

Evaluatie zelfregulatie methode

PCC Health Promotion

Auteurs	G.R. Jansen	3330079
	C.T.C.Y. Lo-A-Foe	3175979
Werkveld	Jeugdzorg	
Begeleider	Dr. S. Branje	
Datum	25 juni 2010	
Opdrachtgever	PCC Health Promotion	

Voorwoord

Deze scriptie is tot stand gekomen tijdens de Master Orthopedagogiek aan de Universiteit te Utrecht. Op de stage-instelling PCC Health Promotion heeft de dataverzameling plaatsgevonden, alsmede de statistische analyse. Wij hebben het hele proces van dataverzameling en het schrijven van de scriptie als zeer leerzaam ervaren. Verschillende personen hebben ook een bijdrage geleverd aan de totstandkoming van ons onderzoek. Deze willen wij op deze plaats graag bedanken. Allereerst willen wij onze thesisbegeleider Vera van Mourik op de stage-instelling bedanken voor de begeleiding en de ontvangen feedback. Ten tweede willen wij Jackie Dallimer, psychologe op de stage-instelling, bedanken voor haar bijdrage aan de totstandkoming van de dataverzameling. Daarnaast zijn wij de thesisdocent Susan Branje van de Universiteit erkentelijk voor haar bewezen hulp. Ten allen tijde is zij bereid geweest om onze vragen te beantwoorden en feedback te geven. Ten slotte willen wij onze ouders, Rik en onze vrienden bedanken voor het stimuleren.

Samenvatting

Achtergrond: Het is van belang dat er effectieve interventies worden toegepast in de jeugdzorg. Het is onduidelijk of de zelfregulatie methode, zoals gehanteerd wordt bij PCC Health Promotion, tot een afname van klachten leidt.

Doel: Bepalen of de zelfregulatie methode leidt tot een afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen bij kinderen en lichamelijke en psychische klachten bij volwassenen. Daarnaast bepalen of er tussen jongens en meisjes een verschil is in afname en of er tussen internaliserende en externaliserende problemen een verschil is in afname. Ten slotte bepalen of er een verschil is in afname tussen 8-12 jarigen en 13-18 jarigen.

Methode: De toetsing van afname van problemen bij kinderen vindt plaats met behulp van de CBCL/4-18. Bij volwassenen vindt de toetsing plaats met behulp van de SCL-90. De onderzoekspopulatie bestaat uit 63 kinderen (8-18 jaar) en 291 volwassenen (18-67 jaar).

Resultaten: Er blijkt dat de internaliserende, externaliserende en totale problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode bij kinderen significant zijn afgenomen. Er is echter geen verschil in afname tussen jongens en meisjes, tussen internaliserende en externaliserende problemen en tussen de leeftijdscategorieën 8-12 jaar en 13-18 jaar. Bij volwassenen zijn de lichamelijke en psychische klachten eveneens significant afgenomen.

Conclusie: De resultaten suggereren dat de zelfregulatie methode leidt tot een significante afname van problemen bij kinderen, ongeacht leeftijd en geslacht, en een afname van klachten bij volwassenen.

Sleutelwoorden: Zelfregulatie methode, internaliserende problemen, externaliserende problemen, lichamelijke klachten, psychische klachten

Abstract

Background: It is important to apply effective treating methods in youth care. It is unclear whether the selfregulation method, which is implied in PCC Health Promotion, leads to decrease in complaints.

Aim: The aim of this study is to determine whether the selfregulation method leads to a decrease in internalizing and externalizing problems in children and somatic and psychological complaints in adults. It also examines gender differences, differences between internalizing and externalizing problems and age differences between the age groups 8-12 years and 13-18 years when applying the selfregulation method.

Method: 63 children (8-18 years) completed the CBCL/4-18, an instrument measuring internalizing, externalizing and total problems. 291 adults (18-67 years) completed the SCL-90, an instrument measuring somatic and psychological complaints.

Results: The results show a significant decrease in internalizing, externalizing and total problems in children after a treatment with the selfregulation method. There are no gender differences, differences between internalizing and externalizing problems and age differences in children. We also find a significant decrease in somatic and psychological complaints in adults.

Conclusion: The results suggests that the selfregulation method leads to a decrease of problems in children, irrespective of age and gender, and complaints in adults.

Keywords: Selfregulation method, internalizing problems, externalizing problems, somatic complaints, psychological complaints

Theoretische onderbouwing

De laatste jaren wordt er steeds meer met nadruk gevraagd naar de wetenschappelijke onderbouwing van effectieve interventies in de jeugdzorg (Van Yperen & Veerman, 2006). Bij de eerstelijnspsychologenpraktijk PCC Health Promotion wordt met de zelfregulatie methode gewerkt. In dit artikel wordt onderzocht of ouders een afname van gedragsproblemen bij kinderen rapporteren, nadat hun kinderen een behandeling met de zelfregulatie methode hebben gehad. Tevens wordt onderzocht of deze methode bij volwassenen tot een afname van lichamelijke en psychische klachten leidt.

Bij PCC Health Promotion wordt een interventie gehanteerd die een proces van zelfregulatie bij de cliënt bewerkstelligt. Zelfregulatie wordt beschreven als een systematisch proces van menselijk gedrag waarbij de persoonlijke doelen en sturend gedrag worden betrokken om de opgestelde doelen te bereiken (Maes & Karoly, 2005). Bevordering van de gezondheid begint met het stellen van doelen (Bandura, 2005). Individuen spelen zelf een centrale rol in de ontwikkeling en het onderhoud van de gezondheid. Het proces van zelfregulatie begint met het selecteren van een persoonlijk doel. Vervolgens moet deze actief nagestreefd worden en ten slotte is het van belang dat dit doel onderhouden en verankerd wordt (Maes & Karoly, 2005). De motivatie tot verandering komt vanuit de persoon zelf (Koelewijn, Kuipers, & Van Harten, 2005). Zelfregulatie zorgt ervoor dat zij binnen het zorgsysteem een actieve rol innemen. Van gedrag wordt 95% door automatische of onbewuste processen en 5% door bewuste processen gereguleerd (Bargh & Chartrand, 1999).

Zelfregulatie heeft betrekking op bewuste processen. Het zorgt ervoor dat bepaald kan worden welke doelen er nagestreefd worden en of deze kunnen worden bereikt (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998). Deze persoonlijke doelen zijn tijdgebonden. Daarnaast hebben deze doelen een hiërarchische indeling. Royce en Powell's (1983), zoals geciteerd in Austin en Vancouver (1996), geven aan dat het hoogste niveau van de persoonlijke doelen gaat over de diepere betekenis in het leven en dat de lagere niveaus doelen bevatten met betrekking tot het zelfbeeld en de tevredenheid (Austin & Vancouver, 1996). Uit onderzoek is gebleken dat er een verband is tussen het aantal doelen dat een persoon heeft gesteld en de mate waarin de persoon gelukkig is. Hoe meer doelen men namelijk heeft gesteld, hoe gelukkiger dat men is (Boekaerts, Maes, & Karoly, 2005; Emmons, 1986).

Om te onderzoeken of een behandeling met de zelfregulatie methode tot een afname van klachten leidt, is het van belang om te weten hoe de ontwikkeling van het zelfregulatie vermogen verloopt. Volgens sommige onderzoekers vindt er gedurende het leven een ontwikkeling van zelfregulatie plaats (Posner & Rothbart, 2009). Dit hangt samen met de toename van de cognitieve capaciteiten (Gestsdottir & Lerner, 2008; Rothbart, Sheese, & Posner, 2007). Hoe deze ontwikkeling precies verloopt, hangt samen met verschillende factoren (Bell & Deater-Deckard, 2007). Enerzijds spelen genetische en neurologische processen een rol (Kochanska, Philibert, & Barry, 2009). Anderzijds heeft de omgeving invloed op de ontwikkeling van zelfregulatie (Bell & Deater-Deckard, 2007). Adequate voorbeelden zijn nodig om de vaardigheden te leren (Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000). Volgens andere onderzoekers vindt de ontwikkeling van zelfregulatie niet gedurende het hele leven plaats, maar tijdens de kindertijd, waarna het gedurende de adolescentie stabiliseert (Bronson, 2000; Demetriou, 2000). Uit het gering aantal uitgevoerde onderzoeken bij kinderen vanaf de leeftijd van 8 jaar blijkt dat de ontwikkeling van zelfregulatie in verschillende stadia kan worden opgedeeld (Rafaelli, Crockett, & Shen, 2005; Boekaerts & Corno, 2005). Naarmate het kind ouder wordt, kan het steeds beter plannen en doelen stellen. Tijdens het negende levensjaar is het kind hiertoe in staat (Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000). De intentionele aspecten van zelfregulatie, zoals inhibitie en aandacht, nemen in het begin van de adolescentie toe (Gestsdottir & Lerner, 2008; Murphy, Eisenberg, Fabes, Shepard, & Guthrie, 1999). Adolescenten vanaf 13 of 14 jaar kunnen een plan voor langere termijn bedenken, met betrekking tot hetgeen zij in het leven wensen te bereiken (Boekaerts et al., 2000). Uit bovenstaande blijkt dat er nog geen consistentie is over de ontwikkeling van de zelfregulatie. Volgens sommige onderzoekers vindt de ontwikkeling van zelfregulatie

gedurende het hele leven plaats, waar andere onderzoekers concluderen dat de ontwikkeling tijdens de kindertijd plaatsvindt en in de adolescentie stabiliseert.

Het is ook belangrijk om te weten of er tussen jongens en meisjes een verschil is in het zelfregulatie vermogen. Bij kinderen is het noodzakelijk dat zij in de schoolsituatie hun gedrag kunnen reguleren, zodat zij door middel van doelen en subdoelen het eindresultaat kunnen bereiken (Boekaerts & Corno, 2005). Wanneer kinderen echter moeilijkheden ervaren in de vaardigheden met betrekking tot het zelfregulatie vermogen, gaat dit gepaard met gedragsproblemen, leerproblemen of problemen in de interactie met leeftijdgenoten (Bell & Deater-Deckard, 2007). Uit onderzoek is gebleken dat meisjes in de leeftijd van drie tot zeven jaar beter in staat zijn om hun gedrag te reguleren dan jongens in die leeftijdscategorie (Matthews & Ponitz, 2009; Ponitz et al., 2008). Ander onderzoek laat zien dat vrouwelijke studenten met betrekking tot hun studie beter in staat zijn om hun gedrag te reguleren dan mannelijke studenten (Bernbenutty, 2009). Ten slotte is uit longitudinaal onderzoek gebleken dat meisjes op meerdere meetmomenten hoger scoren op zelfregulatie vaardigheden dan jongens (Raffaelli, Crockett, & Shen, 2005). Wanneer er bij meisjes wel sprake is van problemen in de zelfregulatie, komt dit op een andere wijze tot uitdrukking dan bij jongens. Bij meisjes kan dit tot uiting komen doordat zij hun gewicht niet kunnen reguleren, wat bijvoorbeeld kan leiden tot een eetprobleem als Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa. Bij jongens kan het tot uiting komen doordat zij alcohol en/of drugs gaan gebruiken (Boekaerts et al., 2000). Uit bovenstaande blijkt dat meisjes beter in staat zijn hun gedrag te reguleren dan jongens en dat problemen met zelfregulatie bij beide seksen op een verschillende manier tot uiting komen.

Daarnaast is het van belang om te weten of er een samenhang is tussen enerzijds internaliserende problemen en zelfregulatie en anderzijds externaliserende problemen en zelfregulatie. Uit onderzoek is gebleken dat de temperamentkenmerken van het zich niet kunnen aanpassen, inhibitie van gedrag en angst samenhangen met internaliserende problemen (Caspi, Henry, McGee, Moffitt, & Silva, 1995; Kagan, 1998; Keiley, Bates, Dodhge, & Pettit, 2000; Rubin, Coplan, Fox, & Calkins, 1995). Tevens is aangetoond dat kinderen met internaliserende problemen moeilijkheden ondervinden in het reguleren van hun emoties (Kovacs et al., 2006). Het reguleren van emoties is een belangrijk aspect van het zelfregulatie vermogen (Bell & Deater-Deckard, 2007; Boekaerts et al., 2000). Een voorbeeld van disregulatie van emoties is dat er niet op een adaptieve wijze met de stress wordt omgegaan en nauwelijks doelgericht gedrag wordt vertoond (Kovacs et al., 2006). Daarnaast stellen kinderen met internaliserende problematiek hogere standaarden voor zichzelf waaraan

zij moeten voldoen (Boekaerts et al., 2000). Kinderen met externaliserende problematiek vertonen problemen met het laten zien van taak- en doelgericht gedrag. Tevens zijn zij in sociale omgevingen eerder geneigd om met agressief gedrag op anderen te reageren (Barkley, 1997; Boekaerts et al., 2000). Een moeilijk temperament met negatieve emoties of prikkelbaarheid wordt gerelateerd aan internaliserend en externaliserend gedrag (Bates, Bayles, Bennett, Ridge, & Brown, 1991; Guerin, Gottfried, Oliver, & Thomas, 1994; Keiley et al., 2000; McClowry et al., 1994). Daarnaast worden de kenmerken weerstand tegen controle en het zich niet kunnen beheersen gerelateerd aan externaliserende problemen (Bates et al., 1991; Biederman et al., 1990; Caspi & Silva, 1995; Hagekull, 1994; Keenan & Shaw, 1994; Keiley et al., 2000). Uit bovenstaande blijkt dat zowel internaliserende als externaliserende problemen bij kinderen samenhangen met problemen in de zelfregulatie.

Er lijkt een samenhang te zijn tussen geslachtsverschillen en het soort problemen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat meisjes meer internaliserende problemen ontwikkelen dan jongens (Achenbach, Howel, Quay, & Conners, 1991; Walden & Garber, 1994). Daarnaast laten verschillende studies zien dat jongens meer externaliserende problemen ontwikkelen dan meisjes (Achenbach et al., 1991; Keiley et al., 2000). Andere onderzoeken hebben laten zien dat een combinatie van internaliserend en externaliserend gedrag meer voorkomt bij jongens dan bij meisjes (Graham & Rutter, 1973; Somersalo, Solantau, & Almqvist, 1999).

Ten slotte is het van belang om te weten of problemen die bij volwassenen voorkomen tevens samenhangen met het zelfregulatie vermogen. Volwassenen ervaren in hogere mate stressvolle omstandigheden dan kinderen. Het is echter wisselend hoe volwassenen met deze stressvolle omstandigheden omgaan. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat lichamelijke klachten worden opgevolgd door depressieve klachten. Het is echter van belang dat deze depressieve klachten worden voorkomen en dat zij door middel van zelfregulatie op adequate wijze op het klachtenpatroon reageren (Wrosch, Dunne, Scheier, & Schulz, 2006). Uit onderzoek is gebleken dat internaliserende problematiek net als bij kinderen gekenmerkt wordt door een disregulatie van emoties (Beauregard, Paquette, & Lévesque, 2006). Het reguleren van emoties is een vaardigheid die als coping kan dienen om met het klachtenpatroon om te gaan (Bell & Deater-Deckard, 2007; Boekaerts et al., 2000). Wanneer het actuele gedrag niet in overeenstemming is met het ideale zelf, resulteert dit in angst of in een depressief toestandsbeeld (Boekaerts et al., 2000). Bij volwassenen kan er ook sprake zijn externaliserende problemen als agressief en opstandig gedrag. Uit onderzoek is echter gebleken dat dit externaliserende probleemgedrag in de kinderjaren al openbaar komt en door de tijd heen stabiel blijft (Boekaerts et al., 2000). Uit ander onderzoek blijkt echter dat door

verkeerde invloed van vrienden het externaliserend gedrag ook tijdens de adolescentie voor het eerst kan voorkomen. Daarnaast blijkt dat er een samenhang is tussen zelfregulatie en externaliserend gedrag. Wanneer er sprake is van een lage zelfregulatie, is er meer kans op escalerend probleemgedrag (Gardner, Dishion, & Connell, 2008). Uit bovenstaande blijkt dat bij volwassenen ook internaliserende en externaliserende problemen voorkomen, wat samenhangt met problemen in de zelfregulatie.

Geconcludeerd kan worden dat zelfregulatie een grote rol speelt in het gedrag waarbij de persoonlijke doelen en sturend gedrag worden betrokken om opgestelde doelen te bereiken. Problemen met de zelfregulatie hangen samen met de ontwikkeling van internaliserende en externaliserende problemen. Dit geldt voor zowel volwassenen als kinderen. Uit de literatuur blijkt dat er verschillen zijn tussen jongens en meisjes in het zelfregulatie vermogen. Meisjes in de leeftijdscategorie van drie tot zeven jaar zijn beter in staat om hun gedrag te reguleren dan jongens in die leeftijdscategorie (Matthews & Ponitz, 2009; Ponitz et al., 2008). Bovendien zijn vrouwelijke studenten met betrekking tot hun studie beter in staat hun gedrag te reguleren dan mannelijke studenten (Bernbenutty, 2009; Raffaelli et al., 2005). Het is van belang om te onderzoeken of de zelfregulatie methode bij PCC Health Promotion tot een afname van klachten leidt. Daarnaast is het van belang dat er onderzoek wordt gedaan naar de vraag of leeftijd en geslacht samenhangen met zelfregulatie. Op deze wijze kan gekeken worden bij welke doelgroep met bijbehorende kenmerken de zelfregulatie methode het best toegepast kan worden. De volgende vragen zullen in dit onderzoek worden beantwoord:

Hoofdvraag:

1. Rapporteren ouders van kinderen in de leeftijd van 8-18 jaar een afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode?

Uit de literatuur is gebleken dat er een samenhang is tussen zelfregulatie en internaliserende en externaliserende problemen. Daarom wordt verwacht dat ouders van kinderen een afname van problemen rapporteren, na een behandeling met de zelfregulatie methode.

Deelvragen:

- 1.1 Is er na een behandeling met de zelfregulatie methode tussen jongens en meisjes een verschil in afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen zoals die door ouders van kinderen in de leeftijd van 8-18 jaar wordt gerapporteerd?

Uit de literatuur is gebleken dat meisjes hun gedrag beter kunnen reguleren, maar het is onbekend of dit samenhangt met een afname van problemen. Er wordt geëxploreerd of er een verschil is in afname van problemen tussen jongens en meisjes.

- 1.2 Is er na een behandeling met de zelfregulatie methode een verschil in afname tussen internaliserende en externaliserende problemen zoals die door ouders van kinderen in de leeftijd van 8-18 jaar wordt gerapporteerd?

In de literatuur is niet gevonden of er een verschil is in afname tussen internaliserende en externaliserende problemen. Daarom wordt geëxploreerd of er een verschil is in afname tussen internaliserende en externaliserende problemen.

- 1.3 Is er na een behandeling met de zelfregulatie methode een verschil in afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen tussen kinderen (leeftijd 8-12 jaar) en adolescenten (leeftijd 13-18 jaar) zoals die door ouders wordt gerapporteerd?

Uit de literatuur blijkt dat er inconsistentie bestaat over het verloop van de ontwikkeling van zelfregulatie. Daarom wordt geëxploreerd of er een verschil is in afname van problemen tussen de verschillende leeftijdsgroepen.

Hoofdvraag:

2. Rapportereren volwassenen minder lichamelijke en psychische klachten na een behandeling met de zelfregulatie methode dan voor de behandeling?

Uit de literatuur blijkt dat er samenhang is tussen zelfregulatie en lichamelijke en psychische klachten. Daarom wordt verwacht dat de lichamelijke en psychische klachten bij volwassenen na een behandeling met de zelfregulatie methode zijn afgenomen.

Methode

Interventie

In bijlage 1 is een praktische uitwerking van de opbouw van de zelfregulatie methode te zien zoals deze bij PCC Health Promotion wordt toegepast. Deze methodiek bestaat uit vier fasen die achtereenvolgens tot gedragsverandering leidt. In de eerste fase wordt een persoonlijk doel geselecteerd. Het is belangrijk dat voor de cliënt duidelijk is wat er bereikt moet worden. Vervolgens wordt in de tweede fase een plan van aanpak opgesteld. Hierbij worden motiverende en uitdagende factoren in kaart gebracht om dit doel te bereiken.

Daarnaast wordt naar interne en externe hulpbronnen gezocht die de cliënt kan inzetten bij het reguleren van de verandering. In de derde fase ligt de nadruk op het aanleren van nieuwe vaardigheden. Hierbij kan gedacht worden aan probleemoplossingsvaardigheden, onderhandelingsvaardigheden, interactievaardigheden en controlevaardigheden. Ten slotte wordt in de vierde fase aandacht besteed aan de afronding en de verankering van de geleerde vaardigheden (Koelewijn et al., 2005).

Procedure

Op basis van bestaande data en data van lopende cliënten die na het doorlopen van vijf coachinggesprekken wordt aangevuld, zal onderzocht worden of de zelfregulatie methode tot een afname van klachten leidt. Hiervoor worden de resultaten van de vragenlijsten welke bij de voormeting zijn afgenomen vergeleken met de resultaten van de vragenlijsten bij de nameting. De voormeting vindt plaats tijdens het tweede consult. De nameting vindt plaats tijdens het laatste coachinggesprek. Gemiddeld zit er tussen de voor- en nameting een periode van tweeënhalve maand.

Bij ouders wordt een vragenlijst afgenomen welke internaliserende, externaliserende en totale problemen bij hun kinderen meet. Bij volwassenen wordt een vragenlijst afgenomen welke lichamelijke en psychische problemen meet.

Bij dit onderzoek gaat het om een kwantitatieve data-analysemethode. De uitspraken die bij het resultatengedeelte gedaan zullen worden, gaan enkel over de cliënten die in januari 2009 tot en met maart 2010 een behandeling met de zelfregulatie methode bij PCC Health Promotion hebben gevolgd.

Respondenten

De onderzoekspopulatie bestaat uit de cliënten die in januari 2009 tot en met maart 2010 vijf coachinggesprekken bij PCC Health Promotion hebben gehad. Hierbij gaat het om 63 kinderen. De populatie kinderen bestaat uit 32 jongens en 31 meisjes. De jongens hebben een gemiddelde leeftijd van 12.28 jaar met een standaarddeviatie van 2.81 en de meisjes hebben een gemiddelde leeftijd van 14.26 jaar met een standaarddeviatie van 2.62. De populatie kinderen bestaat uit 24 kinderen van 8-12 jaar en 39 adolescenten van 13-18 jaar.

Daarnaast bestaat de onderzoekspopulatie uit 291 volwassenen in de leeftijd van 8 tot 67 jaar. De populatie volwassenen bestaat uit 129 mannen en 162 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 38.57 jaar met een standaarddeviatie van 11.38 en de gemiddelde leeftijd van de vrouwen is 35.48 jaar met een standaarddeviatie van 11.12.

Probleemgedragingen kinderen

Het onderzoeksinstrument bij kinderen is de Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). De CBCL/4-18 (Verhulst, Koot, Akkerhuis, & Veerman, 1996) is een gedragsvragenlijst voor kinderen van 4 tot 18 jaar. Deze vragenlijst wordt, indien mogelijk, door beide ouders ingevuld. Voor het huidig onderzoek zijn de scores op de CBCL/4-18 van vader en moeder gemiddeld omdat de groepen anders te klein zijn. Tussen de scores van vader en moeder is er sprake van een zwakke tot sterke correlatie, variërend van .37 tot .64.

De vragenlijst bestaat uit een deel met vragen over de competentie en een deel over de gedragsproblemen. Alleen het deel over de gedragsproblemen wordt gebruikt. Dit gedeelte van de CBCL/4-18 bestaat uit 113 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen. Ouders kunnen op een driepuntsschaal aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen 6 maanden past bij hun kind: 0=helemaal niet, 1=een beetje of soms en 2=duidelijk of vaak. Voorbeelden van vragen zijn: 'Is liever alleen dan met anderen' en 'Kan zich niet concentreren, kan niet lang de aandacht ergens bij houden'. De CBCL/4-18 kent acht subschalen: Teruggetrokken (9 items), Lichamelijke klachten (9 items), Angstig/depressief (14 items), Sociale problemen (8 items), Denkproblemen (7 items), Aandachtsproblemen (11 items), Delinquent gedrag (13 items) en Agressief gedrag (20 items). De eerste drie subschalen vormen samen de schaal Internaliserend probleemgedrag en de laatste twee subschalen vormen de schaal Externaliserend probleemgedrag. Alle items bij elkaar opgeteld vormen de schaal Totale problemen (ASEBA, 2001) De interne betrouwbaarheid van deze vragenlijst is voldoende bevonden (Kievit, Tak, & Bosch, 2002). De (sub)schalen van de CBCL/4-18 vertonen voor jongens van 4 tot en met 11 jaar een wisselende interne betrouwbaarheid, variërend van .41 tot .90. Hierbij zijn zes subschalen onvoldoende met een Cronbach's alpha kleiner dan .70. De (sub)schalen van de CBCL/4-18 voor jongens van 12 tot en met 18 jaar vertonen tevens een wisselende interne betrouwbaarheid, variërend van .49 tot .92. Hierbij zijn vier subschalen onvoldoende met een Cronbach's alpha kleiner dan .70. De (sub)schalen voor meisjes van 4 tot en met 11 jaar variëren tussen .54 en .92. Hierbij zijn zes subschalen onvoldoende met een Cronbach's alpha kleiner dan .70. De (sub)schalen voor meisjes van 12 tot en met 18 jaar variëren ten slotte tussen .51 en .91. Hierbij zijn vijf subschalen onvoldoende met een Cronbach's alpha kleiner dan .70 (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996). De begripsvaliditeit is goed en de criteriumvaliditeit is voldoende (Kievit et al., 2002). In het huidige onderzoek is de interne betrouwbaarheid van de schaal Internaliserend probleemgedrag op de voormeting voldoende (Cronbach's alpha = .69). Deze

betrouwbaarheid is berekend voor de som van de subschalen Teruggetrokken, Lichamelijke klachten en Angstig/depressief. De interne betrouwbaarheid van de schaal Externaliserend probleemgedrag is op de voormeting echter onvoldoende (Cronbach's $\alpha = .58$). Deze betrouwbaarheid is berekend voor de som van de subschalen Delinquent gedrag en Agressief gedrag. De schaal Totale problemen is op de voormeting goed (Cronbach's $\alpha = .88$). Deze betrouwbaarheid is berekend voor de som van alle acht subschalen. De interne betrouwbaarheid van de schaal Internaliserend probleemgedrag is in dit huidige onderzoek op de nameting onvoldoende (Cronbach's $\alpha = .55$). De interne betrouwbaarheid van de schaal Externaliserend probleemgedrag is op de nameting tevens onvoldoende (Cronbach's $\alpha = .57$). Tot slot is de interne betrouwbaarheid van de schaal Totale problemen op de nameting goed (Cronbach's $\alpha = .81$).

Probleemgedragingen volwassenen

Het onderzoeksinstrument bij volwassenen is de vragenlijst Symptom Checklist-90 (SCL-90). De SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2005) is een zelfbeoordelingsschaal die lichamelijke en psychische klachten omvat. Deze vragenlijst is ontwikkeld voor jongeren en volwassenen vanaf 12 jaar. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten. Bij elk van deze klachten moet de persoon aangeven in welke mate hij / zij daar de afgelopen week last van heeft gehad. Voorbeelden van vragen zijn: 'Moeilijk iets kunnen onthouden' en 'De gedachte dat er iets erg verkeerd is met je lichaam'. Deze beantwoording geschiedt op een vijfpuntsschaal: 1=helemaal niet, 2=een beetje, 3=nogal, 4=tamelijk veel en 5=heel erg. De SCL-90 kent acht schalen: Agorafobie (7 items), Angst (10 items), Depressie (16 items), Somatische klachten (12 items), Insufficiëntie van denken en handelen (9 items), Wantrouwen (18 items) en Interpersoonlijke Sensitiviteit (18 items), Hostiliteit (6 items) en Slaapproblemen (3 items). Psychoneuroticisme (90 items) is de totaalschaal en duidt het algehele niveau van psychisch en lichamelijk disfunctioneren aan. De normering loopt op een zevenpuntsindeling van zeer laag tot zeer hoog. De SCL-90 heeft een hoge interne betrouwbaarheid (Cronbach's $\alpha = .97$) (Arrindell & Ettema, 2005). Daarnaast is de interne betrouwbaarheid van de subschalen voldoende tot goed bevonden (Agorafobie = .83; Angst = .88; Depressie = .91; Somatisatie = .83; Insufficiëntie = .83; Sensitiviteit = .91; Hostiliteit = .76 en Slaapproblemen = .78). Zowel de begripsvaliditeit als de criteriumvaliditeit worden als goed beoordeeld (Evers, Van Vliet-Mulder, & Groot, 2000). De interne betrouwbaarheid van de totaalschaal Psychoneuroticisme op de voormeting is hoog in

het huidige onderzoek (Cronbach's alpha = .89). De interne betrouwbaarheid van de totaalschaal Psychoneuroticisme is tevens hoog op de nameting (Cronbach's alpha = .91).

Data-analyse

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt een herhaalde metingen ANOVA toegepast. Om de significantie te bepalen wordt $\alpha < .05$ gehanteerd. De effectgrootte is vastgesteld met behulp van de partiële eta-kwadraat. Hierbij geldt dat er sprake is van een klein effect bij $\eta^2 = .01$ (1%), van een matig effect bij $\eta^2 = .06$ (6%) en van een groot effect bij $\eta^2 = .14$ (14%) (Cohen, 1988).

Resultaten

In Tabel 1 worden de gemiddelden en standaarddeviaties voor internaliserende, externaliserende en totale problemen van kinderen en lichamelijke en psychische klachten van volwassenen weergegeven.

Tabel 1. *Gemiddelden en standaarddeviaties voor internaliserende, externaliserende en totale problemen voor alle kinderen (n=63), jongens (n=32), meisjes (n=31), leeftijd 8-12 jaar (n=24), leeftijd 13-18 jaar (n=39), en lichamelijke en psychische klachten volwassenen (n=291)*

Klacht	Voormeting		Nameting	
	M	SD	M	SD
Internaliserende problemen	14.40	8.53	8.05	5.00
Externaliserende problemen	12.52	9.88	7.70	7.08
Totale problemen	40.81	20.41	25.67	15.60
Internaliserende problemen jongens	13.36	8.32	7.09	5.35
Internaliserende problemen meisjes	15.48	8.73	9.03	4.48
Externaliserende problemen jongens	14.14	8.77	9.34	7.47
Externaliserende problemen meisjes	10.85	10.79	6.00	6.32
Totale problemen jongens	43.05	18.50	27.08	16.70
Totale problemen meisjes	38.50	22.28	24.23	14.51
Internaliserende problemen 8-12 jaar	15.17	10.38	9.21	6.39
Internaliserende problemen 13-18 jaar	13.94	7.27	7.33	3.83
Externaliserende problemen 8-12 jaar	12.02	9.15	8.69	7.14
Externaliserende problemen 13-18 jaar	12.83	10.41	7.09	7.07
Totale problemen 8-12 jaar	42.63	21.76	30.48	18.18
Totale problemen 13-18 jaar	39.69	19.74	22.72	13.18
Lichamelijke en psychische klachten volwassenen	180.32	57.57	135.43	45.24

Er is onderzocht of door ouders van kinderen een afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen wordt gerapporteerd na een behandeling met de zelfregulatie methode. Hierbij is de binnenpersoonsfactor tijd (tussen voor- en nameting). De afhankelijke variabelen zijn het aantal internaliserende, externaliserende en totale problemen voor en na de behandeling met de zelfregulatie methode, zoals door de ouders is gerapporteerd. Er worden drie aparte analyses uitgevoerd.

Tabel 2. *Herhaalde metingen ANOVA voor het effect van tijd op internaliserende, externaliserende en totale problemen*

	Internaliserende problemen			Externaliserende problemen			Totale problemen		
	F	<i>p</i>	η^2	F	<i>p</i>	η^2	F	<i>p</i>	η^2
Tijd	47.77	<.01	.44	34.52	<.01	.36	55.42	<.01	.47

Uit Tabel 1 blijkt dat zowel de internaliserende, externaliserende als de totale problemen zijn afgenomen. Uit Tabel 2 blijkt dat er sprake is van een significante afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode. De afname van internaliserende problemen kan voor 44% verklaard worden door de behandeling, de afname van externaliserende problemen voor 36% en de afname van totale problemen voor 47%. Deze percentages kunnen allen als een groot effect worden beoordeeld.

Vervolgens is onderzocht of er een verschil is in afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen tussen jongens en meisjes na een behandeling met de zelfregulatie methode. Hierbij is de binnenpersoonsfactor tijd (tussen voor- en nameting). De afhankelijke variabelen zijn het aantal gerapporteerde internaliserende, externaliserende en totale problemen voor en na de behandeling met de zelfregulatie methode. De tussenpersoonsfactor is geslacht. Er worden drie aparte analyses uitgevoerd.

Tabel 3. *Herhaalde metingen ANOVA voor het effect van tijd op internaliserende, externaliserende en totale problemen, met invloed van geslacht*

	Internaliserende problemen			Externaliserende problemen			Totale problemen		
	Tussen personen								
	F	<i>p</i>	η^2	F	<i>p</i>	η^2	F	<i>p</i>	η^2
Tijd	47.02	<.01	.44	33.96	<.01	.36	54.56	<.01	.47
Geslacht	1.86	.18	.03	2.82	.10	.04	261.53	.37	.01
	Binnen personen								
Geslacht x Tijd	.01	.92	.00	0.00	.97	.36	.17	.68	.00

Uit Tabel 3 blijkt dat de internaliserende, externaliserende en totale problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode significant zijn afgenomen. Hoewel uit Tabel 1 blijkt dat er verschil is in het aantal gerapporteerde klachten tussen jongens en meisjes, blijkt uit Tabel 3 dat er geen significant hoofdeffect is van geslacht. Dit betekent dat er geen significant verschil is tussen jongens en meisjes in het aantal gerapporteerde internaliserende, externaliserende en totale problemen. Daarnaast blijkt dat er ook geen sprake is van een significant interactie-effect tussen geslacht en tijd. Dit betekent dat er geen verschil is tussen jongens en meisjes in de afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode.

Ten derde is onderzocht of er een verschil is in afname tussen internaliserende en externaliserende problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode. Hierbij is de eerste binnenpersoonsfactor tijd (tussen voor- en nameting). De tweede binnenpersoonsfactor is problemen. De afhankelijke variabelen zijn het aantal gerapporteerde internaliserende en externaliserende problemen voor en na de behandeling met de zelfregulatie methode. Dit wordt in één enkele analyse uitgevoerd.

Tabel 4. *Herhaalde metingen ANOVA voor het verschil tussen internaliserende en externaliserende problemen*

	Verschil internaliserende en externaliserende problemen		
	Tussen personen		
	F	<i>p</i>	η^2
Tijd	52.43	<.01	.46
Probleemgedrag	1.31	.26	.02
	Binnen personen		
Probleemgedrag x Tijd	3.58	.06	.06

Uit Tabel 4 blijkt dat er na een behandeling met de zelfregulatie methode sprake is van een significante afname van internaliserende en externaliserende problemen. Hoewel uit Tabel 1 blijkt dat het aantal internaliserende problemen bij voor- en nameting hoger is dan het aantal externaliserende problemen, blijkt uit Tabel 4 dat er geen sprake is van een significant verschil. Daarnaast blijkt dat er ook geen sprake is van een significant interactie-effect tussen probleemgedrag en tijd. Dit betekent dat er geen verschil is in de afname van internaliserende en externaliserende problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode.

Ten vierde is onderzocht of er een verschil is in afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen tussen kinderen (leeftijd 8-12 jaar) en adolescenten (leeftijd 13-18 jaar). Hierbij is de binnenpersoonsfactor tijd (tussen voor- en nameting). De afhankelijke variabelen zijn het aantal gerapporteerde internaliserende, externaliserende en totale problemen voor en na de behandeling met de zelfregulatie methode. De tussenpersoonsfactor is leeftijdscategorie (8-12 jaar en 13-18 jaar). Dit wordt in drie aparte analyses uitgevoerd.

Tabel 5. *Herhaalde metingen ANOVA voor het effect van tijd op internaliserende, externaliserende en totale problemen, met invloed van leeftijd*

	Internaliserende problemen			Externaliserende problemen			Totale problemen		
	F	<i>p</i>	η^2	F	<i>p</i>	η^2	F	<i>p</i>	η^2
	Tussen personen								
Tijd	43.36	<.01	.42	29.30	<.01	.32	48.64	<.01	.44
Leeftijd	1.01	.32	.02	.04	.85	.04	1.62	.21	.03
	Binnen personen								
Leeftijd x Tijd	.11	.74	.00	2.07	.16	.03	1.34	.25	.02

Uit Tabel 5 blijkt dat er na een behandeling met de zelfregulatie methode sprake is van een significante afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen. Hoewel uit Tabel 1 blijkt dat het aantal internaliserende problemen bij kinderen groter is dan bij adolescenten en bij de voormeting het aantal externaliserende en totale problemen kleiner is dan bij adolescenten, blijkt uit Tabel 5 dat er tussen beide leeftijdscategorieën geen sprake is van een significant verschil. Daarnaast blijkt dat er ook geen sprake is van een significant interactie-effect tussen leeftijd en tijd. Dit betekent dat er geen verschil is tussen de twee leeftijdscategorieën in de afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode.

Tot slot is onderzocht of door volwassenen een afname van lichamelijke en psychische klachten wordt gerapporteerd na een behandeling met de zelfregulatie methode. Hierbij is de binnenpersoonsfactor tijd (tussen voor- en nameting). De afhankelijke variabelen zijn het aantal gerapporteerde lichamelijke en psychische klachten voor en na de behandeling met de zelfregulatie methode.

Uit Tabel 1 blijkt dat het aantal lichamelijke en psychische klachten bij volwassenen ($n=291$) zijn afgenomen na een behandeling met de zelfregulatie methode. De resultaten zijn als volgt: $F(1; 290) = 242.49$; $p < .01$, $\eta^2 = .46$. Hieruit blijkt dat er sprake is van een

significante afname van lichamelijke en psychische klachten. Deze afname van klachten wordt voor 46% verklaard door de behandeling. Dit kan als een groot effect worden beoordeeld.

Conclusie en discussie

In huidig onderzoek is onderzocht of er bij kinderen sprake is van een afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode, zoals door ouders wordt gerapporteerd. Tevens is onderzocht of er verschillen zijn tussen jongens en meisjes, tussen internaliserende en externaliserende problemen en tussen de leeftijdscategorieën 8-12 jaar en 13-18 jaar. Ten slotte is onderzocht of er bij volwassenen sprake is van een afname van lichamelijke en psychische problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode.

Uit de resultaten blijkt dat er sprake is van een significante afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode, zoals door ouders van kinderen wordt gerapporteerd. Dit komt overeen met de verwachting en met wat uit eerder onderzoek is gebleken. Uit de literatuur blijkt namelijk dat er een verband is tussen zelfregulatie en internaliserende en externaliserende problemen (Barkley, 1997; Bell & Deater-Deckard, 2007; Boekaerts et al., 2000; Kovacs et al., 2006). De resultaten veronderstellen dat een behandeling met de zelfregulatie methode leidt tot een afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen bij kinderen van 8-18 jaar die in de periode van januari 2009 tot en met maart 2010 een behandeling bij PCC Health Promotion hebben gehad.

Verder blijkt uit de resultaten dat er geen sprake is van een significant verschil tussen jongens en meisjes na een behandeling met de zelfregulatie methode. In de literatuur is niet gevonden of er een verschil is in effectiviteit van de zelfregulatie methode tussen jongens en meisjes. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat er geen sprake is van een significant verschil in afname tussen internaliserende en externaliserende problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode. In de literatuur is niet gevonden of er een verschil is in afname van klachten tussen internaliserende en externaliserende problemen, slechts dat er bij beide soorten probleemgedragingen een verband is met zelfregulatie (Barkley, 1997; Bell & Deater-Deckard, 2007; Boekaerts et al., 2000; Kovacs et al., 2006). De resultaten uit huidig onderzoek suggereren dat er bij zowel internaliserende als externaliserende problemen een verband is met zelfregulatie, maar dat er tussen de twee probleemgedragingen geen verschil is in afname. Tevens blijkt uit de literatuur dat internaliserende problemen meer bij meisjes

voorkomen en externaliserende en totale problemen meer bij jongens (Achenbach et al., 1991; Keiley et al., 2000; Walden & Garber, 1994). Ook blijkt uit de literatuur dat meisjes hun gedrag beter kunnen reguleren dan jongens (Bernbenutty, 2009; Matthews & Ponitz, 2009; Ponitz et al., 2008; Raffaelli et al., 2005). In vervolgonderzoek zal moeten blijken of er na een behandeling met de zelfregulatie methode sprake is van een interactie-effect tussen geslacht en het type probleemgedrag. Dit betekent dat zal moeten blijken of er een verschil is in afname tussen meisjes die meer internaliserende problemen hebben en jongens die meer externaliserende problemen hebben.

Verder blijkt uit de resultaten dat er geen sprake is van een significant verschil tussen de leeftijdscategorieën 8-12 jaar en 13-18 jaar na een behandeling met de zelfregulatie methode. Uit de literatuur is gebleken dat er inconsistentie is over de ontwikkeling van zelfregulatie. Waar sommige onderzoekers zeggen dat de ontwikkeling van zelfregulatie gedurende het hele leven ontwikkelt (Gestsdottir & Lerner, 2008; Murphy et al., 1999), zeggen andere onderzoekers dat het ontwikkelingsproces tijdens de adolescentie is gestabiliseerd (Boekaerts & Corno, 2005; Boekaerts et al., 2000; Bronson, 2000; Demetriou, 2000; Gestsdottir & Lerner, 2008; Murphy et al., 1999; Raffaelli et al., 2005). De resultaten uit huidig onderzoek kunnen vanuit het eerste standpunt verklaard worden. Wanneer de ontwikkeling van zelfregulatie het gehele leven plaatsvindt, is het mogelijk dat er tussen kinderen en adolescenten nog weinig verschil is in toename van het aantal zelfregulatie vaardigheden. Hierdoor is er tussen beide leeftijdscategorieën geen sprake van een significant verschil in afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen. Vanuit het tweede standpunt kunnen de resultaten van huidig onderzoek niet worden verklaard. Want wanneer de ontwikkeling van zelfregulatie in de adolescentie gestabiliseerd zou zijn, betekent dit dat tijdens de adolescentie en tijdens de volwassenheid het zelfregulatie vermogen niet meer zal toenemen. Er zou dan tussen de leeftijdscategorieën 8-12 jaar en 13-18 jaar wel sprake moeten zijn van een significant verschil, daar het zelfregulatie vermogen bij kinderen nog wel kan toenemen.

Tot slot blijkt uit de resultaten dat er sprake is van een significante afname van lichamelijke en psychische klachten na een behandeling met de zelfregulatie methode bij volwassenen. Hiermee is de verwachting ook uitgekomen. De resultaten komen overeen met de resultaten uit eerder onderzoek. Uit de literatuur is gebleken dat er een samenhang is tussen zelfregulatie en lichamelijke en psychische klachten (Bell & Deater-Deckard, 2007; Boekaerts et al., 2000; Gardner et al., 2008; Wrosch, et al., 2006). De resultaten veronderstellen dat de zelfregulatie methode leidt tot een afname van lichamelijke en psychische klachten bij

volwassenen die in de periode van januari 2009 tot en met maart 2010 een behandeling bij PCC Health Promotion hebben gehad.

In huidig onderzoek zijn een aantal kanttekeningen te noemen met betrekking tot de steekproef, het type onderzoek en de methoden. Er is gebruik gemaakt van een groep cliënten waarbij een voor- en nameting is afgenomen. Hierna zijn deze resultaten met elkaar vergeleken om te zien of er een significante afname is in de gerapporteerde klachten na een behandeling met de zelfregulatie methode. Er is echter geen controlegroep gebruikt. Wanneer er een controlegroep wordt gebruikt en er aselekt wordt geselecteerd kan het effect op meer aantoonbare wijze aan de zelfregulatie methode worden toegeschreven. Hierdoor kunnen er namelijk duidelijke verschillen tussen de behandel- en controlegroep worden aangetoond. Wanneer er, zoals in huidig onderzoek, slechts binnen één groep tussen voor- en nameting wordt gekeken, kan de afname van klachten ook aan andere factoren worden toegeschreven. Een voorbeeld hiervan is dat cliënten aandacht krijgen van de psycholoog en hierdoor sprake is van een afname van klachten (Lang & Van der Molen, 2003). Hoewel er in huidig onderzoek sprake is van grote effectgroottes, kunnen deze ook door een placebo effect worden verklaard.

Met betrekking tot de methoden kunnen er kanttekeningen geplaatst worden bij het gebruik van de CBCL/4-18. Ten eerste worden bij deze vragenlijst problemen gerapporteerd die in de afgelopen zes maanden of nu spelen. Tussen de voor- en de nameting zit echter een periode van tweeënhalve maand, waardoor de scores elkaar kunnen overlappen. Dit probleem is echter ondervangen doordat de ouders bij de nameting problemen hebben gerapporteerd die op dat moment spelen. Ondanks de korte tijd tussen voor- en nameting-zijn er wel significante verschillen gevonden in het aantal gerapporteerde internaliserende, externaliserende en totale problemen voor en na de behandeling. Ten tweede zijn de correlaties tussen de scores van vader en moeder als variërend van zwak tot sterk te beoordelen. Er is voor gekozen om de scores van vader en moeder te middelen, omdat de steekproefgrootte anders te klein zou zijn om een significante afname van problemen te kunnen vinden. Ondanks dat de correlatie variërend van zwak tot sterk is, blijkt uit de resultaten dat er sprake is van een significante afname van problemen. Daarnaast is de interne betrouwbaarheid van een aantal subschalen van zowel jongens als meisjes onvoldoende bevonden. Dit betekent dat de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Ten slotte is de interne betrouwbaarheid van een aantal subschalen die in huidig onderzoek zijn berekend als onvoldoende te beoordelen. Dit kan verklaard worden doordat de subschalen zijn gebruikt om de internaliserende, externaliserende en totale schaal te berekenen. Dit betekent dat de betrouwbaarheid niet op

itemniveau, maar op schaalniveau is berekend waardoor er minder items zijn meegenomen en een lagere betrouwbaarheid gevonden is. Wanneer het op itemniveau berekend zou worden, zou de onderliggende betrouwbaarheid waarschijnlijk hoger zijn.

Een sterk punt van dit huidig onderzoek is dat dit onderzoek een directe aansluiting heeft met de praktijk. In de eerstelijnspsychologenpraktijk wordt namelijk dagelijks met de zelfregulatie methode gewerkt. Het is hierbij belangrijk dat er met een methodiek wordt gewerkt waarvan aangetoond is dat deze tot een afname van problemen leidt. De effectgroottes kunnen als goed worden beoordeeld. Dit betekent dat de behandeling in goede mate de afname van problemen kan verklaren.

Uit huidig onderzoek blijkt dat er na een behandeling met de zelfregulatie methode sprake is van een afname van internaliserende, externaliserende en totale problemen. Tevens leidt de methode tot een afname van problemen bij de twee leeftijdscategorieën en bij zowel jongens als meisjes. Ten slotte leidt de methode tot een afname van lichamelijke en psychische klachten bij volwassenen.

Aan de hand van de resultaten van huidig onderzoek zijn er een aantal klinische implicaties te noemen. Het is van belang dat er vervolgonderzoek wordt gedaan waarbij er een controlegroep aanwezig is. Op deze wijze kan namelijk achterhaald worden of de afname van de problemen daadwerkelijk door de methodiek kunnen worden verklaard, of dat andere factoren hierbij een rol spelen. Tevens zal uit vervolgonderzoek moeten blijken of er een samenhang is tussen afname van problemen na een behandeling met de zelfregulatie methode en de mate waarin internaliserende, externaliserende en totale problemen bij jongens en meisjes voorkomen. Ten slotte is het van belang dat er meer onderzoeken plaatsvinden zodat er meer bewijskracht voor de effectiviteit van de zelfregulatie methode kan worden gevonden. Op deze wijze kan de zelfregulatie methode met meer bewijskracht in andere instellingen worden geïmplementeerd.

Literatuurlijst

- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2005). *Symptom Checklist. Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- ASEBA (2001). Gedragsvragenlijst voor kinderen van 4-18 jaar (CBCL/4-18). Gevonden op 16 december 2009 op <http://www.aseba.nl/vragenlijsten.htm>.
- Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., & Conners C. K. (1991). National survey of competencies and problems among 4- to 16- year old: parents' reports for normative and clinical samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 56, 1-120.
- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process and content. *Psychological Bulletin*, 122, 338-375.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied psychology: An International Review*, 54, 245-254.
- Barkley, R. A. (1997). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18 (4), 271-279.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 462-479.
- Bates, J. E., Bayles, D., Bennett, D. S., Ridge, B., & Brown, M. (1991). The development and treatment of childhood aggression. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *Origins of externalizing behavioral problems at eight years of age* (pp. 93-119). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1252-1265.
- Beauregard, M., Paquette, V., & Lévesque, J. (2006). Dysfunction in the neural circuitry of emotional self-regulation in major depressive disorder. *NeuroReport*, 17 (8), 843-846.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of self-regulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics*, 28 (5), 409-420.
- Bernbenutty, H. (2009). Academic delay of gratification, self-regulation of learning, gender differences, and expectancy-value. *Personality and Individual Differences*, 46 (3), 347-352.

- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533.
- Boekaerts, M., & Corno, L. (2005). Self-regulation in the classroom: A perspective on assessment and intervention. *Applied Psychology*, 54 (2), 199-231.
- Boekaerts, M., Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation across domains of applied psychology: Is there an emerging consensus? *Applied psychology*, 54 (2), 149-154.
- Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (2000). *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic Press.
- Bronson, M. B. (2000). *Self-regulation in early childhood: Nature and nurture*. New York: Guilford Press.
- Caspi, A., & Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486-498.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Demetriou, A. (2000). Organization and development of self-understanding and self-regulation. In M. Zeidner (Ed.), *Handbook of self-regulation* (pp. 209-251). San Diego, CA: Academic.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J. C. van, & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum en Comp. B.V.
- Gardner, T. W., Dishion, T. J., & Connell, A. M. (2008). Adolescent self-regulation as resilience: Resistance to antisocial behavior within the deviant peer contact. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 273-284.
- Gestsdottir, S., & Lerner, R. M. (2008). Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation. *Human Development*, 51, 202-224.
- Graham, P., & Rutter, M. (1973). Psychiatric disorder in the young adolescent: A follow-up study. *Proceedings of the Royal Society Medicine*, 66 (12), 1226-1229.
- Guerin, D. W., Gottfried, A. W., Oliver P. H., & Thomas, C. W. (1994). Temperament and school functioning during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 14, 200-225.

- Hagekull, B. (1994). Infant temperament and early childhood functioning: Possible relations to the five-factor model. In C. J. Halverson, Jr., G.A. Kohnstamm, & R. P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality* (pp. 227-240). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Keenan, K., & Shaw, D. S. (1994). The development of aggression in toddlers: A study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 53-78.
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 161-179.
- Kievit, T. H., Tak, J. A., & Bosch, J. D. (2002). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kochanska, G., Philibert, A., & Barry, R. A. (2009). Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (11), 1331-1338.
- Koelewijn, H., Kuipers, N., & Harten, P. van (2005). *Multidisciplinair samenwerken*. Health Promotion, Bilthoven.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 892-903.
- Lang, G., & Molen, H. T. van der (2003). *Psychologische gespreksvoering. Een basis voor hulpverlening*. Soest: Nelissen.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied psychology*, 54, 267-299.
- Matthews, J. S., & Ponitz, C. C. (2009). Early gender differences in self-regulation and academic achievement. *Journal of Educational Psychology*, 101, 689-704.
- McClowry, S. G., Giangrande, S. K., Tommasini, N. R., Clinton, W., Foreman, N. S., Lynch, K., et al. (1994). The effects of child temperament, maternal characteristics, and family circumstances on the maladjustment of school-age children. *Research in Nursing & Health*, 17, 25-35.
- Murphy, B. C., Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S., & Guthrie, I. K. (1999). Consistency and change in children's emotionality and regulation: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45, 413-444.

- Ponitz, C. C., McClelland, M. M., Jewkes, A. M., Connor, C. M., Farris, C. L., & Morrison, F. J. (2008). Touch your toes! Developing a direct measure of behavioral regulation in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly, 23*, 141-158.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2009). Toward a physical basis of attention and self-regulation. *Physics of Life Reviews, 6*, 103-120.
- Raffaelli, M., Crockette, L. J., & Shen, Y. (2005). Developmental stability and change in self-regulation from childhood to adolescence. *The Journal of Genetic Psychology, 166* (1), 54-75.
- Rothbart, M. K., Sheese, B. E., & Posner, M. I. (2007). Executive attention and effortful control: Linking temperament, brain networks, and genes. *Child Development Perspectives, 1*, 2-7.
- Snijders, J. A., Huijsman, A. M., Groot, M. H. de, Maas, J. J., & Greef, A. de (2002). Psychotherapeutische deeltijdbehandeling van persoonlijkheidsstoornissen: psychodiagnostische feedback, werkzaamheid en cliëntensatisfactie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 44* (2), 71-81.
- Somersalo, H., Solantaus, T., & Almqvist, F. (1999). Four-year course of teacher-reported internalizing, externalizing and comorbid syndromes. *European Child & Adolescent Psychiatry, 8*, 89-97.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis /Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit.
- Wrosch, C., Dunne, E., Scheier, M. F., & Schulz, R. (2006). Self-regulation of common age-related challenges: Benefits for older adults' psychological and physical health. *Journal of Behavioral Medicine, 29* (3), 299-306.
- Yperen, T. A. van, & Veerman, J. W. (2006). *Zicht op effectiviteit: Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg Deel 1*. NIZW, Praktikon & Ministerie van VWS.

Bijlage 1

Zelfregulatie methode

