

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

De golven binnen de cognitieve gedragstherapie voor kinderen en adolescenten

CAROLINE BRAET

Samenvatting

In dit artikel schets ik een terugblik op de geschiedenis van de gedragstherapie vanuit de ogen van een Gentse gedragstherapeute. Ik bespreek de golven binnen de cognitieve gedragstherapie en wat dit heeft betekend voor het domein van kinderen en adolescenten met psychische klachten. Ik besluit dat gesteld kan worden dat de cognitieve gedragstherapie een goede basis is en zal blijven. Een holistische theorie maken, dagboekopdrachten, en ABC-schema's blijven de basis voor het assessment van klachten, terwijl naast cognitieve technieken de basis van de behandeling nog steeds de leerpsychologie blijft waarbij technieken zoals problem-solving, cue-exposure, relaxatie en mediatie nog stevig verankerd zijn in de moderne behandelprotocollen.

Trefwoorden: kinderen, cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

Iedereen zal zich vast en zeker wel het moment herinneren waarop hij of zij voor het eerst met een therapierichting in aanraking kwam. Voor mij gebeurde dit in golven, uiteraard drijvend op de golven die de gedragstherapie zelf doormaakte. Hieronder schets ik kort een terugblik op de geschiedenis van de gedragstherapie, vanuit de ogen van een Gentse gedragstherapeute.

De eerste golf bereikte mij begin jaren tachtig van de vorige eeuw. In Gent kreeg ik als studente in de opleiding klinische psychologie dankzij mijn practicumbegeleider, N. Van Broeck, in 1983 de kans om mee te gaan naar de jaarlijkse studiedag van de VVGT in Diepenbeek. Voor mij stond toen vast: dit is de therapierichting waar ik voor wil gaan. Alhoewel ik eerder in mijn opleiding de verschillende therapiestromingen inhoudelijk had leren kennen,

was ik vooral onder de indruk van de presentaties van de sprekers, die gedragstherapie met onderzoek wisten te staven. Dit congres overspoelde mij voor het eerst volledig met de eerste golf van gedragstherapie, die – voor mij althans – de gedragstherapie toen al ver boven de andere therapieën plaatste.

Als student kocht ik meteen de lijvige handboeken voor gedragstherapie (deel I en II). Dat betekende een flinke hap in mijn budget, in een tijd waarin je als student studeerde aan de hand van collegedictaten of kopieën. De handboeken waren supernaslagwerken, en geschreven door zowat alle Nederlanders en Vlamingen die toen als gedragstherapeut actief waren. Ze bevatten bijdragen van W. Brinkman (1978), J. W. G. Orlemans (1983) en vele, vele anderen, onder wie wat later in de delen III en IV ook P. Eelen (1987). Die delen bevatten ook, zij het heel beperkt, enkele eerste bijdragen over kinderen, van onder meer J. Bosch (1988). Er stond uitvoerig in hoe je een relaxatietraining kon uitvoeren of hoe je *exposure* moest doen. Deze boeken waren voor mij een grote inspiratiebron, vooral gezien hun uitmuntende verdieping van de belangrijkste therapeutische technieken die een gedragstherapeut nodig heeft. Ze staan daarom nog steeds als trofeeën in mijn boekenkast te pronken.

Toen ik na mijn studie de kans had om te werken op de psychologieafdeling van de kinderkliniek van het universitaire ziekenhuis van Gent, kon ik beginnen met een opleiding voor gedragstherapeut en ook met mijn eerste eigen casussen. Ik bekwaamde mij eind jaren tachtig in het opstellen van ‘holistische theorieën’ en ‘functionele analyses’ voor kinderen met hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen, angsten, enuresis, encopresis en vooral: met eetproblemen. Behandelingen waren op maat, gingen nog uit van een sterk operante benadering en werden aangevuld met technieken als stimuluscontrole en exposure. Ik maakte voor deze kinderen speelse werkblaadjes en leuke dagboekjes, want ook toen al waren (zelf)registraties de basis van ons werk. Cognitief werken had toen een heel andere betekenis dan nu: het betekende dat je een kind zelfinstructies kon aanleren die hielpen bij de sturing van gedrag. Vooral de *problem-solving*-training die P. Kendall in 1985 had ontwikkeld voor kinderen met ADHD was op dat moment het meest toonaangevend voor ons (Kendall & Brasswell, 1985). Aan de hand van vijf instructies werd samen met het kind een (gedrags)probleem mentaal geanalyseerd, beginnend bij een zelfobservatie en eindigend met een zelfevaluatie, die als sociale *reinforcer* als een S+ of een S- moest functioneren. Toch waren de jaren tachtig vooral de jaren van de gedragstherapie op maat voor volwassenen. Voor de meeste klachten moesten we creatief aan de slag om de therapie kindvriendelijker te maken. Het onderzoek naar gedragstherapie bij kinderen was op dat moment nog beperkt en in Vlaanderen nagenoeg onbestaand. We gingen dus maar zelf op zoek hoe we goed onderzoek bij kinderen konden opzetten (onder meer in Nederland en via congressen).

Van die jaren tachtig zijn mij twee ervaringen sterk bijgebleven. In Edinburgh was in 1987 het wereldcongres van de gedragstherapie. Ik was ontzettend onder de indruk van de vooruitgang in het onderzoek, maar anderzijds

ook van het feit dat je 's avonds samen met je 'helden' als J. Rachman op de dansvloer kon staan. Hier kiemde de goesting om mijn klinisch werk met onderzoek te combineren. Mijn tweede grote ervaring was de massale media-belangstelling die we in 1988 in België kregen, toen we met de psychologen van de Gentse kinderkliniek een allereerste behandelprotocol voor obese kinderen hadden opgesteld. De toestroom van patiënten die daarop volgde, was een unieke kans om een doctoraatsonderzoek uit te voeren naar de gedragstherapeutische behandeling van obese kinderen, dat meteen het eerste behandelonderzoek was over gedragstherapie bij kinderen in België.

Mijn talrijke onderwijstaken aan de universiteit moest ik combineren met de opstart van een universitair therapiecentrum voor kinderen en adolescenten aan de Gentse universiteit, met het afronden van mijn doctoraat en met de opstart van een jong gezin met twee kinderen. Een en ander maakte dat ik begin jaren negentig de nieuwe ontwikkelingen rond de gedragstherapie even uit het oog verloor.

De tweede golf van de gedragstherapie kwam dan ook als een tsunami op mij af, en wel tijdens het wereldcongres van de gedragstherapie in Kopenhagen in 1995. Plots waren er nieuwe *keynotes* (D. Clark), nieuwe helden (A. Beck), nieuwe concepten (schema's) en nieuwe problemen (OCD), waar men niet langer met gedragstherapie maar met cognitieve therapie goede resultaten behaalde. De discussies laaiden hoog op: is dit nog gedragstherapie? Moeten we gaan naar een combinatie van cognitieve en gedragstherapie? Ik kwam verward thuis van dit congres en besloot mij volledig onder te dompelen in dit cognitieve model (Arntz, 1991; Clark, Beck, & Alford, 1999). We nodigden experts uit die ons kwamen trainen (waaronder A. Arntz), en in ons universitair therapiecentrum voor kinderen en adolescenten toetsten we bedachtzaam of we de aangeleerde technieken konden toepassen op kinderen en adolescenten.

In de VS had P. Kendall ondertussen een programma ontwikkeld voor angstige kinderen, *Coping Cat*, dat wij vertaalden als *Dappere Kat* en dat zowel een handleiding voor therapeuten als een werkboek voor de kinderen omvatte (Kendall, 1990). Niet veel later kwam er, alweer van P. Kendall, in samenwerking met K. Stark, een gelijkaardig programma voor depressieve kinderen (Stark & Kendall, 1996). Als ik hier op terugkijk, waren deze programma's in de tweede helft van de jaren negentig de trigger voor een stormachtige periode. Voor het eerst waren er programma's voor internaliserende klachten bij kinderen en voor het eerst waren er echte protocollen, gevolg door talrijke debatten over de voors en tegens van die protocollen. Maar voor mij was het ook de start van een intense samenwerking met Nederlandse cognitieve gedragstherapeuten als P. Prins, S. Bögels, A. Scholing, E. de Haan en A. Jansen. Zij ontwikkelden op dat moment ook programma's voor kinderen en adolescenten, wat tot de eerste Nederlandstalige protocollen voor ADHD, angst, OCD, depressie en eetproblemen bij kinderen en adolescenten leidde. Parallel hieraan verschenen vanaf eind jaren negentig bijdragen in de *Prak-*

tijkreeks Gedragstherapie, kwam er het nieuwe handboek *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen* van P. Prins en J. Bosch (zie: Braet & Van Broeck, 1998) en werden er workshops ingericht die ons leerden hoe we met deze protocollen konden omgaan. Hiervoor kwamen ook talrijke internationale experts naar Gent. Hoewel deze protocollen duidelijk de tijdsgeest reflecteren, en aandacht hebben voor cognitieve technieken als ‘uitdagen’ en ‘gedachte-experimenten’, blijft de basis voor de protocollen toch vaak de leerpsychologie. Ook blijven technieken als problem solving, *cue exposure*, relaxatie en mediatie nog stevig verankerd in deze protocollen.

Wat ik in het bijzonder wil vermelden over de jaren negentig zijn mijn goede herinneringen aan de toen nog kleine Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVGT) en vooral aan de passie waarmee de bestuursleden vrijwillig de vereniging overeind hielden. Ik ben bij veel bestuursleden thuis gaan vergaderen en velen werden vrienden. De VVGT was eigenlijk één grote familie. Hetzelfde kan gezegd worden van de redactie van het tijdschrift *Gedragstherapie* en van het bestuur van de Nederlands-Vlaamse najaarsconferenties, waarmee ik al die jaren projecten uitwerkte, ‘weetjes’ en studies uitwisselde. We zagen samen nieuwe onderzoekers openbloeien, zaten met internationale keynote-sprekers aan tafel en gingen vele avonden samen op pad.

Toen ik begin jaren 2000 voor het eerst hoorde over mindfulness, vond ik het eerder een storm in een glas water. Ik was in tegenstelling tot de vorige golven in de gedragstherapie niet echt enthousiast om me te laten meedrijven met deze zogenaamde ‘derde’ golf. Mede door de overvloedige flow aan protocollen en workshops werd ons universitair therapiecentrum voor kinderen en adolescenten op dat moment een expertisecentrum voor *evidence-based* werken. In het centrum waren ondertussen twintig kindertherapeuten aan de slag. Het wekelijkse teamoverleg was steeds een boeiend intervisiemoment om naar uit te kijken. Hier voelden we vooral de behoefte om onze kennis over evidence-based werken te bundelen in modellen en overzichtswerken, en zo onze expertise met de jongere generaties psychologen te delen.

Deze didactische overwegingen leidden daarom in de eerste jaren van het nieuwe millennium tot drie nieuwe ontwikkelingen, die men internationaal maar zeker ook tegelijk in Vlaanderen en Nederland zag opduiken. Een eerste trend internationaal was het aantal nieuwe boeken die *case formulation* belichtten (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2009). De gedragstherapie zal hier zeker blij mee geweest zijn. Plots besefte men dat protocollen pas echt zin hebben als we na een goede onderkende en verklarende diagnostiek de juiste indicatiestelling kunnen maken. Aangezien wij in ons Gentse therapiecentrum na al die jaren nog steeds over elke nieuwe casus een holistische theorie opstelden (zij het onder de nieuwe namen ‘probleemsamenhang’ of ‘integratief beeld’), maar het gedragstherapeutisch proces hadden vervangen door het iets efficiëntere handelingsgerichte werken volgens het model van N. Pameijer, schreven we met enkele collega’s van UGent, waaronder ge-

dragstherapeut P. Hamers, ons werkmodel uit (Van Vlierberghe, Hamers, & Braet, 2008). Dit *werkmodel over case formulation*, dat centraal moest staan in onze intake voorafgaand aan elke vorm van (protocollair) behandelen, vormde meteen de basis voor de opleiding van de talrijke studenten die zich in de psychologie van kinderen en adolescenten wensten te specialiseren op masterniveau of binnen een postacademische opleiding.

De tweede trend die ik internationaal zag ontwikkelen, is dat er voor verschillende problemen (zoals sociale angst of eetstoornissen) op grond van onderzoek schema's werden gemaakt die de basis konden vormen van een individuele holistische theorie. Omdat die schema's vaak specifiek voor klachten bij volwassenen waren, werkten we samen met P. Prins aan een handboek, waarbij we telkens per klacht een expert hebben gevraagd deze denkoefening te maken op grond van onderzoek bij kinderen en adolescenten (Prins & Braet, 2008). Deze modellen bundelen veel expertise en onderzoekservaring en zijn zeer behulpzaam als men een intakeproces moet opstarten, maar zorgen er ook voor dat ons werk stevig wetenschappelijk onderbouwd blijft. Omdat ons gedragstherapeutisch proces de empirische cyclus volgt en dus wat betreft de verklarende diagnostiek hypothesen genereert die vervolgens getoetst worden, werden in dat handboek ook de recente theoretische ontwikkelingen in de ontwikkelingspsychopathologie per klacht gebundeld, wat dan de basis kon zijn van de verklarende diagnostiek en een individuele holistische theorie.

Een derde en laatste gigantisch didactisch project was om, mede dankzij de samenwerking met P. Prins en K. Hoogduin, maar vooral met S. Bögels, handboeken samen te stellen die een overzicht gaven van alle geëvalueerde protocollen, waarbij de criteria van Chambless en Hollon (1998) centraal stonden (Braet & Bögels, 2008). Dit project, dat eveneens parallel liep aan internationale trends, begon bij ons in 2000, werd recent al van een update voorzien, en omvat momenteel meer dan veertig geëvalueerde protocollen voor kinderen en adolescenten, waarvan 90% nog steeds gebaseerd is op de cognitieve gedragstherapie (zie ook: Braet & Bögels, 2013).

Naast de didactische ontwikkelingen hebben er zich sinds 2000 ook in het onderzoek nieuwe ontwikkelingen voorgedaan waarvan ik met enige trots kan zeggen dat ik de kans kreeg ze mede vorm te geven. We ontwikkelden voor de gedragstherapie behulpzame meetinstrumenten, zetten therapie-evaluaties op in de vorm van N=1 en RCT, en identificeerden predictoren, mediators en moderators. Maar de meest uitdagende stap in deze onderzoeksperiode was toen we op zoek gingen naar mechanismen die kinderpsychopathologie konden verklaren. We startten begin 2000 ons onderzoek met de studie van aandachtsbias, geheugenbias en interpretatiebias bij kinderen, maar al snel onderzochten we of kinderen ook disfunctionele schema's hebben en hoe die tijdens de kindertijd gevormd worden (Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, & Bögels, 2010). De hechtingstheorie werd hierbij aan een kritische blik onderworpen. Mede dankzij de onderzoekservaring van R. De

Raedt in de experimentele psychopathologie startte G. Bosmans aan onze universiteit met een nieuwe onderzoekslijn, die steeds meer internationaal erkend wordt en ook binnen de gedragstherapie geapprecieerd wordt (Bosmans, De Raedt, & Braet, 2007; Bosmans, Van Vlierberghe, & Braet, 2010). Deze onderzoekstradities ontwikkelen momenteel exponentieel. Zowel de onderzoekslijn betreffende het op de gedragstherapie gebaseerde therapie-onderzoek als die betreffende de experimentele psychopathologie leiden jaarlijks internationaal tot duizenden publicaties over kinderen en jongeren, waarbij men de veelheid aan onderzoeken niet meer kan volgen.

Is de derde golf dan niet binnen de kindergedragstherapie aangespoeld? Na de indrukwekkende publicaties van J. Teasdale et al. (2000) kon het niet anders dan dat men ook ging zoeken naar de mogelijkheden van mindfulness voor kinderen en jongeren. De recente publicaties van S. Bögels en F. Raes tonen aan dat er best wel mogelijkheden zijn, zij het dat er toch steeds een voorbehoud werd gemaakt (Bögels, Hoogstad, van Dun, de Schutter, & Restifo, 2008; Raes, Griffith, Van der Gucht, Mark, & Williams, 2014). Internationaal ziet men evenwel dat de derde golf binnen de kinder- en jeugdpsychotherapie eerder in talrijke kleine stromingen aan het uitmonden is. Er is hierbij aandacht voor de mogelijkheden van diverse varianten, waaronder mindfulness voor ouders, de ontwikkeling van ACT voor kinderen en mindfulness als onderdeel van een emotieregulatietraining. De laatste variant sluit trouwens naadloos aan bij een nieuwe trend, waarbij men op zoek gaat naar transdiagnostische processen die stoornisoverstijgend van belang zijn en die ook tot meer modulair werken zouden kunnen leiden. Zelf ben ik benieuwd waar dit toe zal leiden.

Wat zal de toekomst ons nog verder brengen? In 2011 bracht ik in een lezing voor het eerst een kritisch overzicht van ontwikkelingen die mij op dat moment opvielen en die het komende decennium wel eens zouden kunnen gaan bepalen (a) binnen de therapie, (b) binnen de diagnostiek en (c) in het onderzoek naar de onderliggende processen. Ik zie hierbij op elk van deze domeinen een aantal trends, maar ik heb ook een aantal kritische bedenkingen hierbij.

Wat betreft (a) is er groeiende aandacht voor de mogelijkheden om een kinder- of jeugdtherapie via internet aan te bieden, exposure binnen een virtuele realiteit aan te leren, om chatsessies met een kind op te zetten of om therapie-elementen in te kleden in een computer *game* of *app*, wat zeker voor jongeren motiverend kan werken (van der Oord, Ponsioen, Geurts, ten Brink, & Prins, 2014). Kortom, de digitalisering doet zijn intrede, maar in principe is dit eerder een nieuw kleedje voor een bestaand programma dan een nieuwe therapie. Onderzoek is dan ook bezig uit te zoeken wat op termijn het meeste kosteneffectief is.

Toch blijft het aangewezen om naast ‘innoverende formats’ ook andere onbeantwoorde vragen te onderzoeken over ‘het (blijvende) effect van een gedragstherapie’. Er zijn er een reeks. Ik geef enkele voorbeelden. Zijn huis-

werkopdrachten nodig om transfer te realiseren? Wat is de rol van de therapeut-cliënt-relatie bij kindertherapie? Zijn ouders nodig in de behandeling? Ik merk dat er in de praktijk nonchalant met deze vragen wordt omgegaan. Zeker bij adolescenten is het ook niet eenvoudig om er gepast mee om te gaan. Nochtans streven we naar gedragsverandering en moeten vragen als 'hoe werkt transfer' en 'wat is nodig voor behoud van verandering' nog meer de onderzoeksagenda gaan bepalen. Als men niet met de inzichten in de therapieessessie thuis verder aan de slag gaat, lijkt het mij duidelijk dat de effecten beperkt zullen blijven. Onderzoek hieromtrent zou uitermate wenselijk zijn.

Zijn er nog nieuwe ontwikkelingen binnen de therapie? Ja. Er komen nog steeds nieuwe gedragstherapieën voor jongeren op de markt, hetzij omdat er nieuwe problemen ontdekt worden als *binge drinking*, chronische slaapproblemen, computerverslaving of complexe rouwverwerking, hetzij omdat bestaande protocollen moeten worden verfijnd of aangevuld met bijvoorbeeld een aandachtstraining. Want terecht stelt men dat er altijd *room for improvement* is. De *effect sizes* van sommige behandelingen zijn zeker voor verbetering vatbaar. Zelf ben ik altijd beducht voor hypes waarvoor de evidentie nog beperkt is en de therapie soms vooruitloopt op het onderzoek. Een kwaliteitslabel toekennen aan bepaalde behandelingen, zoals nu al in Nederland te zien is op de website Databank Effectieve Jeugdinterventies (www.nji.nl/nl/kennis/databanken/databank-effectieve-jeugdinterventies), lijkt alvast een stap in de goede richting.

Binnen de case formulation (b) zie ik voor het komende decennium nog meer aandacht voor de sterktes van een kind, wat zich vertaalt in aandacht voor persoonlijkheidsaspecten en gezonde copingstrategieën waarover een kind wél al beschikt. Dit kunnen we alleen maar aanmoedigen, mits ze in gedragstermen uitgedrukt worden. Naast vragenlijstonderzoek om de case formulation te onderbouwen, wordt er nu ook gepleit voor meer aanvullende, objectievere assessment-methoden als interviews en computertaakjes. Is dit een stap terug naar de roots waarin gedragsobservaties en dagboek aantekeningen centraal stonden? Terecht, want hoewel het gedragstherapeutisch proces bij uitstek bedoeld is om nauwkeurig en objectief de problemen van een jongere in kaart te brengen, laat de validiteit en de betrouwbaarheid van een case formulation nog vaak te wensen over. Zal er misschien ooit een app ontwikkeld worden die onze eigen bias in oordeelvorming kan overstijgen?

Ten slotte zien we in het onderzoek (c) een trend naar de studie van onderliggende (transdiagnostische) processen van psychopathologie bij kinderen en adolescenten, waarbij zeker op domeinen als depressie, psychose, verslaving en eetproblemen nog steeds interessante inzichten op grond van goed gecontroleerd onderzoek opduiken. Zo heeft het onderzoek naar de rol van het werkgeheugen bij het behandelen van trauma's met EMDR, en de rol van impliciete processen bij alcoholproblemen, reeds voor boeiende ontwikkelingen geleid in de experimentele psychopathologie, met hieraan verbonden interessante praktische en klinische implicaties, ook voor de behandeling van

jongeren (van den Hout, Bartelski, & Engelhard, 2013; Wiers, Gladwin, Hofmann, Salemink, & Ridderinkhof, 2013). De vraag die zich hier op termijn zal stellen, is hoe al deze nieuwe ontwikkelingen op elkaar afgestemd moeten worden, of we de klassieke gedragstherapie dan moet laten vallen dan wel aanvullen, en wat voor wie het beste werkt? Ook hier zouden op termijn heuristische apps die tot een indicatiestelling leiden behulpzaam kunnen zijn.

Het hoeft ons ten slotte niet te verwonderen dat het hersenonderzoek ook bij kinderen en adolescenten losbreekt. Dezelfde processen die men eerder met vragenlijsten en opdrachten in de therapiekamer onderzocht, worden nu gevalideerd via de neurowetenschappen. De vraag die zich hier op termijn zal stellen is nog iets fundamenteeler dan de vorige: Zullen deze nieuwe ontwikkelingen ertoe leiden dat de klinisch psycholoog overbodig wordt? Zal hij hetzij door medicatie hetzij door hersentraining of hersenstimulatie vervangen worden? Of zullen wij psychologen onze zo moeizaam verworven plaats binnen de psychiatrie kunnen behouden?

Toch kan gesteld worden dat de cognitieve gedragstherapie een goede basis is en zal blijven. Nog iedere week stellen we in ons therapeutisch centrum voor nieuw aangemelde jongeren op grond van het handelingsgericht werken een holistische theorie op, bekijken we de dagboekopdrachten en maken we ABC-schema's. Nog steeds merk ik dat bij jongeren problem solving, exposure, relaxatie, stimuluscontrole en cognitief uitdagen uitermate behulpzaam zijn en aantoonbaar werken. Waarschijnlijk ben ik dusdanig cognitieve gedragstherapeut in hart en nieren dat analyses vanuit andere denkkaders niet mogelijk zijn. Voor mij blijven zowel de studies over de principes van de leertheorie, de schematheorie, de talrijke methodieken en tools voor zowel case formulation als behandeling, als de collaboratieve manier van samenwerken met cliënten, onmiskenbaar stevig en onvervreemdbaar. Ze vormen stevige fundamenten om in de toekomst verder vorm te geven aan het steeds maar groter wordende huis van de gedragstherapie.

Caroline Braet is klinisch psycholoog en gedragstherapeut. Zij is als hoogleraar verbonden aan de Universiteit Gent, vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie. Ze leidt ook het Universitair Psychologisch Centrum Kind en Adolescent te Gent. Tevens is zij lid van de Wetenschappelijke Raad van Advies van Cure & Care Development. *Correspondentieadres*: Universiteit Gent, Faculteit Psychologie, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent (B). E-mail: Caroline.Braet@UGent.be

Summary In this article I look back at the history of behavior therapy through the eyes of a Ghent behavioral therapist. I discuss waves in cognitive behavioral therapy and what this means for the domain of children and adolescents with mental health problems. I conclude that it could be argued that cognitive behavioral therapy is a good treatment framework and will continue to be so. Designing a holistic theory, diary assignments, and ABC analyses remain the basis

for the assessment of complaints, while the theoretical model of our treatment is still the learning psychology and cognitive techniques, techniques such as problem-solving, cue exposure, relaxation and mediation are still reflected in the modern treatment protocols.

Key words: *children, cognitive behaviour therapy*

Literatuur

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 252-268.
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 193-209.
- Bosch, J. D. (1988). Functionele incontinentiestoornissen bij kinderen: Enuresis en encopresis. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W.P. Haaijman (Red.). *Handboek voor gedragstherapie*, B13.6 (pp. 1-16). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bosmans, G., De Raedt, R., & Braet, C. (2007). The invisible bonds: Does the secure base script of attachment influence children's attention toward their mother? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 557-567.
- Bosmans, G., Van Vlierberghe, L., & Braet, C. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 374-385.
- Braet, C., & Bögels, S. (Red.). (2008, herwerkt in 2014). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Deel 1*. Amsterdam: Boom.
- Braet, C., & Bögels, S. (Red.). (2013). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten. Deel 2*. Amsterdam: Boom.
- Braet, C. & Van Broeck, N. (1998, herwerkt in 2011). Zelfcontroletechnieken en cognitieve gedragstherapie. In P. Prins & J. D. Bosch (Red.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen* (pp. 133-175). Houten: Van Loghum.
- Brinkman, W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (Red.), *Handboek voor gedragstherapie*, A3-A14. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18 (vertaald in het Nederlands: 'Het definiëren van empirisch ondersteunde therapieën' zie: Toegang tot de Psychotherapie Internationaal, 1999, 6, 5-42).
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Eelen, P. (1987). Leerpsychologie en gedragstherapie. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (Red.), *Handboek voor gedragstherapie*, F3 (pp. 1-122). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University, Department of Psychology.
- Kendall, P. C., & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New-York: The Guilford Press.
- Kuyken, W., Padesky, C., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York: The Guilford Press.
- Orlemans, J. W. G. (1983). Cognitie en gedragstherapie. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (Red.), *Handboek voor gedragstherapie*, B6.1

- (pp. 1-25). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Prins, P., & Braet, C. (Red.). (2008, herwerkt in 2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Raes, F., Griffith, J. W., Van der Gucht, K., Mark, J., & Williams, G. (2014). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5, 477-486.
- Stark, K. D., & Kendall, P. C. (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for 'ACTION'*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- van den Hout, M. A., Bartelski, N., & Engelhard, I. M. (2013). On EMDR: Eye movements during retrieval reduce subjective vividness and objective memory accessibility during future recall. *Cognition & Emotion*, 27, 177-183.
- van der Oord, S., Ponsioen, A. J. G. B., Geurts, H. M., ten Brink, E. L., & Prins, P. J. M. (2014). A pilot study of the efficacy of a computerized executive functioning remediation training with game elements for children with ADHD in an outpatient setting: Outcome on parent and teacher-rated executive functioning and ADHD behavior. *Journal of Attention Disorders*, 18, 699-712.
- van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332.
- van Vlierberghe, L., Hamers, P., & Braet, C. (2008). Handelingsgerichte diagnostiek. In C. Braet & S. Bogels (Red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*, (pp. 27-48). Amsterdam: Boom.
- Wiers, R. W., Gladwin, T. E., Hofmann, W., Salemink, E., & Ridderinkhof, K. R. (2013). Cognitive bias modification and control training in addiction and related psychopathology: Mechanisms, clinical perspectives and ways forward. *Clinical Psychological Science*, 1, 192-212.