden lang, 2 maal per maand).</p>	<p>Veelbelovend programma volgens Greenberg e.a. (2001). In evaluaties bleek dit programma voor moeilijke of agressieve jongeren succesvol in het terugdringen van middelengebruik.</p>	
Coping With Stress Program/ Course NL: Omgaan met depressie	Clarke e.a. (1995, 2001)	Depressie (stemmingsstoornis) cq KOPP	Middelbare scholieren	<p>Het Coping with Stress programma van Clarke e.a. biedt middelbare scholieren na schooltijd 15 groepsessies (groeps grootte 6-10 jongeren; 3 per week gedurende 5 weken) van 45 minuten tot een uur per week. In de bijeenkomsten staat het identificeren van automatisch gegenereerde negatieve gedachten en het ontwikkelen van copingmechanismen centraal. Er is een handleiding beschikbaar en de cursus wordt gegeven door ervaren professionals (universitair geschoolde schoolpsychologen of maatschappelijk werkers).</p> <p>Greenberg e.a. (2001): Typisch cognitief-gedragsmatig met een focus op gebrekkige cognitie en verstoringen geassocieerd met de stoornis.</p>	<p>De meeste effectieve interventie was het preventieprogramma van Clarke e.a. (2001; effectgrootte 0.46 met blijvend effect op 12 maanden na de interventie, 0.53). De studies van Clarke en collega's (1995; 2001) lieten een jaar na de interventie een significante afname in het aantal gediagnosticeerde depressiestoornissen zien.</p> <p>Cuijpers haalde een eigen meta-analyse aan naar het 'Omgaan met depressie' programma waarin ook twee studies naar de variant voor adolescenten waren opgenomen (Cuijpers, 1998). Voor alle vormen van de cursus werd een gemiddelde effectgrootte van 0.62 gevonden, hetgeen als een groot effect beschouwd mag worden. Een derde onderzoek naar de methodiek was een RCT (N = 150) waarin onderzocht werd of de cursus het ontstaan van klinische niveaus van depressie bij depressieve klachten kan voorkomen (Clarke e.a., 1995). Het ontstaan van depressieve stoornissen in de interventiegroep was inderdaad minder (15%) dan in de controlegroep (25%). De conclusie van Cuijpers (2001) was dat het</p>	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
					<p>'Omgaan met depressie' programma een <i>veelbelovende</i> methodiek was.</p> <p>Beardslee e.a. (in druk) verwezen naar krachtige preventieve effecten op de CES-D depressievragenlijst en algemeen functioneren van de deelnemende jongeren.</p> <p>De Inventgroep droeg dit programma ook voor als effectief programma ter preventie van internaliserende problematiek in het gezin.</p>	
Court-based custody mediation programme	Emery e.a., 2005	Scheiding (begeleiding van het scheidingsproces)			<p>Het programma leidde tot een snellere afhandeling van het proces, meer tevredenheid met de besluiten, een betere relatie tussen kinderen en de niet primair verzorgende ouder en een betere verhouding tussen de gescheiden ouders.</p>	Struikelblok: effecten op psychosociale problematiek van de kinderen zijn onbekend.
Dads for Life (DFL)	Braver e.a., 2005	Scheiding		DFL richt zich op het verbeteren van de vader-kind relatie, zowel kwalitatief als kwantitatief, en besteedt bovendien aandacht aan conflict tussen ouders.	Dit programma bleek over een periode van 12 maanden te leiden tot minder internaliserend probleemgedrag van de kinderen en meer samenwerking en minder conflict tussen de ouders.	Pluspunt: Hier werd wel een effect op conflict tussen ouders gevonden.
DARE to be You	Miller-Heyl e.a., 1998	Verslaving (middelengebruik)		<p>Gezinsgericht programma voor verslavingspreventie.</p> <p><i>DARE to be You</i> is gericht op kinderen van 2 tot 5 jaar oud uit kansarme gezinnen die op latere leeftijd een verhoogd risico lopen op problematisch middelengebruik. Het programma verondersteld dat een versterking in de veerkracht op jongere leeftijd later probleemgedrag kan voorkomen. Het programma bestaat ondermeer uit tien tot twaalf wekelijkse workshops voor ouder en kind (van 2½ uur elk). Daarnaast behelst het programma ook tienerhulpverleners, staf- en communitytraining, herhalingsessies, supportgroepen</p>	<p>Veelbelovend volgens Bollier en Cuijpers (2000).</p> <p>Er is één onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van DARE to be You (Miller-Heyl e.a., 1998) voor de kinderen en ouders. Er werden positieve effecten gevonden op zelfwaardering en democratische opvoedingsstijl van de ouders. Ook waren zij meer tevreden met de sociale steun die zij ontvingen. Kinderen bleken minder opstandig en hun ontwikkelingsniveau steeg.</p>	<p>Struikelblok: Omdat het in het onderzoek zeer jonge kinderen betrof, zijn geen effecten gemeten op 'gebruik'-uitkomsten.</p> <p>Verder: De gezinsgerichte programma's bleken vaak te kampen met problemen als hoge uitval en moeilijkheden in de werving en het behoud van deelnemers. Desondanks bestempelden de auteurs (Bollier en Cuijpers, 2000) de vier bovenstaande gezinsgerichte programma's op basis van wetenschappelijke evidence als <i>veelbelovend</i>.</p>



Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
				na het programma en gezamenlijke evenementen. Er is gezorgd voor kinderopvang, een maaltijd en een beloning van 200\$ voor gezinnen die de gehele cursus afmaken.		
Earls court Social Skills Group Program	Pepler e.a., 1991, 1995	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)	Programma met verschillende componenten waarin zowel de jongeren als overige gezinsleden participeren.		Genoemd door Greenberg e.a. (2001): Weinig bekend over effectiviteit van dit programma
Elmira Project cq Nurse Family Partnership NL: Voorzorg	Olds e.a., 1986, 1998, 2002	Externaliserende problematiek & Kindermis-handeling (preventie)	Prenataal – 2 jaar	Vroegtijdige preventie thuis: Het Nurse Family Partnership is gericht op ouders met een ingeschat relatief hoog risico waarvoor intensieve begeleiding nodig geacht wordt. Het programma kent zijn aanvang in de prenatale fase en loopt door tot twee jaar na de geboorte. Gemiddeld vinden twee huisbezoeken plaats per maand (met uitzondering van een verhoogde frequentie in de eerste maand en de eerste zes weken na de geboorte). De laatste vier maanden daalt de frequentie tot één huisbezoek per maand. Het programma is gericht op de gezondheid en persoonlijke ontwikkeling van moeder, de rol van moeder als opvoeder, haar sociale netwerk, en de gezondheid en veiligheid van het kind.	Effectief Indrukwekkende lange termijn effecten op jeugd delinquent gedrag in de adolescentie en vroege volwassenheid:  Het programma bleek bij aanvang voor de geboorte de beste uitkomsten te produceren, ook op lange termijn. De gevonden positieve effecten zijn veelzijdig: minder kans op crimineel gedrag bij moeder en kind, minder problemen in de schoolloopbaan van het kind en minder kindermishandeling.  M.b.t. kindermishandeling (in Thomlison, 2003): Goed ondersteunde effectieve interventie met positief effect aangetoond in meer dan 2 RCT's → niveau 1 van effectiviteit (Rice e.a., 2003).	Als kanttekening m.b.t. kindermishandeling werd in de publicatie door Chaffin en Friedrich (2004) vermeld dat bewijzen voor een afname in kindermishandeling variabelen alleen indirect gemeten zijn in enkele effectstudies.
Family Bereavement Program	Sandler e.a., 1992, 2003	Overlijden ouder (stress/ internaliserende problematiek)	8-17 jaar	Het 'Family Bereavement Program' richt zich specifiek op kinderen van wie recent een ouder overleden is. Het gehele gezin wordt gesteund in het verwerken van dit verlies. Kinderen leren copingmechanismen en de ouders worden begeleid in stressreductie, het plannen van stabiele positieve gebeurtenissen en het handhaven	Na de interventie, getest in een RCT, bleek er in de gezinnen meer discussie over rouw en gerelateerde zaken en rapporteerden ouders meer sociale steun en meer warmte in de relatie met hun kind. Oudere kinderen (12-17 jaar) lieten een afname zien in gedragsproblemen en depressie. Dit effect was gerelateerd aan de warmte van de relatie tussen de achtergebleven ouder en deze kinderen. In de jongere groep (8-11)	Struikelblok: geen effecten op psychosociale problematiek gevonden voor de jongere groep kinderen (8-11 jaar).

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
				<p>van betrokkenheid van de gezinsleden. De vorm van het programma: Het project biedt eerst drie workshopbijeenkomsten aan waarin gezinnen de kans krijgen andere gezinnen met vergelijkbare ervaringen te ontmoeten en de warmte van de ouder-kind relatie te verbeteren, om vervolgens eens per week gedurende twaalf individuele bijeenkomsten in huisbezoeken te werken aan de negatieve kijk van de achtergebleven ouder en het uitbouwen van positieve gebeurtenissen en een meer warme ouder-kind relatie.</p> <p>In de tweede evaluatiestudie (Sandler e.a., 2003) werd het programma herzien tot een groepsopzet waarbij aparte groepen waren voor kinderen, adolescenten en achtergebleven opvoeders.</p>	<p>werd geen effect gevonden op internaliserende of externaliserende problematiek.</p> <p>Het herziene programma in de tweede evaluatiestudie leidde tot verbeteringen in positief opvoedgedrag, mentale gezondheid van de opvoeders, omgaan met de situatie, stressvolle levensgebeurtenissen en geremdheid in het uiten van emoties door de kinderen. Op de follow-up (11 maanden) werd bovendien een afname in internationale problemen gevonden bij jeugdigen die bij aanvang hogere scores hadden op dit gebied. Daarnaast scoorden meisjes uit de interventiegroepen lager op internaliserende en externaliserende problemen dan de meisjes in de controlegroep.</p>	
FAN	St. Pierre e.a., 1997a, 1997b	Verslaving		<p>Gezinsgericht programma voor verslavingspreventie. <i>FAN</i> is gericht op ouders van kinderen in de leeftijd van 10 tot 17 jaar. De gezinnen worden geworven via jongerencentra in hoog-risico buurten. <i>FAN</i> richt zich op het verbeteren van de band tussen ouder en kind, om zodoende gelegenheden te bieden voor leuke activiteiten samen en handvatten te bieden hoe ouders hun kinderen kunnen beïnvloeden in het leiden van een drugsvrij leven.</p>	<p>Veelbelovend volgens Bolier en Cuijpers (2000). <i>FAN</i> is een aanvulling op een schoolgericht programma voor vaardigheidstraining. De gezinsgerichte component bleek hier een waardevolle bijdrage aan te leveren (St. Pierre e.a., 1997a, 1997b). Er werden positieve effecten gevonden op vaardigheden om aangeboden middelen te weigeren, op een negatieve houding ten aanzien van marihuana gebruik en op kennis.</p>	<p>Struikelblok: De gezinsgerichte programma's bleken vaak te kampen met problemen als hoge uitval en moeilijkheden in de werving en het behoud van deelnemers. Desondanks bestempelden de auteurs (Bolier en Cuijpers, 2000) de vier bovenstaande gezinsgerichte programma's op basis van wetenschappelijke evidence als <i>veelbelovend</i>.</p>

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
FAST Program	McDonald e.a. (1997)	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)		Veelbelovend programma volgens Greenberg e.a. (2001)	Genoemd door Greenberg e.a. (2001): Weinig bekend over effectiviteit van dit programma
FAST Track	Conduct Problems Prevention Research Group, 1992	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)	Programma met verschillende componenten waarin zowel de jongeren zelf als overige gezinsleden participeren.		
First Step Program	Walker e.a., 1998	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)	Programma met verschillende componenten waarin zowel de jongeren zelf als overige gezinsleden participeren. Dit programma combineert oudertraining geïnspireerd op de sociale leerprincipes van Patterson (2005; als in PMTO) met sociale vaardigheidstraining in kleine groepen voor kinderen.	Het programma leidde tot een effectieve vermindering van probleemgedrag en op lange termijn delinquent gedrag van jongens uit achterstandswijken die voor aanvang van het programma hoog scoorden op gedragsproblemen.	Genoemd door Greenberg e.a. (2001): Weinig bekend over effectiviteit van dit programma
Focus on Families Program	Catalano e.a., 1999	Verslaving		Gezinsgericht preventieprogramma in gezinnen waar de ouders verslaafd zijn.	Genoemd door Beardslee e.a. (in druk)	
Friendly PEERsuasion	Weiss & Nichelson, 1998	Verslaving (met name alcoholgebruik)	11-14	<i>Friendly PEERsuasion</i> is eveneens een geïndiceerd schoolpreventieprogramma dat zich alleen op meisjes richt (11-14 jaar) uit kansarme gezinnen. Het programma bestaat uit drie fasen. De eerste fase bestaat uit 14 tweeweekelijkse sessies van een uur waarin vaardigheden geleerd worden en de meisjes voorbereid worden op leiderschap. Vervolgens plannen zij in de tweede fase gedurende 5 uur drugspreventie-activiteiten om deze tenslotte in de derde fase binnen 8 tot 10 sessies van een uur uit te voeren in groepen jongere kinderen.	Veelbelovend volgens Bolier en Cuijpers (2000) Als gevolg van het programma vermeden deelnemers vaker het gebruik van middelen (met name alcohol) en bleken de deelnemers ook eerder risicovolle situaties te vermijden (Weiss en Nichelson, 1998). De effecten waren krachtiger voor jongere kinderen (basisschoolleeftijd, 11-12 jaar) dan voor oudere kinderen (middelbare schoolleeftijd, 13-14 jaar).	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Friends for Children Program NL: Vrienden	In Maastricht doet Bögels onderzoek naar dit programma.	Angst	7-16 jaar	Een Australisch cognitief gedragsprogramma waarin kinderen en hun ouders strategieën leren om met angst en uitdagende situaties om te gaan.	Voor de RCT onder 128 kinderen werden kinderen geselecteerd met een verhoogd niveau van angstigheid. Zes maanden na de interventie werden significante verschillen in aantal angstdiagnoses gevonden tussen de interventie- en controlegroep (54 versus 16%)	Weinig informatie gegeven over leeftijd participanten en achtergronden van de methode.
Good Behavior Game NL: Taakspel	Tremblay e.a., 1999	Gedragsstoornissen	Schoolleeftijd	Het programma heeft tot doel agressief en verlegen gedrag in de klas te verminderen. Het wordt uitgevoerd in teams in de klas waarbij verstorend gedrag strafpunten krijgt. De groep met de minste aantekeningen voor slecht gedrag krijgt beloning in de vorm van privileges en dergelijke.	Kinderen met bestaande ernstige gedragsproblemen bleken hier nauwelijks van te profiteren. Op de lange termijn bleken er juist wel positieve effecten voor de meest agressieve jongens. Verder bleken kinderen in de interventiegroep zich volgens de leraren zes jaar na de interventie beter te gedragen dan de controlekinderen en was de kans op roken in de interventiegroep ook lager.	Struikelblok: Kinderen met bestaande ernstige gedragsproblemen profiteren pas op langere termijn.
Gordoncursus (gebaseerd op Parent Effectiveness Training, PET)	De Jong & Koster, 1991	Internaliserende en externaliserende problematiek		De 'Gordoncursus' richt zich op het verwerven van communicatieve vaardigheden die bijdragen aan het verbeteren van de interactie tussen opvoeders en jeugdigen. De cursussen bestaan uit 10 bijeenkomsten van elk 3 uur.	In de studie van De Jong en Koster (1991) kregen 19 ouders de Gordoncursus (gebaseerd op PET), 18 leerkrachten een variant hierop (Teacher Effectiveness Training (TET) en 13 peuterspeelzaalleidsters een combinatie van PET en TET. Deelnemers bleken na afloop meer ik-boodschappen te geven en actiever te luisteren. Ook op de nameting 6 maanden na de interventie bleven deze resultaten in tact. Ouders en peuterspeelzaalleidster lieten de meest positieve verandering zien.	Struikelblok: In het onderzoek van De Jong en Koster werd geen gebruik gemaakt van een 'no treatment' vergelijkingsgroep. Het betreft veranderingsonderzoek.
High/Scope Preschool Curriculum Study High/Scope Perry Preschool Project NL: Kaleidoscoop	Schweinhart & Weikart, 1997 Schweinhart e.a., 1993	Antisocial en delinquent gedrag Antisociaal en delinquent gedrag	2-5 jaar	Dit programma omvat intensieve dagopvangprogramma's en/of ouderbegeleiding High/Scope werd in Ypsilanti-Michigan ontwikkeld voor kinderen (2-5 jaar) uit achterstandssituaties. High/Scope is een twee jaar durend actief leerprogramma dat gebruikmaakt van de exploratiedrang van kinderen. Kinderen leren eerst activiteiten te plannen, ze	Indrukwekkende lange termijn effecten op jeugd delinquent gedrag in de adolescentie en vroege volwassenheid Indrukwekkende lange termijn effecten op jeugd delinquent gedrag in de adolescentie en vroege volwassenheid. Kinderen werden door de onderzoekers na het project tot in de volwassenheid gevolgd. Er werden positieve effecten van het programma gevonden op onderwijsprestaties, arbeidsparticipatie, inkomen, gezondheid, welzijn en delinquentie.	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Houston Parent-Child Development Center Program	Johnson & Walker, 1987	Externaliserende problematiek	< 3 jaar	<p>vervolgens pas uit te voeren en aansluitend te 'evalueren'. Daarnaast krijgen de sociale competentie en probleemoplossing bij conflicten aandacht.</p> <p>Het Perry Preschool project bestaat uit voorschoolse educatie gedurende 2½ uur per dag, 5 keer per week, met daarnaast wekelijkse huisbezoeken.</p>	<p>In het onderzoek van Schweinhart en collega's (1993) kregen de ouders in de vergelijkingsgroepen dezelfde opvoedingsondersteuning. Toch lieten alleen de kinderen in de groep die het High/Scope programma kregen op latere leeftijd minder crimineel gedrag zien. Dit suggereert invloed van het voorschoolse programma in het project.</p> <p>Nederlandse studie naar Piramide en Kaleidoscoop (Veen e.a., 2000): beide voorschoolse programma's bleken te leiden tot hogere leerprestaties en verminderde uitstroom naar het speciaal onderzoek. Er werd het meest geprofitteerd van de programma's door de zwakste leerlingen.</p> <p>Effectief</p>	
Images within	Woodside e.a., 1997	Verslaving ouders (alcohol-afhankelijke ouders)	12-15 jaar	<p>Vroegtijdige preventie thuis: Oudertraining in gezinnen met kinderen jonger dan 3 jaar oud. Specifiek ontworpen om onaangepast, storend gedrag van kinderen te voorkomen.</p> <p>Schoolpreventieprogramma: Klassikale lessenserie over KAO's ter vergroting van kennis en copingstrategieën. Geen vervolginventie.</p>	<p>Modelprogramma volgens Cuijpers (1999). The Images Within in een quasi-experimentele studie onderzocht (Woodside e.a., 1997; N = 588). Er werden verschillende positieve effecten gevonden: meer kennis over alcoholproblematiek, nieuwsgierigheid, meer contacten met anderen en meer hulpgedrag naar anderen. Meisjes bleken daarbij beter te scoren dan jongens, en hogere klassen beter dan lagere.</p>	
Incredible Years NL: versie in voorbereiding (Prof. Matthys, UMC Utrecht)	Webster-Stratton, 2000	Externaliserende problematiek cq Kindermis-handeling (begeleiding van mishandelde kinderen en hun gezinnen)	2-4 jaar	<p>Incredible Years is een serie met aandacht voor zowel de thuis- als schoolsituatie. Binnen het programma krijgen ouders onder andere vaardigheden aangeleerd om de sociale competentie van hun kind te vergroten en problematisch gedrag te reduceren. Zij leren effectief om te gaan met of in te gaan op gedrag van hun kind dat</p>	<p>M.b.t. kindermishandeling: Goed ondersteunde effectieve interventie met positief effect aangetoond in meer dan 2 RCT's → niveau 1 van effectiviteit (Rice e.a., 2003).</p> <p>In het onderzoek van Hughes en Gottlieb (2004) dat door Barlow en collega's werd aangehaald, droeg het programma bij aan positief ouderlijke handelen van</p>	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
				Zij als lastig ervaren. Het programma is ontwikkeld om jonge kinderen met gedragsproblemen sociaal competentier te maken en probleemgedrag te voorkomen of reduceren.	mishandelende moeders	
Let op de Kleintjes	De Rutter, 1999	Huiselijk geweld (kinderen die getuige zijn van..)	6-12 jaar	Psycho-educatieve cursus voor kinderen die getuige waren van huiselijk geweld gericht op de moeder in het gezin. De moeders krijgen ook ondersteuning in het programma.		Dit programma wordt gebruikt, maar het is niet vermeld of het ook effectief is.
Moeders Informeren Moeders	Hanrahan-Cahuzak, 2002	Internaliserende en externaliserende problematiek	0-18 maanden	Moeders Informeren Moeders richt zich op vrouwen in achterstandsituaties die voor het eerst moeder geworden zijn. De interventie richt zich op de vergroting van zelfredzaamheid, competentie en het sociale netwerk van de moeders. Zij krijgen gedurende 18 maanden één keer per maand een bezoek van een bezoekmoeder.	Probleemgedrag van het kind werd in MIM niet gemeten. Wel werden effecten gemeten en positief bevonden voor wat betreft competentie van de moeder.	Struikelblok: Er zijn ons geen effecten bekend op psychosociale problematiek van het kind.
Montreal Prevention Experiment	Tremblay e.a., 1992, 1996	Externaliserende problematiek	(binnen de marge 5-18 jaar)	Programma met verschillende componenten waarin zowel de jongeren zelf als overige gezinsleden participeren. Het programma's richt zich op jongens van 7 tot 9 jaar oud die in de schoolsetting storend gedrag laten zien.		Genoemd door Greenberg e.a. (2001): Weinig bekend over effectiviteit van dit programma
Multi-systematische gezinsbehandeling (MST)	Brunk e.a., 1987; Henggeler e.a., 1998	Kindermis-handeling		MST is gericht op antisociale, gewelddadige en/of middelen gebruikende jongeren en hun gezin. De behandeling van 4 tot 6 maanden wordt ook toegepast bij gezinnen waarin kindermishandeling een rol speelt.	Ondersteunde en waarschijnlijk effectieve interventie met positief effect aangetoond in minimaal 2 quasi-experimentele studies of tenminste 1 RCT → niveau 2 van effectiviteit (Rice e.a., 2003)  MST bleek er beter in te slagen in situaties waarin kindermishandeling een rol speelt, de ouder-kind relaties te verbeteren dan	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
NTU	Cherr e.a., 1998	Verslaving	Onbekend	Wijkgericht preventieprogramma m.b.t. middelengebruik. In het bijzonder veel aandacht voor de Afrikaans-Amerikaanse cultuur, waarden en overtuigingen. In het programma staat een schoolgerichte interventie centraal. Daarnaast omvat het project ook een gezinsgerichte component en een 'community' gericht onderdeel waarin beïnvloeding van de sociale omgeving nagestreefd wordt.	Veelbelovend volgens Bolier en Cuijpers (2000). NTU liet geen positief effect zien op attitude of middelgebruik, maar de prevalentie was gemiddeld laag en de attitude negatief. Men zou kunnen zeggen dat er weinig ruimte was voor verbetering op dit vlak. NTU resulteerde wel in positieve effecten op raciale identiteit, kennis over Afrika en de Afrikaanse cultuur en verbetering van gedrag op school.	
Omgaan met Pubers	Boom, 1997	Internaliserende en externaliserende problematiek	Adolescentie	De cursus 'Omgaan met Pubers' is bedoeld voor ouders van probleempubers.	Uit het onderzoek van Boom (1997) bleek dat het probleemgedrag van deze pubers verminderde door een verbeterde communicatie tussen ouders en kind. In het onderzoek waren echter slechts 8 ouderparen betrokken.	Struikelblok: Geëvalueerd in een wel erg kleine steekproef.
Omgangs- en scheidingsbemiddeling	Chin-A-Fat & Steketee, 2002	Scheiding (begeleiding van het scheidingsproces)		Het doel van scheidingsbemiddeling is na te gaan of scheiden zonder tussenkomst van de rechter op basis van een convenant kan worden ingevoerd. Het doel van omgangsbemiddeling is na te gaan of deelname van partijen aan een verwijzing door de rechter naar een bemiddelingsdeskundige een positief effect heeft op de uitkomsten van de procedure, ter oplossing van een conflict over de omgang. De bemiddeling bestaat uit drie tot vier gesprekken van anderhalf tot twee uur.	Scheidingsbemiddeling in plaats van een gerechtelijke procedure bleek voor wat betreft de procesmatige kant succesvol te zijn. En ook omgangsbemiddeling was op dit vlak redelijk succesvol. Er was een duidelijk positief effect bij het oplossen van omgangsproblemen. Er waren afspraken gemaakt tussen beide partijen en bij sommigen was de communicatie verbeterd, de omgangsregeling aangepast en de relatie met de kinderen verbeterd. Echter, één derde van de bemiddelden was het niet gelukt om tot overeenstemming te komen. Zij legden het geschil voor aan de rechtbank. Van de ouders in geslaagde bemiddelingen bleek ongeveer de helft de afspraken een jaar later nog steeds zoals afgesproken uit te voeren. Voor een deel waren de afspraken	Struikelblokken: Vooral de procesmatige kant werd geëvalueerd. Er zijn geen directe effecten op de kinderen beschreven.  Kinderen van twaalf jaar en ouder hadden graag gezien dat zij waren geraadpleegd. Dit is niet gebeurd.

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Ouder-kind educatie voor fysiek mishandelende ouders	Wolfe, 1994; Wolfe e.a., 1988	Kindermis-handeling (begeleiding van mishandelde kinderen en hun gezinnen)			<p>veranderd, maar deze veranderingen waren positief ervaren omdat de opvoeding van kinderen flexibiliteit vraagt. Een ruime meerderheid van de deelnemers zou weer voor bemiddeling kiezen in plaats van een rechtelijke procedure. Alhoewel niet iedereen dus tot overeenstemming was gekomen, was de winst voor wat betreft het scheidingsproces duidelijk aanwezig. Kinderen van twaalf jaar en ouder zouden volgens Chin-A-Fat en Stekete (2002) daarbij in de gelegenheid gesteld moeten worden om (schriftelijk) hun mening naar voren te brengen over voor hen relevante onderwerpen zoals het contact met beide ouders. Kinderen binnen deze leeftijdsgroep kregen in de studie een vragenlijst toegestuurd. Alhoewel de jeugdigen het niet oneens waren met de regelingen, had een kwart van hen had graag bij de bemiddeling betrokken geweest.</p>	
Parent-Child Interaction Training (PCIT); <a href="http://www.pcit.org">www.pcit.org</a>	Zie o.a. Aos e.a., 2004; Hood & Eyberg, 2003; Nixon e.a., 2003	Externaliserende problematiek		PCIT is een (oorspronkelijk) individuele interventie voor ouders van jonge kinderen. Ouders worden getraind tijdens de interactie met hun kind met als doel de affectieve ouder-kind band te versterken en adequaat te leren straffen cq corrigeren (zie ook <a href="http://www.pcit.org">www.pcit.org</a> ). Er is recent ook een groepsversie van het programma ontwikkeld.	<p>Ondersteunde en acceptabele interventie met positief effect aangetoond in vergelijkingsstudies, correlatieve studies of case control studies; 1 niet-gerandomiseerde studie; of een ander quasi-experimentele studie → niveau 3 van effectiviteit (Rice e.a., 2003)</p> <p>Het programma is in verschillende studies effectief gebleken. Bovendien wordt het aanbevolen als veelbelovend programma in de preventie van kindermishandeling (zie ook AOs e.a., 2004; Hood &amp; Eyberg, 2003, Nixon e.a., 2003).</p>	



Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Parent Management Training Oregon (PMTO)	Patterson, 2005	Externaliserende problematiek	3-12 jaar	Opvoedingsondersteuningsprogramma: Ouders van kinderen met ernstige gedragsmoeilijkheden leren 5 vaardigheden: het oplossen van problemen, het scheppen van een 'warm nest' thuis, het monitoren van hun kinderen, het disciplineren van de kinderen door straffen en belonen, en het oefenen van leeftijdsadequate vaardigheden. Het programma bestaat uit 25 sessies die vastgelegd worden op video en gebaseerd zijn op een handboek. Tussentijds wordt steeds gecontroleerd of het programma wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven. Het programma is gebaseerd op de sociale leerprincipes (Patterson, 2005) die ten grondslag liggen aan meer programma's die door de Inventigroep worden aanbevolen: The Montreal Longitudinal Experimental Study, Incredible Years en Triple P.	Effectief gebleken. Genoemd door de Inventgroep.	
Parenting Through Change Program (PTC)	Forgatch & DeGarmo, 1999	Scheiding	6-10 jaar	PTC is een ouderprogramma dat bestaat uit 14 sessies. Het toetst een model voor de ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen van jongens na de scheiding, gebaseerd op de <i>coercion</i> theorie. Het uitgangspunt is dat een gebrek aan ouderlijke vaardigheden (met betrekking tot disciplineren, ontwikkelingsstimulering, probleemoplossen, monitoren en positieve betrokkenheid) leidt tot antisociaal gedrag.	PTC werd positief geëvalueerd in een groep van zes tot tien jaar oude jongens. Het negatieve opvoedingsgedrag van de moeders was afgenomen wat verval van positieve betrokkenheid voorkwam. Er werd geen direct effect op internaliserende en externaliserende problematiek van de kinderen gevonden, maar positieve veranderingen in opvoedend gedrag hingen wel samen met minder contact met 'slechte' vriendjes (Forgatch & DeGarmo, 1999, 2002). Dertig maanden na de interventie resulteerde PTC bovendien in een significante afname in ongehoorzaamheid van de jongens, een afname in ongunstig disciplineren door de moeders en een	Struikelblok: Er werd geen direct effect op internaliserende en externaliserende problematiek van de kinderen gevonden.

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Partners for Learning Varianten: - Abecedarian Project - CARE - Infant Health and Development Program (IHDP)	Sparling e.a., 1995	Cognitieve ontwikkeling en sociale vaardigheden	0-3 jaar	De eerste twee projecten, Abecedarian en CARE, evalueerden het 'Partners for Learning' programma van Sparling, Lewis en Ramey (1995). Als steekproef werden gezinnen met weinig economische en sociale middelen geselecteerd. Het programma van Sparling e.a. (1995) biedt activiteitenkaarten, nieuwsbrieven, fotokaarten, posters, meetinstrumenten, dossier sheets, handboeken enzovoorts om de implementatie van het programma te ondersteunen. De drie basisprincipes zijn de volgende: (1) indeling in spelachtige leerepisodes, (2) geïntegreerd in de dagelijkse aspecten, en (3) gericht op zowel specifieke vaardigheden als algemene regelmatigheid/gewoontes. Het Infant Health and Development Program gebruikte een aangepaste vorm van het programma dat aangeboden werd in gezinnen met premature kinderen of kinderen met een laag geboortegewicht. De sociaal economische status van deze gezinnen was divers.	stabilisatie van hun positief opvoedend handelen (Martinez & Forgatch, 2001).  Alle drie de toepassingen van het 'Partners for Learning' programma resulteerden in positieve effecten op IQ van de kinderen gedurende de eerste drie levensjaren. Kinderen in gezinnen met de minste (sociaal economische) middelen profiteerden het meest van deze vorm van vroegtijdige interventie.	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
PATHS	Kusche & Greenberg, 1994	Internaliserende problematiek			Voorgedragen door Greenberg e.a., 2001. Dit programma was oorspronkelijk niet bedoeld om internaliserende problematiek te reduceren, maar er werden wel effecten gevonden in dit domein.	Greenberg e.a. (2001): positieve resultaten van deze interventies (Anger Coping Program/ Brainpower Program/ Peer Coping Skills Training/ en Social Relations Program) waren gemiddeld statistisch significant, maar bescheiden van omvang. Bovendien neigden ze op lange termijn uit te doven. Meestal waren de experimenten gericht op jongens in kleine steekproeven.
Peer Coping Social-Skills Training	Prinz e.a., 1994	Agressief, antisociaal en delinquent gedrag	6-8 jaar	22 sessies sociale vaardigheidstraining	Effectief volgens Greenberg e.a., 2001. Brezinka noemde dit als voorbeeld van intensievere programma's met meer zittingen over een langere periode die de kans op effecten leken te vergroten ten opzichte van minder intensieve programma's. De meer succesvolle preventieprogramma's zijn vaak zoals deze twee programma's zeer intensief en daardoor tamelijk kostbaar. Echter, volgens Brezinka zou deze investering – gezien de enorme kosten van gedragsproblemen voor het individu en de praktijk – de moeite waard kunnen zijn.	
Penn Prevention Program	Jaycox e.a., 1994; Gillham e.a., 1995	Depressie (stemmingsstoornis)	10-13 jaar	Het Penn preventieprogramma is oorspronkelijk bedoeld voor kinderen tussen 10 en 13 jaar oud met depressieve klachten. In groepen wordt aandacht besteed aan (1) correcte interpretatie van omstandigheden en het leren omgaan met emoties, inclusief een zekere flexibiliteit van denken; en (2) sociaal cognitieve probleemoplossing, te weten het stellen en formuleren van doelen en het toewerken naar besluitvorming.	(NB: Horowitz en Garber (1996) bespraken een 8-tal evaluaties van dit programma)	Greenberg e.a. (2001): Typisch cognitief-gedragsmatig met een focus op gebrekkige cognitie en verstoringen geassocieerd met de stoornis.

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Physical Abuse-Informed Family Therapy	Kolko & Swenson, 2002	Kindermis-handeling		Een individuele cognitief gedragsmatige behandeling voor kinderen en ouders bij fysieke mishandeling. De behandeling heeft een duur van 12 tot 24 bijeenkomsten en richt zich op de toepassing van sociale leerprincipes waarbij de nadruk ligt op wederzijdse beïnvloeding tussen ouders en kinderen. Er komen zowel gedragsmatige, cognitieve als affectieve aspecten aan bod.	Kolko deed in 1996 onderzoek naar de methode. Totaal 55 kinderen en hun ouders werden at rondom toegewezen aan deze methodiek, traditionele gezinstherapie of aan een regulier ondersteuningsaanbod. Zowel de individuele kind- en oudertherapie (deze methodiek) als gezinstherapie leidden tot betere resultaten in vergelijking tot het reguliere ondersteuningsaanbod.	
Praten met Kinderen	Van As & Janssens, 1998	Internaliserende en externaliserende problematiek	10-14 jaar	Oudercurcus voor ouders met kinderen met internaliserend en externaliserend probleemgedrag. De cursus bestaat uit 7 wekelijkse groepsbijeenkomsten van ongeveer twee uur. Ouders ontvangen tijdens de bijeenkomsten tips en regels om ervoor te zorgen dat een discussie niet escaleert en het probleem in een ontspannen sfeer besproken en opgelost kan worden.	Er zijn in de evaluatie van het programma geen metingen van probleemgedrag verricht (alleen van de ouder-kind communicatie). De evaluatie van het programma (Van As & Janssens, 1999) bevestigde het beeld dat een dergelijke oudercurcus het gedrag van ouders positief kan beïnvloeden.	Struikelblok: Er zijn in de evaluatie van het programma geen metingen van probleemgedrag verricht (alleen van de ouder-kind communicatie).  De conclusie van Verdurmen e.a. (2003) was dat de kwaliteit van de studies naar Video-Hometraining, Praten met Kinderen en Stemmingmakerij weliswaar goed was, maar dat er sprake was van weinig follow-up metingen en dat effecten moeilijk te interpreteren waren door ondermeer kleine steekproeven, het ontbreken van onafhankelijke gedragsmaten en grote uitval in de studies. Geen van de studies werd als <i>veelbelovend</i> aangemerkt.
Primary Mental Health Project (PMHP)	Cowen e.a., 1996	Internaliserende problematiek		Het Primary Mental Health Project (Cowen e.a., 1996) is een ondersteuningsprogramma voor basisschoolleerlingen met sociaal-emotionele problemen of leerproblemen. De kinderen worden gestimuleerd in expressief spel en er worden grenzen gesteld aan onaanangepast gedrag. Zo leren	Voorge dragen door Greenberg e.a., 2001 en de Inventagroep. Dit programma was oorspronkelijk niet bedoeld om internaliserende problematiek te reduceren, maar er werden wel effecten gevonden in dit domein.  Als gevolg van het programma lieten kinderen minder humeurig en	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Project 12-Ways	Gershater-Molko e.a., 2002; Lutzker & Rice, 1984	Kindermis-handeling		<p>Zij levensvaardigheden als op de beurt wachten, regels volgen en aan een bepaalde taak wijden.</p> <p>Project 12-ways is een ondersteuningsvorm die ingezet wordt na fysieke mishandeling en verwaarlozing. Het betreft een opvoedingsondersteuningsprogramma dat thuis aangeboden wordt en ouders onder andere traint in opvoedingsvaardigheden. De nadruk ligt binnen deze interventie op het zorgen voor de gezondheid van het kind, de veiligheid in huis, de hygiëne thuis en het bevorderen van binding.</p>	<p>teruggetrokken gedrag zien en waren zij minder agressief naar andere kinderen.</p> <p>Thomlison, 2003: Veelbelovende en acceptabele interventies met bewijsvoering door experts of klinische ervaring van een autoriteit of beiden → niveau 4 van effectiviteit (Rice e.a., 2003)</p> <p>Volgens Chaffin en Friedrich (2004): één van de meest onderzochte en best ondersteunde programma's.</p> <p>Onderzoek toonde verbeteringen in omgevingsgerichte en gezondheidsgerichte risicofactoren en een positieve ouder-kind interactie.</p>	
Project 25	Ridell, 1988	Verslaving ouders (alcohol-afhankelijke ouders)	11-12 jaar	<p>Schoolpreventieprogramma: 4 algemene lessen in klasverband, ten behoeve van kennis en identificatie van kinderen van alcoholafhankelijke ouders (KAO's), vervolgens een ondersteuningsgroep (45 tweeweekelijkse sessies, 2 schooljaren, gericht op kennis, coping en ondersteuning)</p>	<p>Modelprogramma volgens Cuijpers (1999). Naar Project 25 en CASPAR waren slechts evaluatieonderzoeken gedaan waarin de deelnemers na afloop van het programma een beoordeling gaven. De oordelen over de programma's door de deelnemers waren positief. Zij gaven aan minder eenzaam te zijn en het bespreken van problemen in groepsverband als steunend ervaren te hebben. Vooral de sociale steun leek als werkzaam element ervaren te worden.</p>	<p>Struikelblok: Er zijn geen RCT's naar dit programma uitgevoerd. Er is slechts evaluatieonderzoek gedaan waarin de deelnemers na afloop van het programma een beoordeling gaven</p>
Project Success	Richards-Colocino e.a., 1996	Verslaving	Onbekend	<p>Wijkgericht preventieprogramma m.b.t. middelengebruik. In het programma staat een schoolgerichte interventie centraal. Daarnaast omvat het project ook een gezinsgerichte component en een 'community' gericht onderdeel waarin beïnvloeding van de sociale omgeving nagestreefd wordt.</p> <p>Moeder-kind psychotherapie.</p>	<p>Veelbelovend volgens Bolier en Cuijpers (2000). In Success werd een positief effect gevonden op middelgebruik en zelfwaardering.</p>	
Psychodynamische Psychotherapie (PPT)	Fraiberg e.a., 1975, 1987	KOPP			<p>PPT is niet afzonderlijke experimenteel geëvalueerd en veel concepten en technieken zijn slecht uitgewerkt. De ondersteuning voor deze methode komt</p>	<p>Struikelblok: PPT is niet afzonderlijke experimenteel geëvalueerd en veel concepten en technieken zijn slecht uitgewerkt.</p>

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Psycho-Educational Family Preventive Intervention	Beardslee en collega's, 1989, 1992, 1996, 1997	KOPP		Dit betreft een programma bestaande uit zes tot tien individuele gesprekken met ouders en kinderen en gezinsgesprekken. Het is ook beschikbaar voor Nederland en wordt door verschillende GGZ-instellingen uitgevoerd.  Er is ook een minder uitgebreide variant bestaand uit twee groepsbijeenkomsten (zie resultaten in de volgende kolom).	voornamelijk van beschreven casussen. Echter, Cohen e.a. (1999) vergeleken de psychodynamische psychotherapie (PPT) van Fraiberg en collega's met de WWW methode (hieronder: WWW en PPT bleken vergelijkbare effecten te weeg te brengen. Wel traden de effecten bij WWW sneller op dan bij PPT. Gesuggereerd werd dat de focus in WWW op de eigen effectiviteit van kinderen en de eigen opvoeding, mogelijk de belangrijkste factoren zijn verantwoordelijk voor dit eerdere succes van WWW. Nylén en collega's (2006) concludeerden dat er op basis van deze resultaten sterke onderbouwing is dat moeder-kind psychotherapie bevorderlijk is voor zowel moeders als kinderen.  Er zijn twee type interventies geëvalueerd. In één groep ontvingen ouders twee groepsbijeenkomsten informatie – een soort bijscholingen – zonder aanwezigheid van hun kinderen. In een andere groep werden 6 tot 11 sessies georganiseerd waarin eerst kinderen en ouders apart begeleid werden en vervolgens in gezamenlijke bijeenkomsten de gezinsconversatie op gang geholpen werd. Ouders in beide groepen voelden zich geholpen. RCT's hebben de effectiviteit van beide programma's bevestigd en daarnaast aangetoond dat de uitgebreidere tweede interventie het meest effectief was (Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper, 2003; Beardslee, Wright e.a., 1997; Beardslee, Versage e.a., 1997). Op langere termijn hadden de kinderen meer begrip en minder internaliserende problemen.	Voordeel NL: Veel aandacht voor KOPP: Cuijpers (2001) concludeerde dat 35% van de voor preventie beschikbare capaciteit in de GGZ werd besteed aan interventies gericht op kinderen en jeugdigen. Het gros van deze activiteiten was gericht op kinderen van psychiatrische patiënten (KOPP; in >80% van de GGZ instellingen; 16% van de totale capaciteit).

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project Coping Cat	Dadds e.a., 1997, 1999	Angst		Preventie angststoornissen bij kinderen met subklinische klachten: Kinderen leren in individuele sessies (bij 3 sessies zijn ook ouders betrokken) vanuit een combinatie van cognitieve, gedragsmatige en fysiologische manieren omgaan met situaties die angst verwekken. <i>Reconnecting Youth</i> is een geïndiceerd schoolpreventieprogramma voor adolescenten (15-18 jaar) met meervoudige problematiek, zoals middelengebruik (alcohol, drugs), depressie en suicidale gedachten. Het programma bestaat uit drie componenten: a) het uitgebreide lesprogramma Personal Growth Class met vooral 'life skills' training (20 weken lang, 5 dagen per week lessen van elk 55 minuten); b) sociale activiteiten en binding aan school; en c) een crisisplan op school ter preventie en hantering van suicide.	Enige programma ter preventie van angststoornissen dat aan de criteria van Greenberg e.a. (2001) voldeed met betrekking tot effectiviteit. Deelnemers aan het programma hadden na zes maanden na de interventie minder internaliserende problemen dan kinderen in de controlegroep.	
Reconnecting Youth	Eggert e.a., 1990, 1994a, 1994b	Verslaving + meervoudige problematiek	15-18 jaar		Veelbelovend volgens Bolier en Cuijpers (2000) Het programma had positieve effecten op druggebruik, op negatieve effecten die uit druggebruik voortvloeien, controleproblemen met betrekking tot druggebruik, schoolresultaten, binding met school, minder binding met deviantie leeftijdsgenoten en zelfvertrouwen. In één studie (Eggert e.a., 1995) werd vooral gekeken naar de effecten op aan suicide gerelateerde risicofactoren (bij 105 jongeren 15-18 jaar met een verhoogd suiciderisico). Er werden verbeteringen gevonden op het gebied van zelfvertrouwen, sociale steun, depressie, aan suicide gerelateerd risicogedrag, hopeloosheid, stress en woede. Echter deze traden ook op in een controlegroep waarin alleen een uitgebreid assessment protocol werd aangeboden. De relatieve effectiviteit van het programma kon hier dus niet aangetoond worden.	Struikelblok: In studie van Eggert e.a. 1995 was geen relatieve effectiviteit van het programma aangetoond.
Resilient Peer Training	Fantuzzo e.a., 1996	Kindermis-handeling			Ondersteunde en acceptabele interventie met positief effect aangetoond in vergelijkingsstudies, correlatieve studies of case control studies; 1 niet-gerandomiseerde studie; of een ander quasi-experimentele studie → niveau 3 van effectiviteit (Rice e.a., 2003)	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Single Parents' Support Group (SPSG)	Stolberg & Garrison, 1985	Scheiding		SPSG bestaat uit 12 sessies en faciliteert de aanpassing van kinderen door hun moeders te ondersteunen bij identiteitsontwikkeling, sociale steun te bieden en te trainen in opvoedingsvaardigheden.	Er werden matige verbeteringen gevonden in de aanpassing van moeders naar aanleiding van SPSP in een quasi-experimentele studie. In deze effectstudie werden geen significante verbeteringen gevonden in de opvoeding of mentale gezondheid van de jeugdigen (Stolberg & Garrison, 1985).	Struikelblokken: Onderzocht in een quasi-experimentele studie; Slechts matige verbeteringen gevonden; Geen significante verbeteringen gevonden in de opvoeding of mentale gezondheid van jeugdigen.
Social Effectiveness Therapy for Children (Set-C)	Beidel e.a., 2000 ; Kashdan & Herbert, 2001	Internaliserende problematiek		Set-C richt zich op sociaal minder vaardige, angstige kinderen. In het programma wordt een combinatie geboden van bijeenkomsten met het gezin en vrijetijdsactiviteiten waarbij ook sociaal vaardige kinderen aanwezig zijn (Beidel e.a., 2000; Kashdan & Herbert, 2001).	Er werden positieve effecten gevonden op (sociale) angst van de kinderen, hetgeen ook een grote impact had op hun algehele welbevinden. De positieve effecten bleken te in de eerste zes maanden na afloop van het programma sterker te worden.	
Social Relations Program	Lochman e.a., 1993	Agressief, antisociaal en delinquent gedrag	10 jaar	26 individuele behandelcontacten en 8 groepsessies	Effectief volgens Greenberg e.a., 2001. Brezinka noemde dit als voorbeeld van intensievere programma's met meer zittingen over een langere periode die de kans op effecten leken te vergroten ten opzichte van minder intensieve programma's. De meer succesvolle preventieprogramma's zijn vaak zoals deze twee programma's zeer intensief en daardoor tamelijk kostbaar. Echter, volgens Brezinka zou deze investering – gezien de enorme kosten van gedragsproblemen voor het individu en de praktijk – de moeite waard kunnen zijn.	Greenberg e.a. (2001): positieve resultaten van deze interventies (Anger Coping Program/ Brainpower Program/ Peer Coping Skills Training/ en Social Relations Program) waren gemiddeld statistisch significant, maar bescheiden van omvang. Bovendien neigden ze op lange termijn uit te doven. Meestal waren de experimenten gericht op jongens in kleine steekproeven.
Social Support Network	Gaudin e.a., 1990; Lutzker e.a., 1998	Kindermis-handeling			Ondersteunde en acceptabele interventie met positief effect aangetoond in vergelijkingsstudies, correlatieve studies of case control studies; 1 niet-gerandomiseerde studie; of een ander quasi-experimentele studie → niveau 3 van effectiviteit (Rice e.a., 2003)	
STAR-project (Students Together And	Emshoff, 1990	Verslaving ouders (alcohol-afhankelijke	Middelbare school-leeftijd	Schoolpreventieprogramma: Klassieke film over situatie KAO's ten behoeve van kennis,	Modelprogramma volgens Cuijpers (1999). Het STAR programma werd in één RCT geëvalueerd door Emshof (1990;	



Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Resourceful)		ouders)		identificatie en ondersteuning, vervolgens ondersteuningsgroep voor KAO's (18 bijeenkomsten) gericht op kennis, competentie, sociale steun en coping.	steekproefomvang circa 200). Er werden positieve effecten van het programma gevonden op sociale steun, depressieve klachten, eenzaamheid, zelfwaardering, en gevoel van zelfcontrole.	
STARS: Start Taking Alcohol Risk Seriously	Werch e.a., 1996	Verslaving (alcoholmisbruik)	12-15 jaar	Het <i>STARS</i> (Start Taking Alcohol Risk Seriously) schoolprogramma tenslotte richt zich op leerlingen (12 tot 15 jaar) met een verhoogd risico op alcoholmisbruik. Het programma bestaat uit een module met zelfinstructie, een gestandaardiseerd gezondheidsconsult door een arts of verpleegkundige en een follow-up gezondheidsconsult door een oudere leerling.	Veelbelovend volgens Bolier en Cuijpers (2000) Het programma resulteerde in minder alcoholgebruik door de leerlingen, een grotere intentie om te minderen of stoppen en een groter besef van gezondheidsproblematiek als gevolg van alcoholgebruik. De effecten waren het grootst voor leerlingen die niet eerder alcohol gebruikt hadden.	
STARS for Families	Werch e.a., 1998, 1999	Verslaving (alcoholgebruik)	12-15 jaar	Gezinsgericht programma voor verslavingspreventie. <i>STARS</i> kwam hierboven reeds aan bod als selectief schoolprogramma ter preventie van alcoholgebruik. <i>STARS for Families</i> is een variant van dit programma waaraan een gezinsgerichte component is toegevoegd. Het programma bestaat uit een gezondheidsconsult voor leerlingen (12 tot 15 jaar) door een getrainde verpleegkundige; een brief voor de ouders over deelname aan het programma en met op het risicoprofiel van het kind afgestemde tips om een gesprek of discussie met de jeugdige aan te gaan over alcoholgebruik; en gezinsgerichte lessen (9 lessen om thuis samen met het kind te maken en te oefenen).	Veelbelovend volgens Bolier en Cuijpers (2000). Er werd één onderzoek naar het programma uitgevoerd (Werch e.a., 1998, 1999). Op korte termijn en op de 6 maanden follow-up werden positieve effecten gevonden op gebruik van alcohol en intentie hiertoe. Dit effect was het sterkste voor leerlingen die al eerder alcoholproblemen hadden.	Struikelblok: Een jaar na de interventie waren effecten niet meer aantoonbaar. Verder: De gezinsgerichte programma's bleken vaak te kampen met problemen als hoge uitval en moeilijkheden in de werving en het behoud van deelnemers. Desondanks bestempelden de auteurs (Bolier en Cuijpers, 2000) de vier bovenstaande gezinsgerichte programma's op basis van wetenschappelijke evidence als <i>veelbelovend</i> .

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Stemmingmakerij	Veltman e.a., 1996	Depressie			<p>Het programma 'Stemmingmakerij' werd in Nederland onderzocht onder 99 deelnemers in de interventieconditie versus 92 in de controleconditie en positief geëvalueerd. Depressie bij de cursisten nam meer af dan voor adolescenten in de controleconditie. Dit verschil was ook na een jaar nog zichtbaar. Ook werden effecten op depressieve klachten, algemene psychische gezondheid, sociale en probleemoplossende vaardigheden gevonden. Er was in het onderzoek sprake van veel uitval.</p>	<p>Struikelblok: Er was veel uitval in het onderzoek.</p> <p>De conclusie van Verdurmen e.a. (2003) was dat de kwaliteit van de studies naar Video-Hometraining, Praten met Kinderen en Stemmingmakerij weliswaar goed was, maar dat er sprake was van weinig follow-up metingen en dat effecten moeilijk te interpreteren waren door ondermeer kleine steekproeven, het ontbreken van onafhankelijke gedragsmaten en grote uitval in de studies. Geen van de studies werd als <i>veelbelovend</i> aangemerkt.</p>
Strengthening Families	Aktan e.a., 1996; DeMarsch & Kumpfer, 1986; Kumpfer e.a., 1996	Verslaving cq Verslaving ouders (kinderen van druggebruikende ouders)	6-10 jaar	Gezinsgericht programma voor verslavingspreventie. Het <i>Strengthening Families</i> programma is een selectief programma gericht op kinderen (6 tot 10 jaar) van druggebruikende ouders. Het heeft tot doel om middels 14 wekelijkse sessies van 2 tot 3 uur de opvoedingsvaardigheden van deze ouders (en hun kinderen) te verbeteren om zodoende riskant druggebruik bij hun kinderen te voorkomen.	<p>Veelbelovend volgens Bollier en Cuijpers (2000).</p> <p>Onderzoek duidde positieve effecten aan op de opvoedingsvaardigheden en eigen-effectiviteit van ouders (DeMarsh &amp; Kumpfer, 1986; Kumpfer e.a., 1996). Ook de sociale vaardigheden van de kinderen werden significant verbeterd. Tot slot werden verbeteringen geconstateerd in gezinsrelaties, gezinsomgeving en gebruik bij reeds gebruikende oudere kinderen en bij de druggebruikende ouders.</p>	<p>Struikelblok: De gezinsgerichte programma's bleken vaak te kampen met problemen als hoge uitval en moeilijkheden in de werving en het behoud van deelnemers. Desondanks bestempelden de auteurs (Bollier en Cuijpers, 2000) de vier bovenstaande gezinsgerichte programma's op basis van wetenschappelijke evidence als <i>veelbelovend</i>.</p>
Stress Inoculation Training I & II	Hains, 1992; Hains & Ellmann, 1994; Hains & Szyjakowski, 1990; Kiselica e.a., 1994	Stress		Stress preventieprogramma (school): richt zich op het verminderen van negatieve emotionele beleving van stress voor kinderen of adolescenten met een verhoogd angstniveau, depressieve symptomen en/of een slechte beheersing van woede. Gedurende 13 sessies leren jeugdigen cognitieve vaardigheden om hun	<p>Voorgedragen door Greenberg e.a., 2001 en de Invenigroep.</p> <p>Met name jeugdigen met een hoog aanvangsniveau van stress hadden baat bij het programma.</p>	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Stress Management and Alcohol Awareness Program (SMAAP)	Short e.a., 1995; Roosa e.a., 1990	Verslaving ouders (alcohol-afhankelijke ouders)	Basisschool-leeftijd	gedachten te herstructureren, problemen op te lossen en angst te beheersen. Schoolpreventieprogramma: film over de situatie van KAO's, ten behoeve van kennis, identificatie en ondersteunende omgeving, vervolgens (a) ondersteuningsgroep en (b) persoonlijke trainer (student) met als doelen: kennis, coping, sociale steun mobiliseren en verwerking.	Aangedragen door Beardslee e.a. (in druk) + besproken als modelprogramma door Cuijpers (1999). Het SMAAP programma werd twee keer in een RCT geëvalueerd (steekproeven 81 en 271 KAO's; Roosa e.a., 1990; Short e.a., 1995). In de eerste RCT waren betere scores voor de interventie- versus controleconditie te zien op positieve copingstrategieën, hulpzoekgedrag en depressie. In de tweede RCT werd meer kennis over alcohol en de gevolgen van alcoholmisbruik van een ouder voor de rest van het gezin gevonden na het programma in vergelijking tot voor aanvang van het programma. Verder werd de verbetering in copingstrategieën in de interventiegroep bevestigd.	
Success for All NL: Piramide	Slavin e.a., 1990, 1993	Antisociaal gedrag			Nederlandse studie naar Piramide en Kaleidoscoop (Veen e.a., 2000): beide voorschoolse programma's bleken te leiden tot hogere leerprestaties en verminderde uitstroom naar het speciaal onderzoek. Er werd het meest geprofitteerd van de programma's door de zwakste leerlingen.	Struikelblok: Junger-Tas (2001) ging niet in op de effecten van het programma op verminderd antisociaal gedrag.
Syracuse University family Development Research Programme TPP	Lally e.a., 1988	Antisocial en delinquent gedrag		Dit programma omvat intensieve dagopvangprogramma's en/of ouderbegeleiding	Indrukwekkende lange termijn effecten op jeugd delinquent gedrag in de adolescentie en vroege volwassenheid	
	Cicchetti e.a. (1999, 2000)	KOPP	Peuters	Peuter-ouder psychotherapie (TPP) op basis van de gehechtheidstheorie. Het versterken van de ouder-kind relatie en interactie staat centraal.	Van deze methode werden positieve effecten gevonden onder andere op veilige gehechtheid van de kinderen.	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
<i>Traumagerichte cognitieve gedragstherapie</i> NL: Horizon-methodiek	Cohen & Mannarino, 1993; Deblinger e.a., 1999	Kindermis-handeling (begeleiding van mishandelde kinderen en hun gezinnen)			Thomlison, 2003: Goed ondersteunde effectieve interventie met positief effect aangevoeld in meer dan 2 RCT's → niveau 1 van effectiviteit (Rice e.a., 2003). Chaffin & Friedrich, 2004: enige veelbelovende en effectieve programma ter begeleiding van kinderen die reeds slachtoffer waren van kindermishandeling binnen het gezin.	
Triple P	Sanders e.a., 2003	Externaliserende problematiek	0-10 jaar	Triple P is een programma voor gezinnen met jonge kinderen (overwegend jonger dan 10 jaar). Het programma is flexibel en heeft zowel universele toepassingen (Deelstudie I) als interventies die zich richten op specifieke groepen ouders waar al gedragsproblemen bij kinderen zijn vastgesteld.	Het programma liet in meerdere landen en in meerdere praktijksituaties consistent positieve effecten zien op opvoedingsgedrag van ouders en verminderd probleemgedrag bij kinderen.	
Urban Youth Connection	Valentine e.a., 1998a, 1998b	Verslaving (problematisch middelengebruik)	12-18 jaar	Schoolprogramma <i>Urban Youth Connection</i> is gericht op kinderen van 12 tot 18 jaar met een verhoogd risico op problematisch middelengebruik (eigen aanmelding of doorverwijzing door leerkrachten op basis van schoolprestaties, gedragsproblemen in de klas, en psychische of gedragsproblemen buiten school). Het bestaat uit counseling aan individuen, tweetallen of groepen; en uit diensten als intakes, ouder- en leerkrachtbijeenkomsten, adviserende gesprekken en telefoongesprekken.	Veelbelovend volgens Bolier en Cuijpers (2000) Er werden van het programma positieve effecten aangevoeld op alcoholgebruik, risicogedrag op het gebied van interpersoonlijk geweld, betrokkenheid bij school, schoolprestaties, depressie en sociale coping.	
Video-Hometraining/ Video Feedback Training	Janssens & Kemper, 1996; Weiner e.a., 1994	Internaliserende en externaliserende problematiek	0-12 jaar	Begeleiding van gezinnen met een verstoorde relatie tussen ouder en kind door communicatieproblemen. Eerder opgenomen video-beelden worden met de ouder teruggekeken	Het programma (Janssens & Kemper, 1996) liet positieve effecten zien, namelijk op externaliserende en internaliserende probleemgedragingen. Echter, voor deze evaluatie was alleen ouderrapportage beschikbaar.	De conclusie van Verdurmen e.a. (2003) was dat de kwaliteit van de studies naar Video-Hometraining, Praten met Kinderen en Stemmingmakerij weliswaar goed was, maar dat er sprake was van

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
				<p>en gebruikt ter ondersteuning van vaardigheidstraining van de ouder in de omgang met zijn of haar kind. Video-hometraining kan zowel geboden worden door professionele instellingen als door pedagogen en psychologen die werken vanuit een eigen praktijk. Video-hometraining wordt zowel kortdurend ingezet bij lichte opvoedingsproblemen, als langduriger bij complexe problematiek. In Nederland richt de Associatie Intensieve Thuisbehandeling (AIT) zich specifiek op de ontwikkeling van video-hometraining. Zij heeft regionale steunpunten voor opleiding en kwaliteitszorg na opleiding. Hier worden landelijk dus trainers opgeleid die video-hometraining toepassen (zie ook <a href="http://www.aitnl.org">www.aitnl.org</a>).</p>	<p>De meta-analyse van Bakermans-Kranenburg e.a. (2003) wees op de effectiviteit van het gebruik van video feedback in opvoedingsondersteuning (zie verder ook Bakermans-Kranenburg e.a., 1998; Klein Velderman e.a., 2006a, 2006b). Notabene: Het SCO-Kohnstamm Instituut heeft een meta-analyse over video-feedback begeleiding verricht. De voorlopige resultaten van deze meta-analyse (Ruben Fukink, persoonlijke communicatie, 14-11-2006) duiden op kleine tot middelgrote positieve effecten van dergelijke begeleiding op zowel gedrag van moeder, attitude van moeder, als gedrag van het kind (gemiddeld 0-8 jaar oud).</p>	<p>weinig follow-up metingen en dat effecten moeilijk te interpreteren waren door ondermeer kleine steekproeven, het ontbreken van onafhankelijke gedragsmaten en grote uitval in de studies. Geen van de studies werd als <i>veelbelovend</i> aangemerkt. Met betrekking tot Video-Hometraining was deze conclusie vooral gebaseerd op Janssens &amp; Kemper, 1996. De te verwachten meta-analyse van het SCO-Kohnstamm Instituut kan dit beeld kleuren in een meer positieve richting.</p>
Early Intervention Foster Care Program	Fisher & Chamberlain, 2000	Kindermis-handeling			<p>Ondersteunde en waarschijnlijk effectieve interventie met positief effect aangetoond in minimaal 2 quasi-experimentele studies of tenminste 1 RCT → niveau 2 van effectiviteit (Rice e.a., 2003).</p>	
Watch, Wait, and Wonder (WWW)	Johnson e.a., 1980	KOPP		<p>Gericht op sensitieve responsiviteit van moeders.</p>	<p>Cohen e.a. (1999) vergeleken de psychodynamische psychotherapie (PPT) van Fraiberg en collega's met de WWW methode (hieronder). WWW en PPT bleken vergelijkbare effecten te weeg te brengen. Wel traden de effecten bij WWW sneller op dan bij PPT. Gesuggereerd werd dat de focus in WWW op de eigen effectiviteit van kinderen en de eigen effectiviteit van moeders met betrekking tot opvoeding, mogelijk de belangrijkste factoren zijn verantwoordelijk voor dit eerdere succes van WWW. Nylén en</p>	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
Winning NL: Opvoeden zó	NIZW	Antisociaal gedrag		'Opvoeden zó' is een opvoedingsondersteuningsprogramma ontwikkeld door het NIZW en werd gebaseerd op het Amerikaanse <i>Winning</i> . De cursus is gericht op ouders in achterstandssituaties en is ook beschikbaar in het Arabisch, Turks, Berbers en Papiemento. Opvoeden zó bestaat uit vijf of zes bijeenkomsten van anderhalf uur.	collega's (2006) concludeerden dat er op basis van deze resultaten sterke onderbouwing is dat moeder-kind psychotherapie bevorderlijk is voor zowel moeders als kinderen.  Junger-Tas (2001) ging niet heel concreet in op de effectiviteit van het programma. Wel noemde ze de problemen van het vrijblijvende karakter van het programma waardoor de hoog-risico doelgroep moeilijk bereikt werd. Daarbij noemde ze dat het NIZW vervolgens aanpassingen maakte. Meer effectevaluatie was volgens Junger-Tas (2001) gewenst.	Struikelblok: Effectiviteit van Opvoeden zó bleef in de overzichtsstudie van Junger-Tas in het midden.
Zun: Life Skills Curriculum	LaFromboise, 1991	Internaliserende problematiek			Door Greenberg e.a. (2001) 'veelbelovend' genoemd.	
-	Black & Urbanowicz, 1985	Overlijden ouder		5 maanden na het overlijden vinden 6 gezinstherapeutische sessies plaats.	Het programma resulteerde in minder gedrags- en slaapproblemen van kinderen	
-	Field e.a., 1996, 1997; Hart e.a., 1998	KOPP	Jonge kinderen	Programma's die gebruikmaken van muziek- en/of massagetherapie: 1) Massagetherapie voor de kinderen (Field, Grizzle, Scafid, Abrams, & Richardson, 1996). 2) Gericht op de gemoedstoestand van moeder: muziktherapie (Field e.a., 1998) en massagetherapie (Hart, Field, DeValle, & Letourneau, 1998).	Field concludeerde dat programma's gericht op verbeteringen in de gemoedstoestand van moeders (b.v. muziek- en massagetherapie) en prikkelreductie voor de kinderen (b.v. met behulp van dezelfde programma's) de responsiviteit van moeders en jonge kinderen voor interactiebegeleiding verhogen en hun interacties verbeteren.	Struikelblok: gegevens gebaseerd op een beknopt, verhalend overzicht van Field (1998). Ons is op basis daarvan vrij weinig bekend over vorm van onderzoek en exacte effecten.
-	Field e.a., 2000	KOPP	Adolescente moeders	Gericht op sociale, onderwijskundige en beroepsmatige revalidatie van adolescenten depressieve moeders die een hoog risico hadden voor	Als gevolg van de interventie was de interactie tussen moeder en kind positiever, was de groei van kinderen verbeterd, en waren biochemische waarden van zowel moeder als kind genormaliseerd.	

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
-	Maguin e.a., 1994; Nye e.a., 1995	Verslaving ouders		<p>het ontstaan van een chronische depressie. 's Morgens ontvingen de moeders onderwijs en 's middags namen zij deel aan verschillende activiteiten. Gedurende drie maanden werden de kinderen in kinderdagverblijven opgevangen. Eén uur per dag assisteerden de moeders de leidsters in de opvang.</p> <p>Een programma gericht op zoons van vaders die veroordeeld zijn wegens rijden onder invloed.</p>	<p>Aangedragen door Cuijpers (1999). In de experimentele condities (a. deelname door beide ouders, b. alleen moeders) bleken kinderen beter te scoren op positief gedrag dan de controlegroep (geen deelname). Het betreft meegaan en beleefd gedrag en goed spelen. Echter op negatief gedrag (agressie, negatieve reacties uitlokken, hyperactief) en affectie van kinderen tegenover hun ouders werden geen effecten gevonden. De effecten waren het sterkst wanneer de ouders gezamenlijk deelnamen.</p>	<p>Struikelblok: Er zijn geen effecten gevonden op negatiefgedrag van de jongens.</p>
-	Nicholson e.a., 1998	Emotionele en gedragsmatige aanpassing	1-5 jaar	<p>Opvoedingsondersteuning: groepsverband</p> <p>Nicholson en collega's boden een 10 uur durend opvoedingsondersteunend groepsprogramma, speciaal ontwikkeld voor ouders van kinderen in de leeftijd van één tot en met vijf jaar. Het programma is gebaseerd op cognitief psychologische en de sociaal leertheoretische uitgangspunten. Het programma omvat vier belangrijkste componenten (STAR):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Moedig ouders aan om een pauze in te laten en te denken voordat ze reageren op het gedrag van hun kind</li> </ol>	<p>Er werden als gevolg van dit programma in een eerste evaluatie (Nicholson e.a., 1998) enkele statistisch niet significante effecten gevonden in het voordeel van de interventiegroep. Dit betrof positieve effecten op emotionele en gedragsmatige aanpassing van de kinderen. In de tweede evaluatie (Nicholson e.a., 2002) werden wel statistisch significante effecten gevonden, eveneens op emotionele en gedragsmatige aanpassing.</p>	<p>Struikelblokken:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Afwezigheid in de oudergroepen: er was sprake van 39% uitval tijdens de groepsbijeenkomsten</li> <li>2) Statistisch niet significante resultaten in de eerste evaluatie</li> </ol>

Naam programma	Auteurs	Te voorkomen problematiek / Aanwezig risico	Leeftijd	Setting en omschrijving	Resultaten/ effectiviteit	Struikelblokken/ pluspunten
-				<p>(Stop &amp; Think; S&amp;T)            6) Denk na over verwachtingen van het kind (Ask: A)            7) Hanteer strategieën die de ontwikkeling stimuleren            8) Disciplineer en reguleer het gedrag van het kind (Respond: R)</p>		
-	Rotheram-Borus e.a. 2001	Terminaal zieke ouder	Adolescenten	<p>Dit betreft een programma voor adolescenten met een ouder in de terminale fase van HIV/AIDS (Rotheram-Borus, Stein, &amp; Lin, 2001). In dit programma werden ouders begeleid in de discussie met hun kinderen over de ziekte, werden adolescenten voorbereid op een nieuwe verzorger en werd aandacht geschonken aan copingmechanismen van de adolescenten.</p>	<p>RCT (1x): De adolescenten kregen als gevolg hiervan meer zelfvertrouwen, vertoonden minder gedragsproblemen minder emotionele onrust. Ook ouders kregen meer emotionele rust. Ook jaren na de interventie werden positieve effecten gevonden: de jeugdigen uit de interventieconditie waren minder vaak tienerouder, ervoeren meer controle, meer succes op school, leefden minder vaak in de bijstand en hadden betere toekomstverwachtingen. De ouders gebruikten minder genotsmiddelen en hadden minder passieve copingmechanismen.</p>	
-	Van den Boom, 1995	Internaliserende en externaliserende problematiek	Baby's	<p>Gericht op sensitieve responsiviteit van moeders (lagere SES) van prikkelbare baby's.</p>	<p>Er werd een positief lange termijn effect gevonden op probleemgedrag van kinderen op de follow-up.</p>	
-	Van Doesum e.a., 2005	KOPP	Baby's	<p>KOPP moeder-baby programma toegepast: een preventieve interventie voor depressieve moeders. Het programma bestaat uit zes tot acht huisbezoeken van een uur tot anderhalf uur, gedurende drie tot vier maanden. Als methode wordt voornamelijk video-hometraining (als door McDounough, 1995) ingezet. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van modellering, cognitieve herstructurering, praktische pedagogische begeleiding en baby massage.</p>	<p>Het programma wordt getoetst in een RCT door Van Doesum, Hosman en Riksen-Walraven. Resultaten hiervan zijn nog niet gepubliceerd, al geven Beardslee en collega's (in druk) aan dat de eerste resultaten op moeder-kind interactie, gehechtheid en kinderlijke ontwikkeling veelbelovend zijn.</p>	<p>Struikelblok: Resultaten nog niet gepubliceerd.</p>



## D Overzicht meest gebruikte interventies in de JGZ (ontleend aan Prinsen, 2006)

### Zeer veel gebruikte interventies (60-75 instellingen)

- Pedagogisch advies op maat
- Individuele opvoedingsvoorlichting op maat
- Themabijeenkomsten
- Signalering pedagogische en psychosociale problematiek
- Gestandaardiseerde, individuele opvoedingsvoorlichting
- Buurtnetwerk jeugdhulpverlening

### Veel gebruikte interventies (45-60 instellingen)

- Pedagogisch advies thuis op indicatie
- Schriftelijke opvoedingsvoorlichting
- Oudercursus: Opvoeden Zó en/of Oudercursus Opvoeden Zo Verder

### Gemiddeld gebruikte interventies (30-45 instellingen)

- Telefonische consultatie
- VTO / Integrale Vroeghulp
- Toeleiding naar VVE / Stap In / Move / Peuterfelicitedienst
- Shantala babymassage
- Video-Hometraining of Video-Thuisbegeleiding
- Hulpmiddelenverstrekking

### Beperkt gebruikte interventies (15-30 instellingen)

- Oudercursus: voor ouders van peuters
- Inbakeren
- Preventief zorgteam
- Oudercursus: als je pas een baby hebt
- Oudercursus: Beter omgaan met pubers
- Gezonde school
- Pedagogische hulp aan huis

### Weinig gebruikte interventies (0-15 instellingen)

- Oudercursus: praten met jonge kinderen
- Home start
- Droge bed training
- Huiskamervoorlichting via de Tupperwaremethode
- Oudercursus: Druk Gedrag
- Oudercursus: Druktemakers
- MIM (Moeders Informeren Moeders)
- Groepsconsultatiebureau (6 of meer consulten in groepsverband)
- Praktische pedagogische thuishulp
- Samen Starten
- Spel aan Huis
- Jij bent belangrijk
- Stop de Pestkop
- Gordoncursus
- Triple P
- Oudercursus: opvoeden (g)een kunst

- Bemoeizorgprogramma Armoede en Gezondheid
- Oké: intensieve verpleegkundige thuisbegeleiding
- VoorZorg: verpleegkundige ondersteuning bij zwangerschap en opvoeding
- Mobiel Team
- Oudercursus: Opvoeden ja maar hoe
- Multidisciplinaire teams
- Oudercursus: Opvoeden leuk en soms lastig
- Huiskamervoorlichting 'ook oke' en 'wat nu'
- Gezondheidspaspoort in groep 7 basisschool
- Oudercursus: Problemen wie ik?
- Wij Moeders