

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# *Evidence-based behandelen bij kinderen en adolescenten*

Kan de therapeutische alliantie bijdragen aan het optimaliseren van behandelproces en behandeluitkomst?

---

JULIËTTE M. LIBER

## *Samenvatting*

---

De afgelopen vijftig jaar zijn interventieonderzoekers en behandelaren er niet in geslaagd om de bescheiden uitkomsten van psychotherapie voor kinderen en jeugdigen te verbeteren, concluderen Weisz en collega's op basis van tijdtrends in een recent verschenen meta-analyse (2019). Deze teleurstellende bevindingen onderstrepen de noodzaak voor interventieonderzoekers en therapeuten om samen te werken aan nieuwe invalshoeken voor interventieonderzoek en zo bij te dragen aan het optimaliseren van behandeling. Dit kan door handelingsgerichte strategieën voor therapeuten te formuleren, te toetsen of die daadwerkelijk leiden tot effectiever behandelen en deze op te nemen in master- en postmasteropleidingen. Als aanzet daartoe wordt in dit artikel een theoretische, modelmatige weergave besproken van de werking van therapie voor kinderen en adolescenten. De wetenschappelijke bevindingen wat betreft de rol van therapeutische alliantie voor het optimaliseren van het behandelproces worden ook weergegeven en besproken. Betoogd wordt hoe modelmatig denken betere handelingsadviezen kan bieden. Empirische ondersteuning voor het model wordt besproken. Daarbij is expliciet aandacht voor internaliserende versus externaliserende problemen, voor de rol van de therapeutische alliantie en empirisch ondersteund effectief handelen.

*Trefwoorden: kinder- en jeugd psychotherapie, therapeutische alliantie, therapeutisch proces, behandeluitkomst*

**Kernboodschappen voor de klinische praktijk**

- ▶ De afgelopen vijftig jaar is de mate waarin kinderen en jeugdigen van behandeling profiteren niet toegenomen. In die vijftig jaar is er echter wel kennis vergaard met behulp waarvan we behandelingen kunnen optimaliseren. Kennis over de technische en therapeutische werkingsmechanismen kan helpen om behandeling te personaliseren en daarmee optimaliseren.
- ▶ Het therapeutisch proces bevat meer dan therapeutische alliantie, en biedt daarmee ook meer aangrijpingspunten om verandering bij kinderen, jeugdigen en hun gezinnen te kunnen bewerkstelligen.
- ▶ We dienen ons als therapeuten meer te verdiepen in studies naar werkingsmechanismen van behandelingen en gepersonaliseerde behandeling, juist ook bij gebruik van geprotocolleerde behandelingen.

## INLEIDING

.....

Aan het begin van 2019 werd een artikel gepubliceerd dat een schokgolf te weegbracht onder interventieonderzoekers en hulpverleners. In dat artikel werd de vraag gesteld of psychotherapie voor kinderen en adolescenten de afgelopen vijftig jaar betere resultaten is gaan laten zien, en het antwoord daarop bleek een volmondig 'nee'. Weisz en collega's (2019) voerden een meta-analyse uit waarin 453 gerandomiseerde en gecontroleerde studies (RCT's) zijn opgenomen uit de periode 1960-2017. In de meta-analyse zijn de gegevens van 31.933 jeugdigen geïncludeerd. De auteurs onderzochten tijdtrends en toonden aan dat de afgelopen vijf decennia het gemiddelde effect van psychotherapieën voor angst niet significant toenam, voor ADHD niet significant afnam, en voor depressie en gedragsproblemen significant afnam. Gegeven de grote investeringen in verbeteringen van behandeling zouden velen een substantiële vergroting van effecten over tijd hebben verwacht. De investeringen van de afgelopen jaren lijken dus niet tot grotere effecten te hebben geleid.

Deze bevindingen roepen verschillende vragen op: Klopt wetenschappelijk gezien de conclusie van Weisz en collega's dat psychotherapie voor kind en jeugd de afgelopen vijftig jaar geen betere resultaten is gaan laten zien? Zo ja, hoe kunnen we deze resultaten verklaren en wat zijn de implicaties voor de klinische praktijk? Wetenschappelijk gezien komen de resultaten overtuigend over, er is grondig gekeken naar factoren die de resultaten mogelijk kunnen verklaren of vertekenen. Ongeveer 30-50% van de verschillen in effectiviteit tussen studies wordt bepaald door de verschillen in kenmerken tussen de studies. Desalniettemin zijn er ook verschillen tussen eerdergenoemde probleemgebieden, te weten angst, depressie, gedragsproblemen en ADHD. Wanneer de resultaten uit de meta-analyse nader beschouwd worden, dan blijkt dat er bij angst gemiddeld genomen effectief behandeld

werd en wordt (Hedges  $g = 0,66$ , wat geïnterpreteerd kan worden als een middelgroot tot groot effect). Ten aanzien van depressie (beperkt effect van psychotherapie voor depressie: Hedges  $g = 0,30$ ) blijkt dat in de loop der jaren in toenemende mate ernstiger populaties zijn opgenomen in klinische studies, wat mogelijk het afnemen van de gevonden effectgroottes over tijd verklaart. De onderzoeken naar ADHD (beperkt effect van psychotherapie voor ADHD: Hedges  $g = 0,33$ ) en onderzoeken naar gedragsproblemen (middelgroot effect van psychotherapie voor gedragsproblemen: Hedges  $g = 0,50$ ) laten echter geen verandering of een afname in behandel-effect zien, met name wanneer gecorrigeerd wordt voor studiekenmerken zoals het gebruik van objectieve maten of voortijdige uitval uit de studie.

Weisz en collega's geven verschillende (klinische) verklaringen voor de tegenvallende resultaten. De belangrijkste verklaringen die zij noemen zijn de volgende:

- ▶ Interventieprogramma's zijn weinig veranderd, hoogstens verwaterd.
- ▶ Er is onvoldoende kennis over daadwerkelijke veranderingsmechanismen.
- ▶ Behandelprogramma's zijn weinig flexibel bij het inspelen op flux (verandering van klinisch beeld gedurende het behandeltraject) en comorbiditeit.
- ▶ Reeds lang geleden is het plafond bereikt van wat aan therapeutisch effect verwacht kan worden.
- ▶ De eisen die de huidige maatschappij stelt aan jongeren zijn geïntensifieerd en daarmee is de druk op de jeugd toegenomen.
- ▶ Weisz vraagt zich verder af of praten met hulpverleners in een kamertje nog aansluit bij de belevingswereld van de huidige jeugd.

Van elk van deze verklaringen is het aannemelijk dat deze in meer of mindere mate meespelen bij het verklaren van de tegenvallende vooruitgang. Weisz en collega's betogen vervolgens dat we nieuwe manieren moeten vinden om interventieonderzoek te doen én dit te vertalen naar effectiever behandelen, in plaats van dat we energie steken in het ontwikkelen van nieuwe behandelprogramma's die niet 'beter' werken. Bij de vraag waar wij als veld nu naartoe moeten, leggen ze de nadruk op het in kaart brengen van werkingsmechanismen en het personaliseren van behandeling.

De bevindingen van Weisz en collega's roepen verschillende vragen op: Kunnen we bestaande behandelingen optimaliseren, zodat deze effectiever zijn dan de behandelingen die onderzocht werden in streng gecontroleerde studies die vervolgens opgenomen werden in de meta-analyse van Weisz en collega's? Waar heeft de weerbarstige klinische praktijk behoefte aan? Dit artikel betoogt dat alhoewel de door Weisz en collega's naar voren gebrachte verklaringen wellicht valide zijn, we over die onderwerpen reeds veel kennis hebben opgedaan. Deze kennis wordt mogelijk onvoldoende benut bij

het opzetten van streng gecontroleerde studies en onvoldoende benut bij besluitvorming rondom lopende behandelingen in de klinische praktijk. De kennis die we hebben dient om te beginnen vertaald te worden naar handelingsadviezen voor zowel wetenschap als praktijk, zodat dit resulteert in effectiever en meer evidence-based behandelen.

De huidige opleidingen bieden kennis en theoretische modellen om gefundeerd en geavanceerd psychodiagnostiek uit te voeren en een gedegen empirisch ondersteund behandeladvies te formuleren. Ook veel behandelprogramma's bevatten gedegen uitgewerkte en goed onderbouwde theoretische kaders (zie de groei aan 'goed onderbouwde' interventies in de databank van het NJI). Dergelijke kaders richten zich merendeels op 'probleem', 'verklaring' en 'oplossing', en slechts beperkt op 'proces'. Behandelprogramma's bestaan uit bewezen effectieve technische onderdelen (de therapeutische technieken) zoals cognitieve herstructurering, exposure, *contingency management* of werkgeheugentraining. In de loop van het therapeutisch proces lijken therapeuten vervolgens geneigd om besluitvorming te baseren op 'klinische intuïtie' in plaats van op wetenschappelijke (klinische) kennis en empirisch gefundeerde (klinische) vaardigheden, en er ontstaat zogenaamde *therapist drift* (Waller & Turner, 2016).

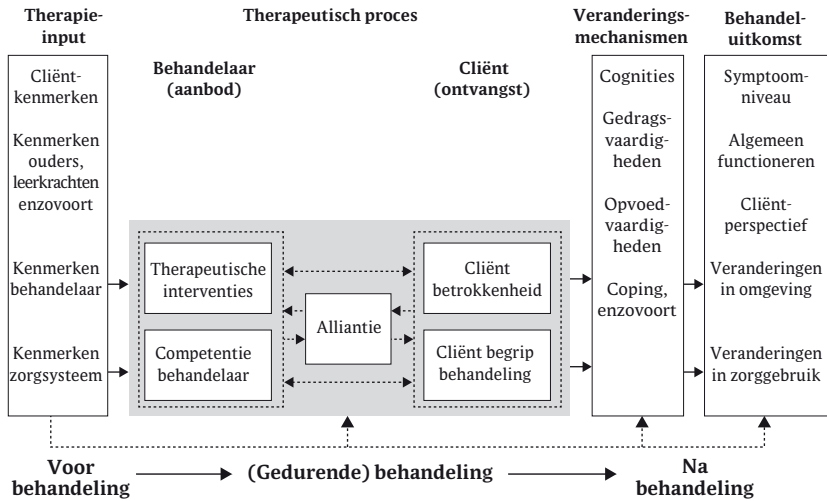
Alhoewel het onderzoeksveld naar therapeutische processen bij kind en jeugd nog in ontwikkeling is, is er op een aantal onderdelen een schat aan informatie beschikbaar die kan helpen om geïnformeerd (evidence-based) keuzes te maken ten aanzien van het vormgeven en tijdig bijsturen van het therapeutisch proces. Het optimaliseren van behandeluitkomst zoals Weisz en collega's aanbevelen, kan ook bereikt worden door het optimaliseren en personaliseren van het handelen van therapeuten bij het inzetten van de huidige, nieuwe en oude, empirisch onderbouwde behandelprogramma's. Evidence-based programma's en evidence-based technieken vormen de bouwstenen voor gepersonaliseerde en geoptimaliseerde behandelprocessen.

#### HET THERAPEUTISCH PROCES

.....

Het theoretisch model van Fjermestad, McLeod, Tully en Liber (2016) beschrijft hoe behandeluitkomst tot stand komt. In het overkoepelende model wordt onderscheid gemaakt tussen de *therapie-input*, het *therapeutisch proces*, de *veranderingsmechanismen* en de *behandeluitkomst* (zie figuur 1). Het therapeutisch proces wordt vervolgens verder uitgesplitst in enerzijds *generieke en specifieke of technische interventies* die behandelaren inzetten (generiek: gedrag van behandelaren, technisch/specifiek: therapeutische technieken zoals exposure of cognitieve herstructurering, ook wel 'ingredienten' of 'kernels' genoemd) en de *competentie* van behandelaren daarbij, en anderzijds in factoren die te maken hebben met de cliënt: *betrokkenheid* bij en in de behandeling, en *begrip* van de behandeling. De vier procesfactoren

(te weten: interventies, competentie, betrokkenheid en begrip van behandeling) laten volgens dit model een samenspel zien dat gefaciliteerd wordt door een vijfde procesfactor: de relatie tussen therapeut en cliënt, de zogeheten *therapeutische alliantie*. Bij de behandeling van kinderen verwijst therapeutische alliantie zowel naar de affectieve relatie tussen behandelaar en cliënt ('band') als naar de mate van overeenstemming tussen behandelaar en cliënt over de therapeutische taken die nodig zijn om de therapiedoelen te behalen ('taken') (Fjermestad et al., 2016; Liber et al., 2007).



FIGUUR 1 *Theoretisch model van verandering in psychotherapie voor kinderen en jongeren (Fjermestad et al., 2016)*

Wanneer op basis van dit model over 'behandelproces' gesproken wordt, dan wordt het veranderingsproces bedoeld dat tussen aanmelding en sluiten van het dossier plaatsvindt. De betekenis van 'behandelproces' is daarmee breder dan de gewone betekenis van 'behandelproces' of 'therapeutisch proces' in de praktijk. Behandeling wordt normaliter ingezet ná een diagnostische fase, maar in dit model wordt meegenomen dat verandering reeds plaats kan vinden door de beantwoording van een onderkende of verklarende hulpvraag. Om de op de diagnostische fase volgende behandelingen te kunnen optimaliseren en personaliseren is begrip nodig van de werking van therapie. Daarbij dient aandacht te zijn zowel voor de technische aspecten van de werking van de behandelprogramma's (en kennis daarvan), als voor de mogelijkheden van het therapeutisch proces als werkingsmechanisme.

Met de technische aspecten van het werkingsmechanisme wordt bedoeld: de inzet van een therapeutische techniek met de verwachting dat dit tot een bepaalde verandering bij de cliënt (of het cliëntsysteem) leidt, waardoor

klachten afnemen of het welzijn toeneemt. Ter illustratie: bij een cliënt verwacht een therapeut dat de inzet van cognitieve herstructurering (technisch aspect) leidt tot een verbetering in cognitieve copingvaardigheden (veranderingsmechanisme), en daarmee tot een afname van depressieve klachten (behandeluitkomst).

Met therapeutisch proces als werkingsmechanisme wordt bedoeld dat factoren uit het behandelproces tezamen leiden tot een klachtenreductie. Ter illustratie, een behandelaar gebruikt bij een adolescent met een lichte verstandelijke beperking eenvoudige woorden en korte zinnen en brengt extra structuur en voorspelbaarheid aan in de sessie (competenties). Daarmee bevordert de behandelaar de werkrelatie (therapeutische alliantie), die er weer toe bijdraagt dat de cliënt beter zijn aandacht erbij kan houden, de cliënt haakt niet af (betrokkenheid bij de behandeling). De grotere betrokkenheid bij de behandeling draagt ertoe bij dat de cliënt dat wat besproken wordt beter begrijpt (begrip behandeling), wat een positieve invloed heeft op de mate waarin de cliënt van de behandeling profiteert (behandeluitkomst).

In de voorgaande illustraties zijn de twee werkingsmechanismen kunstmatig gescheiden, zoals ook bij empirisch onderzoek gedaan wordt bij het toetsen van hypothesen. In therapie zijn deze mechanismen met elkaar verweven. In het model wordt alliantie op een centrale plek in het werkingsmechanisme van het therapeutisch proces weergegeven. Deze centrale plek kan betwist worden wanneer de empirische bewijsvoering in oenschouw genomen wordt.

De dynamiek van en tussen therapeutische alliantie en de verschillende factoren die het behandelproces vormgeven, hun onderlinge beïnvloeding en de relatie met een meer of minder gunstige behandeluitkomst zullen hieronder besproken worden, evenals suggesties voor optimalisering en personalisering van behandeluitkomst die uit de bespreking voortvloeien.

#### TERAPEUTISCHE ALLIANTIE EN BEHANDELUITKOMST

.....

In 2011 publiceerde McLeod een meta-analyse naar de relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst bij kinderen en jongeren. Een gunstiger therapeutische alliantie hing zoals verwacht samen met een gunstiger behandeluitkomst. De sterkte van die relatie bleek echter zeer beperkt (klein effect). Dit was wellicht net zo'n onverwacht resultaat als de bevindingen van Weisz en collega's (2019). Dit is bovendien in sterk contrast met de spookverhalen die in sommige opleidingen de ronde doen (bijvoorbeeld 'therapeutische alliantie verklaart 70% van het behandelresultaat' in de gz-topleiding en de opleiding tot cognitief gedragstherapeut). De resultaten van twee andere meta-analyses ondersteunen McLeods bevindingen wat betreft de bescheiden relatie tussen de therapeutische alliantie en een meer of minder gunstig behandelresultaat (respectievelijk Shirk & Karver,

2003 en Karver, De Nadai, Monahan, & Shirk, 2018). Ondanks de bescheiden bevindingen wat betreft de rol van alliantie werden in de meta-analyse van McLeod uit 2011 verscheidene andere noemenswaardige bevindingen gedaan; de sterkte van de therapeutische alliantie met behandeluitkomst verschilde namelijk voor bepaalde doelgroepen. Een sterkere relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst werd gevonden voor kinderen versus adolescenten, voor gezinnen die zelf hulp zochten versus gezinnen die hulp kregen in een gedwongen kader, en voor jeugdigen die in behandeling kwamen voor externaliserende problemen versus jeugdigen die een gemengd beeld lieten zien. Dat wil zeggen dat wanneer de therapeutische alliantie als positiever beoordeeld wordt, meer verandering verwacht kan worden bij kinderen, wanneer er zelf hulp is gezocht, en/of wanneer er sprake is van externaliserende problemen of een gemengd beeld. Dit wil niet zeggen dat gezinnen die gestuurd zijn naar hulpverlening of adolescenten met internaliserende problematiek *minder* profiteren, alleen dat de *mate* waarin zij veranderen *minder* door therapeutische alliantie beïnvloed wordt. Alhoewel niet significant verschillend, komt uit de meta-analyse van Karver en collega's (2018) een vergelijkbaar beeld naar voren wat betreft internaliserende versus externaliserende problemen: de therapeutische alliantie laat bij internaliserende problemen op behandeluitkomst een klein tot matig effect zien ( $r = 0,19$ ), en bij kinderen met externaliserende problemen een matig tot groot effect voor de relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst ( $r = 0,28$ ).

Opvallend in de meta-analyse van McLeod (2011) is dat de sterkte van de relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst met het vorderen van de behandeling toeneemt. De therapeutische alliantie aan het begin van behandeling laat een verwaarloosbare relatie met een gunstiger behandeluitkomst zien, terwijl de alliantie aan het einde van behandeling een gemiddeld tot grote relatie met een gunstiger behandelresultaat laat zien. Dat alliantie een causale factor is in het veranderingsproces, is wetenschappelijk gezien dan ook niet aangetoond. De bevindingen uit empirische studies en meta-analyses suggereren enerzijds dat een gunstiger therapeutische alliantie mede een gevolg kan zijn van andere factoren (zoals afname van klachten), in plaats van een opzichzelfstaande factor. Anderzijds suggereren de bevindingen dat het bevorderen van de therapeutische alliantie gedurende de behandeling kan bijdragen aan een gunstiger behandelresultaat. Dit sluit aan bij het eerder geschetste theoretische model waarbij therapeutische alliantie beschouwd wordt als een facilitator, katalysator of mediator in andere processen en niet per se als een causale factor.

Therapeutische alliantie bij gezinsbehandeling laat in een recente meta-analyse eveneens een significante relatie met een gunstiger behandeluitkomst zien ( $r = 0,18$ , klein tot matig effect). Er werden geen significante verschillen tussen informanten gevonden, maar wel significante effecten voor probleemtype. Bij gezinsbehandeling lijkt het effect voor internaliserende



versus externaliserende problemen tegengesteld aan kindgerichte behandeling: de relatie tussen therapeutische alliantie en een gunstiger behandeluitkomst bleek significant voor internaliserende problemen ( $r = 0,44$ ), en niet significant voor externaliserende problemen ( $r = 0,00$ ) (Welmers van de Poll et al., 2018).

#### THERAPIE-INPUT, THERAPEUTISCHE ALLIANTIE EN BEHANDELUITKOMST

Wanneer therapeutische alliantie als een onderdeel van het werkingsmechanisme beschouwd wordt in plaats van als een geïsoleerd ingrediënt, dan biedt dit aangrijpingspunten voor het optimaliseren en personaliseren van behandeling en behandeluitkomst. Kennis over welke kenmerken van de cliënt en zijn systeem een gunstigere therapeutische relatie voorspellen, in hoeverre deze kenmerken beïnvloedbaar zijn en de verschillende mechanismen beïnvloeden, kan bijdragen tot optimalisering van het behandelproces.

Uit onderzoek naar de behandeling van internaliserende stoornissen (angst en/of depressie) bij jeugdigen komt naar voren dat cliëntkenmerken zoals copingstijl, motivatie, geloof in de behandeling (zogenoemde *treatment credibility*) en kwaliteit van interpersoonlijke relaties samenhangen met therapeutische alliantie en alliantieontwikkeling (Chu, Skriner, & Zandberg, 2014; Fjermestad et al., 2018; Levin, Henderson, & Ehrenreich-May, 2012). Een gunstiger copingstijl van de jongere bleek samen te hangen met een snellere groei in therapeutische alliantie bij angstige jongeren (Chu et al., 2014). Een door de jeugdige gunstiger ervaren hechting bleek samen te hangen met een door de jongere positiever ervaren therapeutische alliantie bij aanvang van transdiagnostische behandeling van jongeren met angst en/of depressie (Levin et al., 2012). Uit dezelfde studie kwam naar voren dat jongeren die meer sociale steun uit hun gezin ontvangen een gunstiger geobserveerde therapeutische alliantie bij aanvang laten zien. Een gunstiger *treatment credibility* bij de jeugdige voorspelde niet alleen een gunstiger therapeutische alliantie bij aanvang van behandeling, maar ook een toename van therapeutische alliantie gedurende de loop van de behandeling (Fjermestad et al., 2018).

Studies naar onder andere mishandelde adolescenten, jeugdigen in residentiële centra en jeugdigen met externaliserende problemen wijzen wat betreft belemmeringen voor de vorming en kwaliteit van de therapeutische alliantie op cliëntkenmerken zoals de rol van de ernst van de problematiek, de leeftijd van de cliënt, intellectuele en sociale vaardigheden van de jeugdigen, sociale of interpersoonlijke relaties van ouders, de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties van jongeren zelf, en de verwachtingen van ouders (Ayotte, Lanctôt, & Tourigny, 2016; Eltz, Shirk, & Sarlin, 1995; Kazdin & Durbin, 2012; Kazdin & McWhinney, 2018; Kazdin & Whitley, 2006). Meisjes in residentiële centra die ernstiger problemen en externaliserende

problemen rapporteerden bleken een beduidend minder gunstige therapeutische alliantie te ervaren ten opzichte van meisjes in dezelfde residentiële centra met minder ernstige problemen of andere problemen (Ayotte et al., 2016). Mishandelde adolescenten met psychiatrie lieten een ongunstiger therapeutische alliantie bij de start van de behandeling zien ten opzichte van niet-mishandelde adolescenten met psychiatrie. 'Mishandeling' voorspelde niet een toe- of afname van therapeutische alliantie, maar het uitblijven van een gunstige alliantie voorspelde een ongunstig behandelresultaat in de groep mishandelde jongeren (Eltz et al., 1995). Onderzoek naar de behandeling van kinderen met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis liet zien dat sociaal competentere kinderen, met gunstiger intellectuele vaardigheden, een gunstiger therapeutische alliantie vormden (Kazdin & Durbin, 2012). Ook eigenschappen van ouders kunnen van invloed blijken te zijn op de vorming van alliantie, en vervolgens op behandeluitkomst bij ouderbegeleiding voor kinderen met gedragsproblemen: ouders die zichzelf als meer sociaal competent beschreven en meer interpersoonlijke relaties hadden voorafgaand aan de ouderbegeleiding lieten een gunstiger therapeutische alliantie zien en profiteerden meer van behandeling (Kazdin & McWhinney, 2018; Kazdin & Whitley, 2006).

Voorgaande bevindingen suggereren dat het optimaliseren van behandeluitkomst voor sommige populaties via een gunstiger alliantie kan verlopen, alhoewel een omgekeerd proces niet uitgesloten kan worden (klachtenreductie draagt bij aan een gunstiger alliantie). In overeenstemming met het model beschouwen we alliantie als een mediator, katalysator of facilitator. Alliantie kan dan wellicht bevorderd worden via het verbeteren van copingstijl, treatment credibility, en het versterken van sociale steun bij jeugdigen met internaliserende problemen. Bij kinderen met externaliserende problemen kan dit proces wellicht verlopen via het verbeteren van de sociale vaardigheden, het beter afstemmen op intellectuele vaardigheden van cliënten en het versterken van de competenties van hun ouders.

De levens van jeugdigen met externaliserende problematiek worden vaker gekenmerkt door interpersoonlijke problemen: kinderen met externaliserende problemen vertonen vaker conflictueuze relaties met ouders, leerkrachten, broers en zussen, en leeftijdsgenoten (onder andere Broidy et al., 2003; Sabol & Pianta, 2012). Recente onderzoeken laten zien dat deze relaties bidirectioneel zijn (Myers & Pianta, 2008; Pardini, Fite, & Burke, 2008): het hebben van conflictueuze relaties beïnvloedt de mate van externaliserende problemen bij kinderen en omgekeerd. Jeugdigen nemen deze relatiepatronen mee wanneer zij een behandeltraject beginnen, waar relaties niet alleen bidirectioneel maar ook tridirectioneel zijn: ouders, kind of jeugdige en behandelaar, en daarmee complex om vorm te geven. Er wordt dan ook verondersteld dat het therapeutisch proces bij externaliserende problemen anders verloopt: bij externaliserende problemen kan het over-

brengen van therapie-inhoud belemmerd worden door een minder gunstige therapeutische relatie.

In de eerdergenoemde studie door Ayotte en collega's (2016) werd reeds gezien dat meisjes met externaliserende problemen een minder gunstige therapeutische alliantie ervoeren ten opzichte van meisjes met minder ernstige of andere problemen. Twee eigen studies illustreren de verschillende relaties tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst bij internaliserende versus externaliserende problematiek. De therapeutische alliantie werd als voorspeller voor behandeluitkomst in kaart gebracht bij 52 kinderen met een angststoornis in studie 1, en bij 44 kinderen met disruptief gedrag in studie 2. Beide studies betroffen kinderen van 8-12 jaar, en in beide studies werd hetzelfde observatie-instrument (TPOCS-A; Liber et al., 2007) volgens dezelfde procedure ingezet om de therapeutische alliantie in kaart te brengen. De therapeutische alliantie aan het begin van de behandeling werd bij internaliserende problemen met gemiddeld 3,69 (SD = 0,67) door getrainde observatoren beoordeeld op een schaal van 0 (helemaal niet), 2-3 (enigszins) tot 5 (in grote mate) (Liber et al., 2010). Bij kinderen met disruptief gedrag lag het gemiddelde oordeel van de observatoren over de therapeutische alliantie aan het begin van de behandeling beduidend lager, namelijk op 2,73 (SD = 0,69) (Liber, Vuijk, de Groot-Zijlstra, & de Boo, 2016). Alleen in de tweede studie werd een (marginale) relatie tussen alliantie en behandeluitkomst gevonden, waarbij een gunstiger relatie samenhangt met een gunstiger behandeluitkomst. Door de aanzienlijke verschillen tussen de studies kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden. De bevindingen suggereren slechts dat er bij de behandeling van kinderen met externaliserende problemen meer ruimte is voor het optimaliseren van de therapeutische alliantie, en dat optimalisatie mogelijk bijdraagt aan een gunstigere behandeluitkomst.

#### THERAPEUTISCHE INTERVENTIES EN THERAPEUTISCHE ALLIANTIE

.....

Voor het optimaliseren en personaliseren van behandeluitkomst lijkt dus kennis over welk gedrag van de behandelaar bijdraagt aan een gunstiger alliantie van belang. Zoals eerder genoemd kan bij therapeutische interventies onderscheid gemaakt worden tussen generieke interventies en specifieke interventies die door therapeuten ingezet worden. Specifieke interventies betreffen het gebruik van therapeutische technieken (zoals exposure). Steeds meer studies laten zien dat de inzet van bepaalde technieken (specifieke interventies) bij bepaalde probleemclusters samenhangt met een gunstiger behandelresultaat (Chorpita & Daleiden, 2009; Garland, Hawley, Brookman-Frazee, & Hurlburt, 2008; Peris et al., 2017). Generieke therapeutische interventies betreffen gedrag van de behandelaar dat gericht is op het bevorderen van het therapeutisch proces. Denk bijvoorbeeld aan het

aanpassen van woordgebruik aan kinderen met een cognitief lager niveau. Onderzoek naar generieke interventies die een gunstiger alliantie of grotere betrokkenheid voorspellen bij internaliserende problemen laten bijvoorbeeld een bevorderende rol zien voor het structureren van sessies, het opstellen als een medestander, warmte en empathie tonen, het behandelmodel bespreken (gunstiger therapeutische alliantie), aandacht voor ervaringen van jongeren, aanpassen van oefeningen aan de mogelijkheden en interesse van jongeren, en het bespreken van verwachtingen van de therapie (grotere betrokkenheid). Generieke interventies die ongunstig uitpakken betreffen bijvoorbeeld het overmatig structureren van sessies, de jeugdige pushen om iets te vertellen, bekritisieren en overmatig veel informatie van de cliënt uit eerdere sessies terughalen (een overzicht is terug te vinden in Fjermestad et al., 2016). Onderzoek naar generieke therapeutische interventies die een (on)gunstiger therapeutische alliantie voorspellen bij de behandeling van externaliserende problemen is schaars.

#### THERAPEUTISCHE ALLIANTIE, BETROKKENHEID BIJ BEHANDELING EN BEHANDELUITKOMST

.....

Onderzoek laat verder een samenhang zien tussen de kwaliteit van de therapeutische alliantie en de betrokkenheid (*involvement of engagement*) van de cliënt bij de behandeling (Schley, Yuen, Fletcher, & Radovini, 2012; Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Dat wil zeggen dat wanneer de therapeutische alliantie gunstiger is, dit samenhangt met een grotere betrokkenheid bij de behandeling zowel binnen als buiten de sessies. Die betrokkenheid lijkt direct van invloed op de mate waarin cliënten veranderen (Chu & Kendall, 2004; Hudson et al., 2014; Lindheim & Kolko, 2010). Fjermestad en collega's (2016) definiëren *involvement* als betrokkenheid *binnen* de sessies bij de behandeling. Betrokkenheid van cliënten bij de behandeling kan merkbaar zijn aan cliëntgedrag (bijvoorbeeld verbaliseren), affect (bijvoorbeeld ervaren of uiten van emoties) en cognities (bijvoorbeeld uitdagen van angstige cognities). Sommige studies scharen onder het concept *involvement* ook therapietrouw, het maken van huiswerk, en het oefenen van nieuwe vaardigheden buiten de sessies. Bij externaliserende problemen is een persistent probleem niet alleen de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling *in* de sessie, maar ook het maken van huiswerk, therapietrouw en het voorkomen van voortijdige uitval. Deze doelgroep wordt gekenmerkt door een hoge mate (30-50%) van voortijdig stopzetten van behandeling (of niet meer op komen dagen) (Kazdin & Wassell, 2000). Wanneer een gunstiger alliantie tot een grotere betrokkenheid bij behandeling kan leiden, en daarmee dat meer kinderen een volledige(r) behandeling krijgen, kan dit mogelijk ook tot een gunstiger behandel-effect leiden (Shadish, Navarro, Matt, & Phillips, 2000).

THERAPEUTISCHE ALLIANTIE, BEGRIP VAN BEHANDELING EN  
BEHANDELUITKOMST

.....

Het model veronderstelt dat een gunstiger therapeutische alliantie samenhangt met een beter begrip van de behandeling bij de cliënt, en dat dit vervolgens samenhangt met een gunstiger behandeluitkomst (zie figuur 1). Met 'begrip van de behandeling' of *client comprehension* wordt de mate bedoeld waarin de cliënt gedurende de behandeling laat zien dat hij het materiaal dat gebruikt wordt begrijpt. 'Begrip van de behandeling' richt zich daarmee op de mate waarin de cliënt laat zien dat hij de informatie, boodschap of 'lessen' en vaardigheden uit de therapie sessies kan bevatten, terwijl 'betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling' zich richt op (actieve) deelname aan therapeutische activiteiten. Begrip omvat zowel generieke als specifieke componenten, net als de onderdelen 'competentie' en 'technieken'. Generiek of algemeen begrip van de behandeling betreft begrip van de overstijgende behandelrationale. Alhoewel onderzoek naar de relatie tussen 'begrip van behandeling' en een meer of minder gunstige behandeluitkomst zeer schaars is, wordt in sommige *feasability-studies* aandacht besteed aan dit thema. Onder de specifieke component 'begrip van de behandeling' kan begrip van therapieonderdelen verstaan worden, bijvoorbeeld waarom of hoe cognitieve herstructurering of een gedragsexperiment werkt. Begrip van behandeling vertegenwoordigt een belangrijke stap in het veranderingsproces van de cliënt (Doss, 2004). Het ligt voor de hand dat het bewerkstelligen van behandelbegrip bij sommige populaties extra uitdagend is, zoals bij persoonlijkheidsproblematiek, externaliserende problemen of een (lichte) verstandelijke beperking. Bij beperkte cognitieve of neuropsychologische vaardigheden kan de aard van de problematiek ertoe leiden dat het begrip van therapieonderdelen bemoeilijkt wordt (bijvoorbeeld moeite met abstractievermogen, beperkt volgehouden aandacht, problemen met werkgeheugen). Verschillende publicaties bieden handvatten voor het aanpassen van (cognitieve gedrags)therapie aan de cognitieve mogelijkheden van jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (van den Boogaard, Boven, Berg, van den Blokenhoeve, & Drost, 2020; Wit, Moonen, & Douma, 2011).

DISCUSSIE: IMPLICATIES VOOR INTERVENTIEONDERZOEKERS EN  
BEHANDELAREN

.....

Terug naar de publicatie van Weisz en collega's (2019). Wat is er dan aan de hand met de evolutie van onze hulpverlening? Weisz en collega's bevestigden dat in de loop der jaren bewezen effectieve behandelprogramma's mogelijk in variaties zijn herhaald, zonder na te gaan of het veronderstelde werkingsmechanisme wel 'werkt'. Dit betekent niet dat we de huidige (mo-

gelijk verwaterde) programma's overboord moeten gooien, maar vooral dat we na moeten gaan welke mechanismen wel en welke mechanismen niet bijdragen aan verandering bij de diverse problematieken en doelgroepen. Bij 'werkingsmechanisme' wordt vaak gedacht aan de technische aspecten of de technieken uit behandeling. In aanvulling daarop wil ik het belang van het therapeutisch proces als werkingsmechanisme en als potentiële ingang om behandeling te optimaliseren benadrukken.

In aanvulling op het voorgaande dient gezegd te worden dat we niet altijd weten wat er 'in de therapiekamer' gebeurt, laat staan van welke mechanismen er mogelijk sprake is. Onderzoek wijst uit dat wanneer specifieke interventies met grotere intensiteit ingezet worden dit samenhangt met een gunstiger behandelresultaat (Hurlburt, Garland, Nguyen, & Brookman-Frazee, 2010; Peris et al., 2017). Een positieve houding ten aanzien van het gebruik van evidence-based technieken wil nog niet zeggen dat therapeuten die technieken frequent in hun behandeling inzetten (Garland et al., 2010). Ergo, wanneer geobserveerd wordt wat therapeuten 'doen' en wat zij 'menen te doen' dan blijkt hier een belangrijk verschil tussen te zijn: therapeuten bieden minder therapeutische technieken aan, of in een lagere intensiteit, dan zij zelf menen te doen, zoals uit observatie bleek (Carroll, Martino, & Rounsaville, 2010; Hurlburt et al., 2010). Niet alleen het opleiden tot correct gebruik van therapeutische technieken is relevant, maar ook monitoring en supervisie om het afdwalen van behandelaren te voorkomen ('therapist drift'; Waller & Turner, 2016), en de zelfoverschatting van de tijd die verondersteld wordt besteed te zijn aan therapie-inhoud (Carroll et al., 2010).

De tweede belangrijke verklaring die door Weisz genoemd werd betrof rigiditeit van behandelprotocollen. Hij stelde daarbij voor om behandeling meer gepersonaliseerd aan te bieden, zoals bij modulaire behandeling. Uit onderzoek bleek echter dat modulaire behandeling niet tot betere resultaten leidt in vergelijking met behandeling met behandelprogramma's waarin één probleem centraal stond (Chorpita et al., 2013), wel werden de effecten sneller bereikt. Uit de studie van Chorpita en collega's (2013) kwam nog een belangrijke bevinding naar voren, namelijk dat de controlecondities (zogenoemde 'monobehandeling' en *care as usual*) het goed doen. Wanneer twee behandelingen minimaal redelijk werken, wordt het aantonen van de meerwaarde van de ene behandelmethode over de andere behandelmethode moeilijk omdat daar grote onderzoekspopulaties voor nodig zijn. Ook werd betoogd dat de rigiditeit van behandelprotocollen effectiever behandelen mogelijk in de weg zit. Dit argument is echter niet aannemelijk, omdat men zich ook flexibel kan opstellen bij protocollair werken (Kendall, Chu, Gifford, Hayes, & Nauta, 1998). Therapeutische alliantie bleek bijvoorbeeld niet gunstiger of ongunstiger voor geprotocolleerde behandeling versus niet geprotocolleerde behandeling (McLeod, 2016).

Ten slotte betoogden Weisz en collega's dat we ons meer dienen te verdiepen in studies naar werkingsmechanismen en gepersonaliseerde behande-

ling. Zowel internationaal als nationaal is er sinds een à twee decennia een sterke onderzoeksrichting ingezet die zich richt op de studie naar wat, wanneer, bij wie, en onder welke condities werkt. Sterker nog, ZonMw (een toonaangevende Nederlandse financieringsbron) heeft meerjarenprogramma's uitgeschreven op dit thema en maakt zich sterk voor het implementeren van klinisch relevante bevindingen in de klinische praktijk. In Nederland beginnen de resultaten uit deze studies vorm te krijgen in het oprichten van nieuwe lectoraten, het instellen van nieuwe leerstoelen, succesvolle promotietrajecten, publicaties in vakbladen en publicaties op de website van ZonMw. Het onderwijzen van gedrag van de behandelaar (bijvoorbeeld structureren maar niet overstructureren, als samenwerkingspartner opstellen maar niet als *best friend forever* (BFF)) en keuzes van behandelaren gedurende een behandelproces (bijvoorbeeld welke technieken, in welke frequentie en intensiteit, en op welk niveau) die bijdragen aan gepersonaliseerde en mogelijk succesvollere therapieën kunnen bovendien richting geven aan de inhoud van master- en post-masteropleidingen en trainingen.

Evidence-based behandelen verdient en heeft de aandacht in Nederland. Maar evidence-based behandelen behelst meer dan het aanbieden van evidence-based programma's en evidence-based technieken. Evidence-based behandelen betekent ook dat het therapeutisch proces evidence-based wordt ingericht, en daarin is ruimte voor verbetering.

#### BESLUIT: THERAPEUTISCH PROCES ALS WERKINGSMECHANISME

.....

Therapie bij kinderen en jeugdigen is complex doordat er sprake is van tridirectionele relaties (ouders, jeugdigen en hulpverleners). Deze relaties zijn belangrijk omdat ze als transportmiddel kunnen dienen voor specifieke therapeutische interventies (zoals exposure-oefeningen, cognitieve herstructurering en gedragsmodificatie) (Catty, 2004). Een gunstiger therapeutische alliantie kan daarmee de technische en procesmatige werkingsmechanismen versterken of belemmeren, met name bij externaliserende problemen. Met het vorderen van therapie nemen deze processen toe in complexiteit en raken de verschillende aspecten in toenemende mate met elkaar verstrengeld. Mogelijk dat daarom therapeutische alliantie met name aan het einde van de behandeling samenhangt met een gunstiger behandeluitkomst. De bijdrage onderzoeken van afzonderlijke factoren uit het therapeutisch proces, terwijl die juist gezamenlijk een behandeling vormgeven, wordt daardoor bemoeilijkt. De vraag is tegelijkertijd of dit wenselijk is, omdat de onderdelen die het therapeutisch proces vormen samen meer zijn dan de optelsom van de losse onderdelen, en er met het opsplitsen van het proces per definitie een gedeelte van de validiteit verloren gaat. Het is dan ook belangrijk om niet *alleen* naar evidence-based technieken te kijken, noch *alleen* naar alliantie of *alleen* naar alliantiebevorderend gedrag. Het gaat met name om de

optelsom van keuzes en gedragingen zowel aan de kant van de behandelaar als aan de kant van de cliënt die gedurende een behandelproces tezamen tot grote variatie kunnen leiden. De keuzes en gedragingen van de therapeut dienen idealiter geïnformeerd, onderbouwd en weloverwogen genomen te worden. Over evidence-based behandelprogramma's en therapiefactoren is een groeiende hoeveelheid kennis voorhanden. Helaas is er in het veld van kinder- en jeugd psychotherapie weinig wetenschappelijk onderzoek voorhanden naar de *dynamiek* tussen de verschillende factoren die samen het therapeutisch proces vormen.

Als behandelaren voelen we ons moreel geroepen om *al* onze cliënten zo effectief mogelijk te behandelen. Het is goed om te bedenken dat ondanks de tegenvallende vooruitgang in behandel-effect we door geïnformeerd keuzes te maken en bewust het behandelproces en alle aspecten van het therapeutisch proces vorm te geven, we voor sommige cliënten juist (extra) verschil kunnen maken.

**Juliëtte M. Liber** is universitair docent, afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht. Cognitief gedragstherapeut VGCT, orthopedagoog in opleiding tot orthopedagoog generalist. *Correspondentieadres:* Universiteit Utrecht, Ontwikkelingspsychologie, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht. E-mailadres: j.m.liber@uu.nl.

**Summary** *Evidence-based treatment of children and adolescents: Can therapeutic alliance contribute to optimizing the treatment process and treatment-outcome?*

The past fifty years, treatment outcome researchers and clinicians did not succeed in improving outcomes of youth psychotherapy, according to Weisz et al. (2019). Weisz et al. analyzed time trends in a recent meta-analysis. These disappointing results underline the need for researchers and clinicians to collaborate in developing new approaches in intervention research to optimize treatment outcome. This can be realized by translating research findings on effective therapist behaviors to practice-based guidelines for clinicians, testing the effects of such translation research and, if proven effective, integrating these findings in master and postmaster educational programs. A theoretical model on the working mechanisms of youth psychotherapy is presented with a focus on the role of therapeutic alliance. This model aims to explain why some youth benefit more and others less. It is argued how the application of this model can be used for empirically informed clinical decision making. The empirical support of the model is portrayed, addressing specifically the role of therapeutic alliance and the role of internalizing versus externalizing disorders.

**Keywords** *youth psychotherapy, therapeutic alliance, therapeutic process, treatment outcome*



## Literatuur

- Ayotte, M. H., Lanctôt, N., & Tourigny, M. (2016). How the working alliance with adolescent girls in residential care predicts the trajectories of their behavior problems. *Residential Treatment for Children & Youth*, *33*, 135-154.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R., ... Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquencies: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, *39*, 222-245.
- Carroll, K. M., Martino, S., & Rounsaville, B. J. (2010). No train, no gain? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *17*, 36-40.
- Catty, J. (2004). 'The vehicle of success': Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *77*, 255-272.
- 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.
- Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., ... Ward, A. (2013). Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 999-1009.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 821-829.
- Chu, B. C., Skrinker, L. C., & Zandberg, L. J. (2014). Trajectory and predictors of alliance in cognitive behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *43*, 721-734.
- de Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 368-386.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 419-431.
- Fjermestad, K. W., Lerner, M. D., McLeod, B. D., Wergeland, G. J. H., Haugland, B. S. M., Havik, O. E., ... Silverman, W. K. (2018). Motivation and treatment credibility predict alliance in cognitive behavioral treatment for youth with anxiety disorders in community clinics. *Journal of Clinical Psychology*, *74*, 793-805.
- Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Tully, C. B., & Liber, J. M. (2016). Therapist characteristics and interventions: Enhancing alliance and involvement. In S. Maltzman (Ed.), *The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary, biopsychosocial approach* (pp. 97-119). Oxford: Oxford University Press.
- Garland, A. F., Brookman-Frazee, L., Hurlburt, M. S., Accurso, E. C., Zoffness, R. J., Haine-Schlagel, R., & Gangner, W. (2010). Mental health care for children with disruptive behavior problems: A view inside therapists' offices. *Psychiatric Services*, *61*, 788-795.

- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Fraze, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 505-514.
- Hudson, J. L., Kendall, P. C., Chu, B. C., Gosch, E., Martin, E., Taylor, A., & Knight, A. (2014). Child involvement, alliance, and therapist flexibility: Process variables in cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 1-8.
- Hurlburt, M. S., Garland, A. F., Nguyen, K., & Brookman-Fraze, L. (2010). Child and family therapy process: Concordance of therapist and observational perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37, 230-244.
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 55, 341-355.
- Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. (2012). Predictors of child-therapist alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. *Psychotherapy*, 49, 202-217.
- Kazdin, A. E., & McWhinney, E. (2018). Therapeutic alliance, perceived treatment barriers, and therapeutic change in the treatment of children with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 240-252.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2, 27-40.
- Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 346-355.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198.
- Levin, L., Henderson, H. A., & Ehrenreich-May, J. (2012). Interpersonal predictors of early therapeutic alliance in a transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for adolescents with anxiety and depression. *Psychotherapy*, 49, 218-230.
- Liber, J. M., McLeod, B. C., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, A. J. M., Utens, E. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2010). Therapist adherence and therapeutic alliance in a treatment outcome study for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41, 172-186.
- Liber, J. M., van der Leeden, A. J., Sauter, F., & Treffers, P. D. A. (2007). Therapeutische alliantie: De TPOCS-A: Een observatie-codeersysteem voor het beoordelen van de band tussen cliënt en therapeut bij kinderpsychotherapie. *Kind en Adolescent*, 28, 20-31.
- Liber, J. M., Vuijk, P., de Groot-Zijlstra, E., & de Boo, G. (2016). Persoonlijkheid van kinderen met disruptief gedrag en de vorming van vroege therapeutische alliantie. *Gedragstherapie*, 49, 370-394.
- Lindheim, O., & Kolko, D. J. (2010). Trajectories of symptom reduction and engagement during treatment for childhood behavior disorders: differences across settings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 995-1005.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psy-

- chotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603-616.
- McLeod, B. D., Jensen-Doss, A., Tully, C. B., Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2016). The role of setting versus treatment type in alliance within youth therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 453-464.
- Myers, S. S., & Pianta, R. C. (2008). Developmental commentary: Individual and contextual influences on student-teacher relationships and children's early problem behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 600-608.
- Pardini, D. A., Fite, P. J., & Burke, J. D. (2008). Bidirectional associations between parenting practices and conduct problems in boys from childhood to adolescence: The moderating effect of age and African-American ethnicity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 647-662.
- Peris, T. S., Caporino, N. E., O'Rourke, S., Kendall, P. C., Walkup, J. T., Albano, A. M., ... Sakolsky, D. (2017). Therapist-reported features of exposure tasks that predict differential treatment outcomes for youth with anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56, 1043-1052.
- Sabol, T. J., & Pianta, R. C. (2012). Recent trends in research on teacher-child relationships. *Attachment & Human Development*, 14, 213-231.
- Schley, C., Yuen, K., Fletcher, K., & Rado-vini, A. (2012). Does engagement with an intensive outreach service predict better treatment outcomes in 'high-risk' youth? *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 176-184.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Thompson, S. J., Bender, K., Lantry, J., & Flynn, P. M. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemporary Family Therapy*, 29, 39-55.
- van den Boogaard, M., Boven, S., Berg, M., van den Blokenhoeve, J., & Drost, J.W. (2020). *Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis*. Utrecht: Academische Werkplaats Kajak.
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14, 216-237.
- Welmens-van de Poll, M. J., Roest, J. J., van der Stouwe, T., van den Akker, A. L., Stams, G. J. J. M., Escudero, V., ... de Swart, J. J. W. (2018). Alliance and treatment outcome in family-involved treatment for youth problems: A three-level meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 146-170.