

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Kinderen én ouders profiteren van kindgerichte CGT bij angststoornissen

Maaike H. Nauta¹ en Juliette M. Liber²

SAMENVATTING

Er is overtuigend bewijs dat angststoornissen bij kinderen en adolescenten effectief behandeld kunnen worden met cognitieve gedragstherapie (CGT). CGT werkt goed voor een meerderheid van kinderen en jongeren met overmatige angsten. In Nederland zijn verschillende behandelprogramma's beschikbaar die getoetst zijn op effectiviteit. Deze programma's richten zich voornamelijk op het kind, en in mindere mate op het gezin, terwijl bekend is dat angstklachten vaak bij meerdere gezinsleden voorkomen. Het ontstaan en voortbestaan van overmatige angst bij kinderen hangt samen met angst en depressie bij hun ouders en met opvoedingsstijl, zoals overmatige controle en (in mindere mate) afwijzing. Het is dan ook niet verwonderlijk dat angst en depressie bij ouders, en opvoedingsstijl van ouders, een minder gunstig behandelresultaat voorspellen. Desondanks wijst onderzoek stelselmatig uit dat het betrekken van ouders als co-client of als co-therapeut in het algemeen niet tot de gewenste grotere behandel-effecten leidt. Het is dan ook opmerkelijk dat ouders stelselmatig verbeteren op eigen angst en dat hun opvoedingsstijl minder controlerend of negatief wordt na behandeling van het kind, ook wanneer daar niet expliciet aandacht voor is in de behandeling. De resultaten van recente studies suggereren dat een verbetering in angst van het kind vooraf gaat aan een verandering van angstklachten van ouders. Verbeteringen in opvoedingsstijl gingen in één studie vooraf aan verbetering van angst bij het kind en kwamen in een andere studie juist ná een daling van de angstklachten van het kind. Psycho-educatie aan ouders blijkt wel een belangrijk ingrediënt van succesvolle behandelings-

1 Universitair hoofddocent, Basiseenheid Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen; GZ psycholoog en cognitief gedragstherapeut bij Accare, Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Groningen.

2 Universitair docent, afdeling Ontwikkelingspedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam; orthopedagoog en cognitief gedragstherapeut i.o. bij FortaGroep Kind & Jeugd.

gen. Wij concluderen dat ouders belangrijke medestanders zijn bij CGT voor angstige kinderen, maar dat de focus van behandeling op het kind en niet op de ouders zou moeten liggen.

EFFECTIVITEIT VAN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ KINDEREN MET ANGSTSTOORNISSEN

Angststoornissen kennen bij uitstek een succesvolle traditie van onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Uit meta-analyses is gebleken dat cognitieve gedragstherapie bewezen effectief is bij de behandeling van angststoornissen bij kinderen (In-Albon en Schneider, 2006; Silverman, Pina en Viswesvaran, 2008). In Nederland zijn verschillende effectief bewezen behandelprogramma's beschikbaar, zoals de Dappere Kat, het VRIENDEN-programma en Denken + Doen = Durven (Bodden et al., 2008; Liber et al., 2008a; Nauta, Scholing, Emmelkamp en Minderaa, 2003). Uit deze Nederlandse studies en uit internationaal onderzoek komt naar voren dat circa 70% van de kinderen na behandeling vrij is van de primaire angststoornis en circa 40 tot 50% van de kinderen vrij is van alle angststoornissen. Dergelijke resultaten lijken bij follow-up te bekliven, tot meerdere jaren na afronding van de behandeling (In-Albon en Schneider, 2006). CGT is niet alleen effectiever dan een wachtlijst, maar ook effectiever dan psycho-educatie en praten met kinderen en ouders zonder actief te oefenen (Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder en Suveg, 2008). Alhoewel de vorm van dergelijke behandelprogramma's verschilt, komt een aantal vaste therapeutische ingrediënten steeds terug, vaak volgens een vergelijkbare opbouw. De meeste programma's bestaan uit 12-20 gestructureerde zittingen met daarnaast 2-4 ouderzittingen. Belangrijke onderdelen zijn psycho-educatie, exposure, het leren (h)erkennen van angst, doelen stellen, cognitieve herstructurering en probleemoplossingsvaardigheden, beloningsstrategieën en terugvalpreventie. In de ouderzittingen staat vooral psycho-educatie centraal: ouders leren hoe angst, gedachten en (vermijdings)gedrag samenhangen, en hoe exposure-oefeningen kunnen helpen bij het stapje-voor-stapje overwinnen van angst. Er worden algemene adviezen voor ouders gegeven, bijvoorbeeld om het kind te stimuleren en om trots te zijn op 'dapper gedrag'.

Chorpita en Daleiden (2009) onderzochten van welke onderdelen het aanemelijk is dat ze vooral effectief zijn. Hiervoor wogen ze 84 gecontroleerde studies naar de effectiviteit van angstbehandeling, en keken ze welke ingrediënten in de meest effectieve behandelprogramma's voorkwamen. Het bleek dat de meest effectieve programma's tenminste exposure bevatten, met veel praktische oefening binnen en buiten de therapiezittingen (Chorpita en Daleiden, 2009). Naast exposure bleken ook ontspanningsoefeningen, cognitieve strategieën, modeling, psycho-educatie (aan het kind), complimenteren

en belonen door de therapeut ingrediënten te zijn van de meer succesvolle behandelprogramma's (Chorpita en Daleiden, 2009).

Alhoewel cognitieve gedragstherapie goed werkt voor een meerderheid van kinderen en jongeren is er ook een aanzienlijk deel dat onvoldoende baat heeft bij de behandeling. Zowel therapeuten als onderzoekers houden zich bezig met de vraag welke kinderen meer of minder profiteren van de behandeling, en, specifieker, wat de rol van ouders is bij het ontstaan en voortbestaan van angstklachten, en op welke manier zij het beste bij de behandeling betrokken kunnen worden.

DE ROL VAN OUDERS BIJ HET ONTSTAAN EN VOORTBESTAAN VAN ANGST

Uit onderzoek komt consistent naar voren dat ouders een rol kunnen spelen bij het ontstaan, voortbestaan of verergeren van angst bij kinderen (McLeod, Wood en Weisz, 2007; Van Meurs, Reef, Verhulst en Van der Ende, 2009). Onderzoek naar intergenerationele overdracht van angstproblemen is vaak gericht op psychopathologie bij ouders (angst en stemmingsproblemen) en de opvoedingsstijl van ouders. Onderzoek naar deze factoren is zowel *top-down* als *bottom-up* uitgevoerd. Kinderen van ouders met een angst en/of stemmingsstoornis hebben vaker een angststoornis dan kinderen van ouders zonder een dergelijke voorgeschiedenis (*top-down* onderzoek, zie o.a. Micco et al., 2009; Weissman et al., 2006). Ouders van kinderen met een angststoornis hebben zelf vaak ook (een geschiedenis van) psychopathologie (*bottom-up* onderzoek, zie o.a. Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook en Parkinson, 2006). Ouders met angstklachten beïnvloeden het kind wellicht door angstig voorbeeldgedrag of door waarschuwingen voor de 'gevaarlijke' buitenwereld. Naast psychopathologie van ouders worden twee opvoedingsstijlen vooral in verband gebracht met angst, namelijk ouderlijke controle (of overbescherming) en afwijzing (McLeod et al., 2007). Bij *controle* gaat het om de mate waarin ouders het kind aansturen wat betreft regels, structuur en individuele activiteiten (gedragscontrole) en de mate waarin een kind vrij wordt gelaten om zijn eigen emoties te voelen en zijn eigen meningen te uiten (psychologische controle). Wanneer ouders erg controlerend zijn krijgt het kind minder kans zelf dingen te ondernemen, waardoor het zelfvertrouwen en vertrouwen in de eigen oplossingsvaardigheden wellicht onvoldoende wordt ontwikkeld. Hierdoor kunnen kinderen angstiger worden. De tegenhanger van overbescherming is het stimuleren van autonomie. Als een kind ruimte krijgt om zélf positieve ervaringen op te doen, ook in onbekende situaties, neemt het zelfvertrouwen juist toe. Bij *afwijzing* gaat het erom dat het kind weinig warmte, interesse, acceptatie en steun ondervindt, maar juist kritiek ervaart. De ouders zijn weinig responsief ten aanzien van de behoeften van het kind. Zo'n omgeving zou het kind extra gevoelig en kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van angstklachten.

De resultaten van een meta-analyse op basis van 47 studies laten zien dat opvoedingsstijl inderdaad verschillen tussen kinderen in angstniveau verklaart (McLeod et al., 2007). Opvallend was dat opvoedingsstijl in algemene zin slechts beperkt de verschillen verklaart (4%), maar dat er wél specifieke verbanden zijn. Zo bleek een autonomiebevorderende opvoedingsstijl 18% van de variantie in angstniveau bij kinderen te verklaren, terwijl de factor 'warmte' maar 1% van de variantie verklaarde. Al met al werden de sterkste verbanden gevonden op de factor *controle* en minder sterke verbanden op de factor *afwijzing*. Uit het vele cross-sectionele onderzoek kan overigens niet worden afgeleid of kinderen angstig worden van de afwijzing en overmatige controle door hun ouders, of dat een angstig kind dit soort gedrag bij ouders uitlokt (zie Bögels en Brechman-Toussaint (2006) voor een overzicht). Samenvattend kan gesteld worden dat het angstniveau van kinderen samenhang vertoont met angst en depressie bij ouders en ouderlijke controle, en (in minder sterke mate) afwijzing door ouders.

OUDERFACTOREN BEÏNVLOEDEN BEHANDELSUCCES

De consistente relatie tussen angst en stemmingsproblemen, en opvoedingsstijl van ouders met het angstniveau van kinderen, doet vermoeden dat ouders ook een rol spelen in de mate waarin behandeling effectief is. Die opvatting doet een appèl op onze logica. Een overbeschermende ouder kan bijvoorbeeld voortdurend controleren waar het kind is of het kind ongevraagd geruststellen dat hij of zij in de buurt is. Een kind kan zo bevestigd worden in de niet-helpende cognitie dat het onveilig is zonder je ouders. Het lijkt moeilijk om het kind in de behandeling een helpende cognitie aan te leren als de ouders hun gedrag niet veranderen. Onderzoek naar voorspellers van behandelresultaat wijzen er inderdaad op dat ouderfactoren een rol spelen bij de mate waarin angstige kinderen profiteren van behandeling, maar de resultaten zijn niet consistent. Zo blijkt opvoedingsstijl van ouders samen te hangen met (on)gunstiger behandelresultaat (bijvoorbeeld weinig ervaren warmte van moeders in Festen et al. (2013); overbetrokkenheid in Creswell, Willetts, Murray, Singhal en Cooper (2008) en in Liber et al. (2008b); gezinsfuncioneren in Crawford en Manassis (2001)), hoewel een enkele studie ook geen samenhang rapporteert (Silverman, Kurtines, Jaccard en Pina, 2009).

Ten aanzien van psychopathologie bij ouders laten enkele studies geen relatie zien tussen angst bij ouders en behandeluitkomst (Cobham, Dadds, Spence en McDermott, 2010; Silverman et al., 2009; Wood, McLeod, Piacentini en Sigman, 2009). Een meerderheid van studies concludeert echter dat angst- of stemmingsproblemen bij ouders wel een minder gunstig behandelresultaat voorspellen (Berman, Weems, Silverman en Kurtines, 2000; Bodden et al., 2008; Cobham et al., 1998; Cooper, Gallop, Willetts en Creswell, 2008; Creswell et al., 2008; Festen et al., 2013; Kendall et al., 2008; Liber et al., 2008b; Rapee,

2000; Settipani, O'Neil, Podell, Beidas en Kendall, 2013; Southam-Gerow, Kendall en Weersing, 2001; Waters, Ford, Wharton en Cobham, 2009).

De rol van ouders bij het ontstaan en voortbestaan van angst en hun rol bij het voorspellen van tegenvallende behandelresultaten zijn belangrijke argumenten om ouders bij de behandeling van hun angstige kind te betrekken als co-client of als co-therapeut. Bovendien maken ouders deel uit van de dagelijkse leefomgeving van het kind. Zij zouden het kind kunnen ondersteunen, de generalisatie van de geleerde vaardigheden kunnen bevorderen en na afloop van de behandeling het kind kunnen helpen om angstige situaties aan te gaan in plaats van te vermijden.

LOGISCHE CONCLUSIE: OUDERS BETREKKEN BIJ DE BEHANDELING

Wanneer we teruggaan naar het voorbeeld van de ouder uit de vorige paragraaf die een hoge mate van gedragscontrole liet zien, lijkt het essentieel om deze ouders als co-cliënt of als co-therapeut bij de behandeling te betrekken. Bij het betrekken van ouders als *co-cliënt* wordt de ouder zelf ook als cliënt gezien en wordt aandacht besteed aan hoe ouders zelf omgaan met angstige situaties, hoe zij rolmodel staan en hoe veranderingen in hun angstige gedrag kunnen leiden tot veranderingen bij het kind. Daarnaast kunnen ouders leren om minder controlerend en minder kritisch of afwijzend te zijn. Bij het betrekken van ouders als *co-therapeut* worden ouders gezien als het verlengstuk van de behandelaar. De behandeling blijft dan primair kindgericht, en de ouders leren de strategieën die het kind kunnen helpen om de angst te verminderen en exposure-oefeningen te doen, zodat zij dit in de thuissituatie kunnen ondersteunen. Er zijn meerdere initiatieven gedaan om te onderzoeken of het betrekken van ouders bij de behandeling zinvol zou kunnen zijn. Maar: meta-analyses duiden erop dat het extra betrekken van ouders niet effectiever is dan kindgerichte CGT (In-Albon en Schneider, 2006; Silverman et al., 2008). Zowel extra ouderbegeleiding als uitgebreide gezinsinterventies lijken gemiddeld genomen niets toe te voegen aan de effectiviteit van reguliere kindgerichte CGT met psycho-educatie voor ouders (zie bijvoorbeeld Bodden et al., 2008; Nauta et al., 2003). In 2008 werd dan ook de prikkelende stelling geponeerd: Ouders van angstige kinderen: laat ze maar thuis! (Bodden, 2008). Verschillende tegengeluiden zijn hierna gehoord, deze wijzen er onder andere op dat ouders onlosmakelijk met de behandeling van hun kinderen verbonden zijn; alleen al door het halen en brengen van de kinderen en door het bespreken van de huiswerkopdrachten (Boer, 2008). Psycho-educatie voor ouders is overigens altijd ook een onderdeel van de kindgerichte behandelingen en bleek in het overzicht van Chorpita en Daleiden (2009) een ingrediënt uit de meer succesvolle behandelingen.

EFFECT VAN CGT OP ANGST VAN DE OUDER EN OP OPVOEDINGS-

VAARDIGHEDEN VAN OUDERS

Hoewel ouderinterventies geen meerwaarde lijken te hebben op vermindering van angst bij het kind, is het zinvol om te kijken of de ouderinterventies wél effect hebben op de psychopathologie of opvoedingsstijl van ouders. Winst bij het kind kan volgens verschillende mechanismen bereikt zijn, en het mechanisme kan verschillen per kind of gezin. Werden er bij de ouders misschien onvoldoende resultaten geboekt ten aanzien van afwijzing of controle en droeg de ouderinterventie daarom niks bij? Of veranderden de ouders wel volgens plan, maar had dit geen extra invloed op de angst van het kind? Misschien was bij een deel van de ouders maar weinig verbetering mogelijk, omdat ze de vaardigheden al voldoende beheersten? Een aantal studies rapporteerde het effect van de kindgerichte en de gezinsgerichte interventies op oudermaten. Het beeld dat ontstaat is vrij consistent. Wat blijkt: na behandeling gericht op het verminderen van angst bij kinderen knappen ouders op! Zowel bij kindgerichte behandeling als bij gezinsgerichte behandeling verminderen angst en negatieve opvoedingsstijl bij ouders (Crawford en Manassis, 2001; Kendall et al., 2008; Silverman et al., 2009; Van der Leeden et al., 2013). Slechts bij één studie bleek dat ouderinterventies gericht op o.a. overbetrokkenheid (intrusiveness) een meerwaarde had boven kindgerichte behandeling in het verbeteren van die overbetrokkenheid en dan alléén op lange termijn en alléén bij adolescenten (Wood et al., 2009).

Deze effecten zouden wellicht groter kunnen zijn. In het overzichtartikel van Breinholst en collega's wordt besproken dat de meeste ouderinterventies doorgaans onvoldoende specifiek zijn (Breinholst, Esbjørn, Reinholdt-Dunne en Stallard, 2012). Zo wordt er vaak breed ingezet op tal van opvoedinterventies, terwijl het krachtiger lijkt om de interventie vooral te richten op die specifieke ouderkenmerken waarvan we weten dat ze samenhangen met het voortbestaan van angstklachten, namelijk angst- en stemmingsproblemen bij ouders, controle en afwijzing. Die focus wordt lang niet altijd gekozen. Bovendien krijgen vaak *alle* ouders (dezelfde) interventies, terwijl lang niet alle ouders dezelfde vaardigheidstekorten hebben. Als je een interventie geeft aan mensen die een bepaald tekort niet hebben, is het logisch dat er over de gehele groep geen (groot) effect wordt gevonden. Wanneer alleen de ouders met daadwerkelijke en specifieke vaardigheidstekorten een passende interventie zouden krijgen, kan wellicht wél een meerwaarde van dit soort interventies worden aangetoond (Breinholst et al., 2012). Zorg op maat dus.

ANGSTIGE OUDERS LEREN VAN HUN KINDEREN

CGT lijkt dus positieve resultaten op te leveren ten aanzien van de angst van het kind én van angst bij ouders en opvoedingsstijl. Maar wat zou het mechanisme zijn: veranderen ouders nadat kinderen minder angstig zijn, passen ze

zich gewoon aan als het kind zich anders gaat gedragen? Of veranderen ouders eerst zelf, bijvoorbeeld door het luisteren naar de rationale van de kindgerichte behandeling en de modeling door de therapeut, en krijgt het kind dan de ruimte om zelf te veranderen? In de afgelopen jaren zijn er twee gecontroleerde studies uitgevoerd die wat stukjes van de geschetste puzzel op z'n plaats leggen.

In de eerste studie werden 119 kinderen en jongeren (7-16 jaar) en hun moeders geïncludeerd (Silverman et al., 2009). Na loting kregen zij ofwel een kindgerichte CGT met exposure en cognitieve herstructurering en gedragsinterventies ofwel een ouder-kind CGT. De ouder-kind interventie was specifiek gericht op de genoemde risicofactoren, namelijk positief en negatief oudergedrag, conflicten in de ouder-kind relatie en angstproblematiek van 'ouders' (moeders). De primaire uitkomstmaat was de angst van het kind, gemeten als de primaire diagnose van het kind (op basis van het semi-gestructureerde diagnostisch interview de ADIS C/P (Anxiety Disorder Interview Schedule Child and Parent version; Silverman en Albano, 1996). Daarnaast vulde het kind een vragenlijst in over angstsymptomen van het kind (Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978). Opvoedingsgedrag werd in kaart gebracht met een vragenlijst die het kind invulde over positief en negatief gedrag van ouders en over conflicten tussen ouder en kind, de Conflict Behavior Questionnaire (CBQ; Prinz, Foster, Kent & O'Leary, 1979). Tot slot vulden de moeders een vragenlijst in over eigen angst, de angst-schaal van de Symptom Checklist (Symptom Checklist-90-R; Derogatis et al., 1976).

Na beide behandelingen verminderde de angst van het kind, werd het gedrag van moeders positiever (volgens de kinderen), waren er minder conflicten en rapporteerden de moeders minder eigen angst. Nadere studie liet zien dat eerst het kind minder angstig werd en dat *daarna* een verbetering in het gedrag van de moeder plaatsvond (en niet andersom). Blijkbaar paste de ouder zijn gedrag aan het nieuwe (niet-angstige) gedrag van het kind aan. Ten aanzien van ouderlijke angst en bij conflicten werd een afname in beide condities gevonden, die niet per se vooraf ging aan of gevolg was van een afname van de angst van het kind.

De tweede studie omvatte 111 deelnemers (8-13 jaar; Settapani et al., 2013) die ofwel kindgerichte ofwel gezinsgerichte CGT kregen. De kindgerichte behandeling was Coping Cat (Dappere Kat; Kendall en Hedtke, 2006) en bestond uit 16 zittingen en twee ouderzittingen. In Dappere Kat leren kinderen vier vaardigheden om met angst om te gaan en oefenen ze met omgaan met angst met behulp van een angst hiërarchie en exposure-oefeningen. In de gezinsgerichte behandeling werden dezelfde vaardigheden aan ouders en kind tegelijk uitgelegd en werd gezamenlijk geoefend. Bovendien werden de (dysfunctionele) verwachtingen en gedragingen van ouders besproken en werden ouders aangemoedigd om de vaardigheden die het kind werd geleerd toe te passen op hun eigen angst of spanning.

De primaire uitkomstmaat was de angst van het kind. In deze studie werd gekozen om de ernst van de primaire diagnose op basis van de beoordeling van de clinicus te hanteren als uitkomstmaat (op basis van het diagnostisch interview ADIS C/P), en tevens een ouderrapportage van angst van het kind (subschaal Angst van de Child Behaviour Checklist, ingevuld door de moeders (CBCL; Achenbach, 1991)). Angst van de moeder werd in kaart gebracht met de State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1983), moeders rapporteerden over het gezinsfunctioneren met behulp van de Family Assessment Device (FAD; Epstein, Baldwin en Bishop, 1983) en kinderen rapporteerden over de ervaren psychologische controle door de moeder (op basis van de zelfrapportage-lijst Children's Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI-30; Schuldermann en Schuldermann, 1988)).

Beide interventies bleken effectief: niet alleen kinderen maar ook moeders werden minder angstig en specifieke gezinsfactoren verbeterden: controlerend ouderlijk gedrag, psychologische controle en affectieve overbetrokkenheid in het gezin. Er waren geen verschillen tussen de interventies. Vervolgens werd in meer detail gekeken naar het beloop. Het bleek dat eerst een verbetering in angst van het kind optrad voordat de ouders een verandering rapporteerden in hun eigen angstklachten. Voor de gezinsfactoren 'psychologische controle' en 'affectieve overbetrokkenheid' was dit andersom: als deze aspecten verbeterden, volgde een vermindering van angst bij het kind. Dit laatste werd overigens ook gevonden door Wood en collega's (2009): veranderingen van ouders in (psychologische) 'controle' gingen vooraf aan veranderingen van angst van adolescenten. Je zou kunnen zeggen dat controlerende ouders eerst hun kinderen de ruimte moeten geven om te veranderen, en dat pas daarna de angst van de kinderen kan veranderen. Hiermee is nog niet gezegd hoe je als therapeut die controle bij ouders zou moeten verminderen.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Het ontstaan en voortbestaan van angst bij kinderen staat significant in verband met de aanwezigheid van angst- en stemmingsproblemen en een controlerende of afwijzende opvoedingsstijl bij ouders. Wanneer kinderen behandeld worden voor hun angsten, blijkt psychopathologie bij ouders en een controlerende of afwijzende opvoedingsstijl een minder gunstige behandeling te voorspellen. Dit laatste verband komt uit de wetenschappelijke literatuur echter minder consistent naar voren. Het betrekken van ouders bij behandeling met het oog daarmee mogelijke oorzakelijke danwel in stand houdende factoren aan te pakken resulteert niet in het gewenste resultaat; noch uit meta-analyses noch uit Nederlandse empirische studies lijkt het betrekken van ouders bij de behandeling te resulteren in een gunstiger behandeluitkomst voor het kind. Men heeft zich afgevraagd hoe dit kan, en recen-

tere onderzoeken wijzen erop dat ouders hoe dan ook mee profiteren van de behandeling, ongeacht of er sprake is van kindgerichte behandeling, gezinsgerichte behandeling (co-client) of het betrekken van ouders (co-therapeut). Ouders knappen ook op! Zowel wat betreft angstproblemen als wat betreft opvoedingsstijl werd vooruitgang bij ouders waargenomen. Deze ogenschijnlijk tegenstrijdige bevindingen roepen vragen op over de mechanismes waarlangs verandering optreedt en hoe de processen in tijd elkaar opvolgen. De eerste voorzichtige resultaten laten zien dat de rol van ouders bij behandeling van angst bij kinderen complex is; verandering in angst bij het kind gaat vooraf aan verbetering in angst bij moeders, maar verandering in opvoedingsstijl ging in één studie vooraf aan verandering in angst bij het kind, en kwam bij een andere studie juist erna.

Enkele kanttekeningen dienen bij deze voorlopige conclusies geplaatst te worden. Ten eerste wordt merendeels gesproken over 'ouders', terwijl het merendeel van de deelnemers in de studies moeders betreft, enkele uitzonderingen daargelaten. Een tweede kanttekening is methodologisch van aard; sommige studies kijken naar de *life-time* prevalentie van angststoornissen bij ouders, terwijl anderen kijken naar de angst van ouders direct voorafgaand aan de behandeling. Evenzo kijken sommige studies naar stoornissen bij ouders, terwijl andere kijken naar de aanwezigheid van symptomen. Een derde kanttekening is dat sommige studies kijken naar kinderen en andere studies naar adolescenten. Een voorbeeld waarin al deze kanttekeningen worden geïllustreerd is de studie van Legerstee en collega's (2008), waar werd gevonden dat de *life-time* prevalentie van een angststoornis bij *moeder* een *gunstig* effect had op het behandelresultaat bij *adolescenten*, terwijl in dezelfde studie werd gevonden dat *huidige* stemmingsproblemen van *vader* *ongunstig* waren voor het behandelresultaat bij *kinderen* (Liber et al., 2008).

Toch kan men op basis van de beschreven bevindingen voorlopig concluderen dat het verstandig is om bij de meerderheid van gezinnen voor kindgerichte CGT te kiezen. Ook bij een kindgerichte behandeling krijgen ouders psycho-educatie, worden ze geadviseerd het kind te ondersteunen bij het huiswerk en te motiveren voor oefeningen. Dit soort ondersteunende interventies kan bijdragen aan een goed behandelresultaat bij het kind (Chorpita en Daleiden, 2009; Nock en Kazdin, 2005). Verder bleken kinderen van ouders die zich meer betrokken toonden en vaker naar de therapie kwamen een gunstiger behandelresultaat te halen (Podell en Kendall, 2011). Het betrekken van ouders lijkt dus minder te liggen in een keuze voor de ouder als co-client of co-therapeut, maar meer als een keuze voor een medestander van de therapeut en van het kind. Interventies voor ouders kunnen selectief worden ingezet: indien blijkt dat er sprake is van psychologische controle of overbetrokkenheid door de ouders, dan kan de therapeut hier extra aandacht aan besteden. Uit de literatuur is het nog niet duidelijk of dit zou moeten door de psycho-educatie en door de rationale van de kindgerichte behandeling nogmaals toe te lichten

of juist door een interventie in te zetten gericht op het veranderen van deze specifieke opvoedingsaspecten, met het idee dat dit wellicht de winst bij het kind op gang brengt of helpt behouden. Eén studie laat zien dat zo'n specifieke benadering kan werken, ook op de langere termijn (Wood et al., 2006 en 2009). Dit past bovendien bij de huidige trend van het matchen van behandelingen aan de individuele problematiek van het kind (zie bijvoorbeeld Weisz et al., 2012). Een alternatief is het werken volgens het stepped-care model waarbij behandeling gefaseerd aan wordt geboden en na iedere fase systematische evaluatie plaatsvindt. In een eerste studie volgens dit stepped-care model bleek dat na de eerste kindgerichte behandelfase 45% van de kinderen nog een angststoornis had. Na twee aanvullende fases met oudergerichte behandeling bleek in totaal 74% van de kinderen niet langer een angststoornis te hebben (Van der Leeden et al., 2011). De ouders verbeterden gedurende alle fases van de behandeling gestaag, zowel wat betreft opvoedingsstijl als angst en depressie. Deze tweede fase werd echter niet vergeleken met een kindgerichte behandeling, waardoor we niet kunnen concluderen dat kinderen in een tweede fase juist opknappen van *ouder*interventies.

Voor therapeuten impliceert dit voorlopig: ga eerst aan de slag met de kinderen en laat de ouders als medestanders meeprofiteren van het geboden kader.

SUMMARY

Cognitive behavioral therapy for child anxiety

There is an abundance of evidence showing that anxiety in youth can be treated effectively with cognitive behavioral treatment (CBT); the majority of children benefit significantly. Several CBT programs that have been tested for their effectiveness are available in the Netherlands. These programs focus mostly on the child and, to a lesser extent, on the family. However, anxiety tends to run in families, suggesting that family involvement may be fruitful. The development and maintenance of increased anxiety levels in children has indeed been related to parental anxiety and depression as well as to parenting styles such as control and (to a lesser extent) rejection. It is therefore not surprising that significant relations have been found between treatment outcome in children with anxiety disorders and parenting styles, parental anxiety and depression. Nevertheless, research shows that parental involvement, either as co-client or as co-therapist does not result in the expected and desired enhanced outcomes. Remarkably, parental anxiety and parenting styles (control and negative parenting) improved following treatment of their anxious child, even if these factors were not addressed directly. Recent studies reveal that decreases in child anxiety may precede decreases in parental anxiety. Improvements in parenting style preceded improve-

ments in child anxiety in one study, and showed after child improvements in another study. Psycho-education for parents remains an important ingredient for effective treatments. We conclude that parents are important as allies in treatment, but the focus in CBT for anxious children should be on the child and not on the parents.

Key words: parents, anxiety, parenting style, cognitive behavioural therapy

LITERATUUR

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4–18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Berman, S.L., Weems, C.F., Silverman, W.K., & Kurtines, W.M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy, 31*, 713-731.
- Bodden, D.H.M. (2008). Ouders van angstige kinderen: Laat ze maar thuis! *Kind en Adolescent, 29*, 116-119.
- Bodden, D.H.M., Bögels, S.M., Nauta, M.H., Haan, E. de, Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A.G., & Appelboom-Geerts, K.C.M.M. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 1384-1394.
- Boer, F. (2008). Gooi de ouders niet weg met het badwater! Reactie op Bodden. *Kind en Adolescent, 29*, 119-121.
- Bögels, S.M., & Brechman-Toussaint, M. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review, 26*, 834-856.
- Breinholst, S., Esbjørn, B.H., Reinholdt-Dunne, M., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 416-424.
- Chorpita, B.F., & Daleiden, E.L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 566-579.
- Cobham, V.E., Dadds, M.R., & Spence, S.H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905.
- Cobham, V.E., Dadds, M.R., Spence, S.H., & McDermott, B. (2010). Parental anxiety in the treatment of childhood anxiety: A different story three years later. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*, 410-420.
- Cooper, P.J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H., & Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 93*, 205-212.
- Cooper, P.J., Gallop, C., Willetts, L., & Creswell, C. (2008). Treatment response in child anxiety is differentially related to the form of maternal anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 41-48.
- Crawford, A.M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*, 1182-1189.
- Creswell, C., Willetts, L., Murray, L., Singhal, M., & Cooper, P. (2008). Treatment of child anxiety: An exploratory study of the role of maternal anxiety and behaviours in treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*, 38-44.

- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R administration and scoring procedures manual II*. Towson, MD: Clinical Psychometrics Research.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171–180.
- Festen, H., Hartman, C.A., Hogendoorn, S.M., Haan, E. de, Prins, P.J.M., Reichart, C.G., Moorlag, H., Nauta, M.H. (2013). Temperament and parenting predicting anxiety change in cognitive behavioral therapy: The role of mothers, fathers and children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 289–297.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2006). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15–24.
- Kendall, P.C., & Hedtke, K.A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual (3rd ed.)*. Ardmore, PA: Workbook.
- Kendall, P.C., Hudson, J.L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282–297.
- Leeden, A.J. van der, van Widenfelt, B.M., Leeden, R. van der, Liber, J.M., Utens, E.M.W.J., & Treffers, P.D.A. (2011). Stepped care cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A new treatment approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 55–75.
- Leeden, A.J. van der, Widenfelt, B.M., Leeden, R. van der, Liber, J.M., Utens, E.M., & Treffers, P.D.A. (2013). Changes in parenting and parental anxiety, depression, and stress during stepped care cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. Unpublished manuscript.
- Legerstee, J.S., Huijzink, A.C., Gastel, W. van, Liber, J.M., Treffers, P.D., Verhulst, F.C., & Utens, E. (2008). Maternal anxiety predicts favourable treatment outcomes in anxiety-disordered adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 117, 289–298.
- Liber, J.M., Widenfelt, B.M. van, Goedhart, A.W., Utens, E.M.W.J., Leeden, A. van der, Markus, M.T., & Treffers, P.D.A. (2008). Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders: Has the role of fathers been underestimated? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 747–758.
- Liber, J.M., Van Widenfelt, B.M., Utens, E.M.W. J., Ferdinand, R.F., Leeden, A. van der, van Gastel, W., & Treffers, P.D.A. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 886–893.
- McLeod, B.D., Wood, J.J., & Weisz, J.R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155–172.
- Meurs, I. van, Reef, J., Verhulst, F.C., & Ende, J. van der (2009). Intergenerational transmission of child problem behaviors: A longitudinal, population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 138–145.
- Micco, J.A., Henin, A., Mick, E., Kim, S., Hopkins, C., Biederman, J., & Hirshfeld-Becker, D.R. (2009). Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1158–1164.
- Nauta, M.H., Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G., & Minderaa, R.B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270–1278.
- Nock, M.K., & Kazdin, A.E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 872–879.
- Podell, J.L., & Kendall, P.C. (2011). Mothers and fathers in family cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 182–195.
- Prinz, R.J., Foster, S.L., Kent, R.N., & O'Leary, D.K. (1979). Multivariate assessment of conflict in distressed and nondistressed mother-adolescent dyads. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 691–700.

- Rapee, R.M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125-130.
- Schuldermann, S., & Schuldermann, E. (1988). *Questionnaire for Children and Youth (CRPBI-30)*. Unpublished manuscript, University of Manitoba, Winnipeg, Canada.
- Settipani, C.A., O'Neil, K.A., Podell, J.L., Beidas, R.S., & Kendall, P.C. (2013). Youth anxiety and parent factors over time: Directionality of change among youth treated for anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 9-21.
- Silverman, W.K., & Albano, A.M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Jaccard, J., & Pina, A.A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: An initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 474-485.
- Silverman, W.K., Pina, A.A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130.
- Southam-Gerow, M., Kendall, P.C., & Weersing, V.R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 422-436.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Waters, A.M., Ford, L.A., Wharton, T.A., & Cobham, V.E. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child + parent condition versus a parent only condition. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 654-662.
- Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1001-1008.
- Weisz, J., Chorpita, B., Palinkas, L., Schoenwald, S., Miranda, J., Bearman, S., Daleiden, E., Ugueto, A., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D., Southam-Gerow, M., & Gibbons, R. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69, 274-282.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Southam-Gerow, M., Chu, B.C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 314-321.
- Wood, J.J., McLeod, B.D., Piacentini, J.C., & Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 301-316.

