

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

In de voetsporen van Mary Cover Jones

Gedragstherapie voor kinderen en adolescenten met angststoornissen

PETER MURIS

Samenvatting

Mary Cover Jones, de ‘moeder van de gedragstherapie’, was een van de eersten die gedragstherapeutische principes toepaste bij angstige kinderen. Dit artikel beschrijft de geschiedenis en evolutie van de gedragstherapeutische behandeling bij kinderen en adolescenten met angststoornissen. Een overzicht wordt gegeven van de huidige stand van zaken met betrekking tot de effectiviteit van de (cognitieve) gedragstherapie bij deze doelgroep en er wordt een aantal mogelijkheden geschetst om de effecten van deze behandeling verder te optimaliseren.

Trefwoorden: gedragstherapie; cognitieve gedragstherapie, angststoornissen; kinderen en adolescenten

INLEIDING

Angststoornissen behoren tot de meest voorkomende psychiatrische problemen bij kinderen en adolescenten. Epidemiologisch onderzoek heeft laten zien dat 1 op de 10 jongeren op enig moment tijdens de jeugd jaren te maken krijgt met een klinisch significant angstprobleem (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Specifieke fobieën, sociale-angststoornis, separatie-angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis komen het meest frequent voor (2%-5%), agorafobie is minder prevalent (1%-2%), terwijl selectief mutisme en paniekstoornis relatief zeldzaam zijn (< 1%). Er zijn duidelijke aanwijzingen dat een significant deel van de angststoornissen bij jongeren een chronisch beloop vertoont en zelfs voortduurt tot in de volwassenheid (Kessler et al., 2005). Daarnaast lopen jongeren die lijden aan een angststoornis meer risico om comorbide vormen van psychopathologie te ontwikkelen.

Depressie is daar het duidelijkste voorbeeld van: kinderen en adolescenten met een angststoornis hebben acht keer zoveel kans op een depressie dan jeugdigen zonder een angststoornis (Costello, Egger, & Angold, 2004).

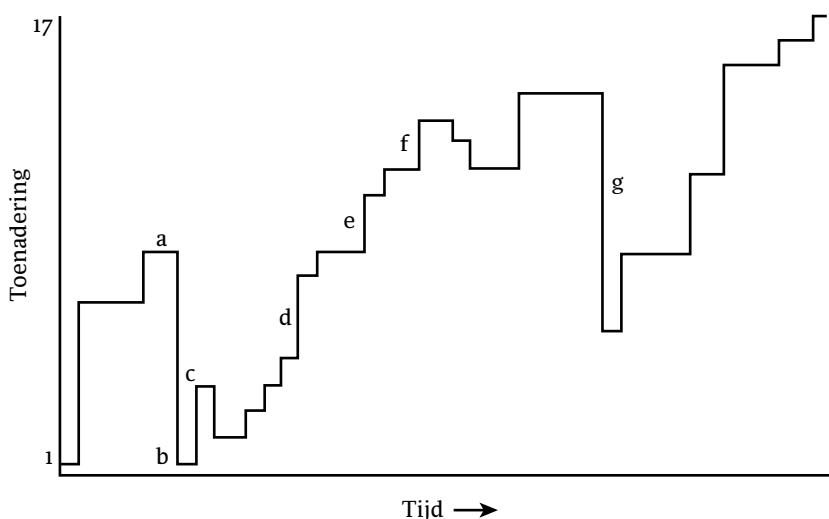
Al deze bevindingen hebben duidelijk gemaakt dat angststoornissen bij jongeren als een klinisch relevant verschijnsel moeten worden beschouwd, en dat de ontwikkeling van effectieve behandelingsvormen van groot belang is. Daarbij is (uiteraard) een prominente rol voor de gedragstherapie weggelegd. In dit artikel beschrijf ik de geschiedenis en evolutie van de gedragstherapeutische behandeling bij kinderen en adolescenten met angststoornissen. Tevens geef ik een overzicht van de huidige stand van zaken met betrekking tot de effectiviteit van gedragstherapie bij deze doelgroep en schets ik een aantal mogelijkheden om deze behandeling verder te verbeteren.

GESCHIEDENIS EN EVOLUTIE

.....

De geschiedenis van de gedragstherapeutische behandeling bij angstige kinderen voert terug naar Mary Cover Jones, een Amerikaanse psychologe, die ook wel bekendstaat als de ‘moeder van de gedragstherapie’. Cover Jones werkte voor haar doctoraatsonderzoek nauw samen met John Watson, de bedenker van het kleine-Albert-experiment, waarin bij een elf maanden oude jongen middels conditionering angstreacties voor onschuldige dieren zoals een tamme rat werden aangeleerd. Cover Jones ging in haar studies na hoe dergelijke angstreacties weer ongedaan gemaakt konden worden. In 1924 publiceerde zij de casus van de kleine Peter (Cover Jones, 1924a), waarin zij de pogingen beschreef om bij een bijna driejarige peuter een duidelijke angst voor konijnen geleidelijk aan te reduceren. Figuur 1 suggereert dat de aanpak van Cover Jones succesvol was: in de loop van de experimentele behandeling is te zien dat Peter steeds beter in staat was om konijnen op een rustige en ontspannen manier te benaderen. Daarbij werd gebruikgemaakt van technieken die we vandaag de dag zouden benoemen als *exposure in vivo*, modelleren en operante conditionering.

Hoewel Cover Jones de positieve effecten van haar angstbehandeling nog bij zeventig andere kinderen documenteerde (Cover Jones, 1924b), vond haar werk lange tijd nauwelijks navolging. Mede doordat de klinische praktijk vooral gedomineerd werd door de psychoanalyse als behandelingsvorm voor neurotische problemen (zoals angststoornissen), duurde het tot het eind van de jaren vijftig van de vorige eeuw voordat de gedragstherapie definitief doorbrak als psychologische interventie. Uit onvrede met de psychoanalyse begonnen psychologen als Hans Eysenck en Joseph Wolpe de experimentele leerprincipes om te vormen tot therapeutische technieken en echt op patiënten toe te passen. De *eerste generatie gedragstherapie* deed haar intrede, die specifiek gericht was op het veranderen van het uiterlijk waarneembare gedrag. Aanvankelijk werd deze vorm van behandeling bij kinderen echter



FIGUUR 1 *Verloop van de experimentele behandeling van de kleine Peter, zoals uitgevoerd en beschreven door Cover Jones (1924a)*

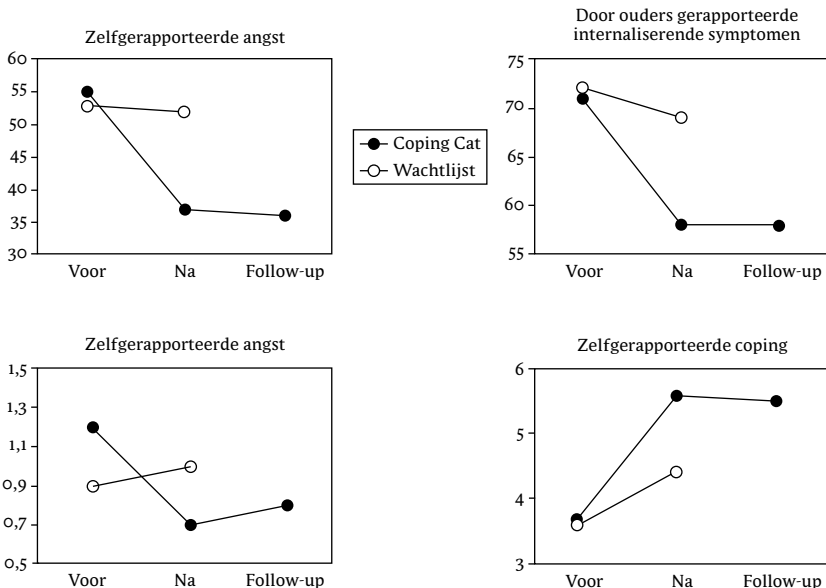
Toelichting: Op de x-as de tijd, op de y-as de mate van toenadering tot het konijn, waarbij 1 = angstige vermijding, zelfs als het konijn in zijn kooi zit, en 17 = Peter benadert het loslopende konijn zelfstandig en laat hem aan zijn hand snuffelen.

De letters verwijzen naar specifieke gebeurtenissen tijdens de 'therapie': a = vanaf het begin is een geleidelijke vermindering van de angst waarneembaar en uiteindelijk durft Peter het konijn op zijn rug te aaien nadat een ander kind het goede voorbeeld heeft gegeven; b = een terugval na een plotse confrontatie met een grote hond op weg naar het onderzoekslaboratorium, waarbij Peter heel erg schrikt en van streek raakt; c-f = stapsgewijze verbetering door graduele exposure aan het konijn, in combinatie met het aanbieden van een positieve stimulus (lekker eten), begeleiding door een aardige volwassene of andere kinderen, en positief voorbeeldgedrag door deze personen; g = een nieuwe terugval als het konijn Peter krast wanneer hij helpt het konijn naar de kooi te dragen, maar daarna weer geleidelijke verbetering, waarbij Peter steeds minder angst vertoont en spontaan toenadering zoekt.

maar mondjesmaat toegepast. Dit had waarschijnlijk te maken met ethische overwegingen: men wilde deze 'nieuwe' therapievorm, waarvan blootstelling aan angstopwekkende stimuli het centrale element was, eerst op volwassenen uitproberen alvorens hem op kinderen uit te testen. Aan het begin van de jaren zeventig kwam daar langzaam verandering in. Toen verschenen toch de eerste gecontroleerde studies waarin systematische desensitisatie, modelleren en oefenen met bekrachtiging (*reinforced practice*) bij klinisch verwezen angstige kinderen werden toegepast (voor een overzicht, zie Ollendick & King, 1998).

Aan het begin van de jaren tachtig ontwikkelde zich onder impuls van Aaron Beck en Albert Ellis de cognitieve gedragstherapie, die ervan uitgaat dat irrationele cognities een belangrijke bijdrage leveren aan disfunctioneel gedrag en zich dan ook tot doel stelt dergelijke cognities actief aan te passen. Deze *tweede generatie gedragstherapie* werd redelijk snel opgepikt door de Amerikaanse kinderpsycholoog Philip Kendall (1985), die de therapievorm toepasbaar maakte voor kinderen met angststoornissen. Samen met een collega publiceerde hij de eerste positieve resultaten van onderzoek naar vier kinderen met gegeneraliseerde angststoornis, die behandeld werden met een combinatie van exposure, modelleren, ontspanningsoefeningen en cognitieve herstructurering (Kane & Kendall, 1989).

Kendall ontwikkelde vervolgens *Coping Cat*, een geprotocolleerd cognitief-gedragstherapeutisch programma, en in 1994 voerde hij de eerste gerandomiseerde therapie-evaluatiestudie uit. Zevenenveertig kinderen en adolescenten met een angststoornis (generaliseerde angststoornis, separatieangststoornis of sociale-angststoornis) werden willekeurig toegewezen aan een behandeling met het *Coping Cat*-programma of een wachtlijstcontroleconditie. De therapie-uitkomsten werden geëvalueerd met behulp van zelfrapportagematen, vragenlijsten voor ouders en gedragsobservaties. Zoals te zien is in figuur 2, vonden er duidelijke (statistisch significante) positieve veranderingen plaats tussen de voor- en nameting bij de groep kinderen die



FIGUUR 2 De mijlpaalstudie van Philip Kendall (1994): Veranderingen op verschillende therapie-uitkomstmaten bij kinderen die behandeld werden met het cognitief-gedrags-therapeutische *Coping Cat*-programma en kinderen in de wachtlijstcontroleconditie

behandeld werd met het cognitieve-gedragstherapieprotocol, en bleven deze effecten bestaan bij een follow-upmeting na één jaar. Bij de kinderen in de wachtlijstcontroleconditie waren de scores op de metingen relatief stabiel. Meer specifiek toonden de resultaten aan dat de *Coping Cat*-interventie leidde tot een substantiële afname van de zelfgerapporteerde angst, door ouders waargenomen internaliserende problemen en het geobserveerde angstige gedrag. Daarnaast was er sprake van een duidelijke toename van het vermogen om op een adequate manier met enge situaties om te gaan (copingvaardigheden). Verder is het nog van belang om op te merken dat ongeveer 64% van de kinderen die met het cognitief-gedragstherapeutische programma behandeld werden na afloop van de therapie niet meer aan de diagnostische criteria van hun oorspronkelijke angststoornis voldeed.

HUIDIGE STAND VAN ZAKEN

.....

Het onderzoek van Kendall (1994) moet gezien worden als een mijlpaalstudie wat betreft de behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten. Mede dankzij de beschikbaarheid van het *Coping Cat*-protocol gingen onderzoekers over de hele wereld aan het werk om op een systematische manier de effecten van deze cognitief-gedragstherapeutische interventie bij deze doelgroep te evalueren. Dit was zeker ook het geval in Nederland, waar studies zijn uitgevoerd met een vertaling van *Coping Cat* (Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2001) of varianten van dit programma (Bodden et al., 2008; Liber et al., 2008; Muris, Meesters, & van Melick, 2002).

De onderzoeksactiviteiten hebben ertoe geleid dat (cognitieve) gedragstherapie op dit moment zonder twijfel de best bewezen interventie is en dus de behandeling van eerste keus voor kinderen met angststoornissen (HigamcHillan, Francis, Rith-Najarian, & Chorpita, 2016). Therapie-uitkomststudies tonen aan dat ongeveer twee derde van de jongeren na behandeling opknapt en niet langer aan de diagnostische criteria van een angststoornis voldoet. Meta-analyses laten zien dat de gemiddelde effectgrootte van deze interventie $> 0,80$ is, wat duidt op een groot therapie-effect (In-Albon & Schneider, 2006; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012). Daarbij maakt het niet echt uit of de behandeling wordt uitgevoerd bij jongere of bij oudere kinderen (adolescenten), individueel of groepsgewijs wordt aangeboden, en ouders wel of niet bij de behandeling betrokken worden (maar verderop in dit artikel plaats ik daar nog enige opmerkingen bij). Follow-uponderzoek maakt duidelijk dat deze positieve effecten bovendien langere tijd aanhouden: kinderen met angststoornissen die succesvol behandeld werden met gedragstherapie bleken tot ver in hun volwassenheid van deze interventie te profiteren (Benjamin, Harrison, Settiani, Brodman, & Kendall, 2013).

.....

Met de gedragstherapie is er op dit moment een goede behandeling voor kinderen en adolescenten met angststoornissen beschikbaar. Voor de toekomst blijven er echter op zijn minst drie grote uitdagingen bestaan:

(1) Een eerste uitdaging betreft de disseminatie van gedragstherapie als behandeling voor angstige jongeren in de ‘echte’ klinische praktijk. Er bestaat nog steeds een gapend gat tussen de wetenschap en de klinische praktijk, wat onder andere betekent dat veel klinici geloven dat de door onderzoekers aanbevolen therapieën in de dagelijkse hulpverlening minder bruikbaar zijn, omdat de problematiek van de kinderen ernstiger en complexer is. Mede daardoor worden *evidence-based* behandelingen zoals de gedragstherapie door klinici met de nodige scepsis ontvangen en niet zonder meer toegepast (Shafran et al., 2009).

Wellicht biedt de door Chorpita (2007) ontwikkelde modulaire gedragstherapie voor kinderen met angststoornissen een oplossing. Hierbij wordt exposure-therapie gezien als de primaire behandeling, maar zijn er tevens allerlei modules toegevoegd die zo nodig kunnen worden ingezet om de (andere) problemen van het kind het hoofd te bieden (bijvoorbeeld cognitieve technieken, time-out-interventies bij gedragsproblemen, of socialevaardigheidstraining). Dit resulteert in een flexibeler behandeling, die beter is afgestemd op de specifieke behoeften van het angstige kind en zijn gezin, en bovendien oog heeft voor comorbiditeit.

Verder blijkt dat als de verspreiding van de gedragstherapie succesvol is, therapeuten lang niet altijd de protocollaire behandeling volgens het boekje uitvoeren. Een onderzoek van Chu et al. (2015) laat zien dat drie tot vijf jaar na training in de toepassing van het protocol nog maar 7,5% van de therapeuten het volledige *Coping Cat*-programma gebruikte. Meer dan driekwart (78,5%) van de therapeuten gebruikte wel nog delen van het protocol, maar wat belangrijker is: nog maar 34,5% paste exposure toe en slechts 43,5% maakte gebruik van huiswerkopdrachten. Dit is een zorgwekkende constatering, aangezien deze componenten door velen juist gezien worden als de meest essentiële onderdelen in de behandeling van kinderen met angststoornissen.

(2) Een tweede uitdaging voor de gedragstherapie heeft te maken met het verbeteren van de bestaande (cognitief-)gedragstherapeutische programma's voor angstige kinderen en adolescenten. Sommige onderzoekers hebben opgemerkt dat een programma als *Coping Cat* veel te laat begint met echte exposure-opdrachten (in sessie 9 van de 12) en dat de effectiviteit wellicht vergroot kan worden door dit onderdeel eerder in de behandeling te introduceren (Ale, McCarthy, Rothschild, & Whiteside, 2015). Dit strookt ook met recente inzichten van het inhibitorisch leermodel (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). Dit stelt dat het beter is om juist niet te veel cognitieve interventies toe te passen voorafgaand aan de exposure, om-

dat daardoor de verwachtingsdisconfirmatie kleiner wordt en het leereffect van de exposure vermindert.

Verder is er nog steeds een debat gaande over de kwestie of de behandeling te verbeteren valt door ouders bij de behandeling te betrekken of niet. Zoals eerder opgemerkt, is het bewijs hiervoor niet overtuigend, maar het moet gezegd dat de meeste studies een te simplistische, globale vergelijking tussen de effecten van een therapie met en zonder ouders maken. Recent onderzoek laat zien dat ouders die deelnamen aan de behandeling van hun angstige kind weliswaar trouw naar de speciale oudersessies kwamen en ook prima communiceerden met de therapeuten, maar daarentegen zeer weinig aandacht besteedden aan het ondersteunen van de exposure- en andere huiswerkopdrachten van hun kind (Pereira et al., 2016). Meer aandacht voor wat ouders wel en niet doen tijdens de gedragstherapeutische behandeling van kinderen met angststoornissen zou een ingang kunnen bieden voor het optimaliseren van het behandelresultaat (Silk et al., 2013).

Ook onderzoek naar werkingsmechanismen kan nog een ingang bieden om de effectiviteit van deze interventie te verbeteren. Studies die zijn uitgevoerd naar mediators van cognitieve gedragstherapie bij angstige kinderen tonen aan dat een toename in het gebruik van positieve copingstrategieën voorspellend zijn voor een beter behandelresultaat (zie bijvoorbeeld: Hogendoorn et al., 2014). Wellicht zou in de behandeling meer gedaan kunnen worden aan het versterken van deze copingstrategieën en het geloof van kinderen in de toepassing daarvan (Kendall et al., 2016).

(3) Een derde en laatste uitdaging voor de gedragstherapie heeft betrekking op innovatie, en betreft de toepassing van nieuwe methoden om angststoornissen bij kinderen te behandelen. Op basis van de theorie dat de informatieverwerking bij angstige individuen gekenmerkt wordt door cognitieve fouten (zoals aandachtsbias en interpretatiebias) zijn in het afgelopen decennium biasmodificatietrainingen ontwikkeld, die kunnen worden ingezet bij de behandeling van angststoornissen. Er zijn eerste aanwijzingen dat een dergelijke interventie ook bij jongeren kan aanslaan. Zo beschrijven Bechor et al. (2014) een serie van zes gevallen van kinderen bij wie de reguliere cognitieve gedragstherapie onvoldoende effect sorteerde en een aandachtsbiasmodificatietraining werd toegepast. De resultaten laten zien dat de angstscores van de kinderen alsnog daalden na de toegevoegde interventie en dat bij vier van de zes kinderen zelfs sprake was van een klinisch significante verbetering. De onderzoekers concluderen dan ook dat een biasmodificatietraining potentie heeft als toegevoegde interventie bij kinderen met angststoornissen.

Ook de toevoeging van medicatie, en dan met name selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) kan zinvol zijn. Een groot multicenter-onderzoek in de Verenigde Staten liet immers zien dat de combinatie van een SSRI (sertraline) en cognitieve gedragstherapie betere behandelingseffecten opleverde dan monotherapie van uitsluitend medicatie of cognitieve gedragstherapie (Walkup et al., 2008). In Nederland is men terughoudender met

deze behandeloptie en worden SSRI's bij kinderen met angststoornissen met name voorgeschreven als er sprake is van een ernstige comorbide depressie of als de gedragstherapeutische interventie onvoldoende effect heeft (Muris, 2012). Het zou echter goed zijn om het Amerikaanse onderzoek te repliceren en vooral ook stil te staan bij de vraag of er een specifieke subgroep is van kinderen met angststoornissen bij wie de toevoeging van medicatie aan cognitieve gedragstherapie bij uitstek zinvol is.

Ten slotte is er ook nog de *derde generatie gedragstherapie*, waarvan met name de *acceptance and commitment therapy* (ACT) bij angststoornissen geïndiceerd is. Tot nu toe zijn er nog geen resultaten met betrekking tot de effectiviteit van deze therapievorm bij angstige kinderen. Wel loopt er momenteel een grootschalig Australisch onderzoek waarin de effecten van ACT en reguliere cognitieve gedragstherapie bij kinderen met angststoornissen met elkaar vergeleken zullen worden (Swain, Hancock, Dixon, Koo, & Bowman, 2013). Het is te verwachten dat de technieken die toegepast worden bij ACT de psychologische flexibiliteit van kinderen zullen vergroten, waardoor zij beter met hun angsten kunnen omgaan.

TOT BESLUIT

.....

Stelt u zich voor dat Mary Cover Jones vandaag de dag nog zou leven en de stand van zaken ten aanzien van de behandeling van angststoornissen bij kinderen zou moeten beoordelen. Ze zou met genoegen constateren dat haar ideeën met betrekking tot het reduceren van angst zowel in de praktijk als in het onderzoek een vruchtbare voedingsbodem hebben gevonden. Als echte 'behaviorist' zou zij wellicht van mening zijn dat er tijdens de therapieën die wij, gedragstherapeuten, tegenwoordig veelal aanbieden te veel gepraat wordt en te weinig aandacht wordt besteed aan interventies die direct gericht zijn op het veranderen van gedrag. Tot op zekere hoogte deel ik deze mening: de tweede en derde generatie gedragstherapie reflecteren pogingen om psychische problemen nog beter te kunnen behandelen, maar zeker in het geval van angststoornissen is het jammer dat het belangrijkste ingrediënt van de eerste generatie gedragstherapie – exposure – wat op de achtergrond dreigt te raken. Mijn devies luidt dan ook, geheel in overeenstemming met het gedachtegoed van Cover Jones: laat angstige kinderen *vooral* enge dingen *doen!*

Peter Muris is als cognitief-gedragstherapeut/gz-psycholoog verbonden aan Virenze Maastricht, en als hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht: Capaciteitsgroep Klinische Psychologische Wetenschap, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: peter.muris@maastrichtuniversity.nl

Summary Mary Cover Jones, the ‘mother of behavior therapy’, was among the first to apply the behavioral treatment principles to anxious children. This article describes the history and evolution of behavior therapy as a treatment for children and adolescents with anxiety disorders. An overview will be provided on the status of the efficacy and effectiveness of (cognitive) behavior therapy for this target population, and a number of possible directions will be highlighted for further improving the effects of this intervention.

Keywords: *behavior and cognitive-behavior therapy, anxiety disorders, children and adolescents*

Literatuur

- Ale, C. M., McCarthy, D. M., Rothschild, L. M., & Whiteside, S. P. H. (2015). Components of cognitive behavioral therapy related to outcome in childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 240-251.
- Bechor, M., Pettit, J. W., Siverman, W. K., Bar-Yaim, Y., Abend, R., Pine, D. S., & Vasey, M. W. (2014). Attention bias modification treatment for children with anxiety disorders who do not respond to cognitive behavioral therapy: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 154-159.
- Benjamin, C. L., Harrison, J. P., Settapani, C. A., Brodman, D. M., & Kendall, P. C. (2013). Anxiety and related outcomes in young adults 7 to 19 years after receiving treatment for child anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 865-876.
- Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., de Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, D., & Appelboom-Geerts, K. (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.
- Chorpita, B. F. (2007). *Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Chu, B. C., Talbott Grocco, S., Arnold, C. C., Brown, R., Southam-Gerow, M. A., & Weisz, J. R. (2015). Sustained implementation of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety and depression: Long-term effects of structured training and consultation on therapist practice in the field. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 70-79.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 61-91). New York: Oxford University Press.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Cover Jones, M. (1924a). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Cover Jones, M. (1924b). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 383-390.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S.,

- Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 45*, 91-113.
- Hogendoorn, S., Prins, P. J. M., Boer, F., Vervoort, L., Wolters, L. H., Moorlag, H., ... de Haan, E. (2014). Mediators of cognitive behavioral therapy for anxiety-disordered children and adolescents: Cognition, perceived control, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43*, 486-500.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2006). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 15-24.
- Kane, M. T., & Kendall, P. C. (1989). Anxiety disorders in children: A multiple-baseline evaluation of a cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy, 20*, 499-508.
- Kendall, P. C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13*, 357-372.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110.
- Kendall, P. C., Cummings, C. M., Villa-bo, M. A., Narayanan, M. K., Treadwell, K., Birmaher, B., ... Albano, A. M. (2016). Mediators of change in the child/adolescent anxiety multimodal treatment study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 1-14.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., van der Leeden, A. J., van Gastel, W., & Treffers, P. D. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 886-893.
- Muris, P. (2012). Treatment of childhood anxiety disorders: What is the place for antidepressants? *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 13*, 43-64.
- Muris, P., Meesters, C., & van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 33*, 143-158.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2001). Cognitive-behavioural therapy for anxiety disorder children in a clinical setting: Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 8*, 330-340.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 156-167.
- Pereira, A. I., Muris, P., Mendonça, D., Barros, L., Goes, A. R., & Marques, T. (2016). Parental involvement in cognitive-behavioral intervention for anxious children: Parents' in-session and out-session activities and their relationship with treatment outcome. *Child Psychiatry and Human Development, 47*, 113-123.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 251-262.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., ... Wison, G. T. (2009). Mind the gap:

- Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Silk, J. S., Sheeber, L., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Forbes, E. E., McMartin, D. L., ... Ryan, N. D. (2013). 'You can do it!': The role of parental encouragement of bravery in child anxiety treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 439-446.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 140.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherill, J. T., ... Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioural therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766.