

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 (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

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

info@bua.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Nabeschouwing

LISBETH UTENS & LUUK STAPERSMA

Ouders leven als het ware ‘het leven aan hun kind voor’ en vormen een cruciale leerschool voor hun kroost. Dit themanummer stelde ouderschap centraal, waarbij het leertheoretisch perspectief bij verschillende bijdragen naar voren komt. In deze nabeschouwing gaan wij in op wat elk artikel ons leert en de relevantie ervan voor de klinische praktijk, en leggen we een link naar de toekomst.

GEHECHTHEIDSONTWIKKELING IN LEERTHEORETISCH PERSPECTIEF

.....

Guy Bosmans en collega’s presenteren een concrete, voor cognitief gedrags-therapeuten goed werkbare en innovatieve leertheorie van gehechtheid, die ervan uitgaat dat het gehechtheidssysteem aangeboren en biologisch verankerd is, en dat gehechtheidsontwikkeling gevormd wordt door leerervaringen. Via klassiek en operant conditioneren krijgen ouders al dan niet de betekenis van veiligheidssignalen. Dat kan in ongunstige situaties leiden tot een onveilige cyclus van gehechtheid.

Innovatief is dat Bosmans en collega’s de vermijdende en ambivalente gehechtheid verklaren vanuit leertheoretische principes. Als bij stressvolle situaties de interactie met ouders bij een kind meestal tot verdriet of teleurstelling leidt, helpt vermijndend gedrag en de daaruit volgende vermijdende gehechtheid om deze pijn te voorkomen. Wanneer een kind bij stress niet gesteund of afgewezen wordt door ouders, kan het angstig, aanklampend of eisend gedrag gaan vertonen. CGT leert ouders om angst en verdriet weliswaar te erkennen, maar ook om ongewenst gedrag te verminderen door er weinig aandacht aan te schenken of het te negeren. Als ouders echter *soms* wel gehoor geven aan problematisch gedrag, wordt het juist in stand gehouden door *intermittent* bekrachtiging. Bij CGT wordt doorgaans op vermindering in stressvolle situaties geïntervenieerd door het kind te leren die situaties te benaderen met gewenst gedrag. Dat kan bij pijnlijke interacties met ouders leiden tot terugtrekking en vermindering door het kind. Derhalve sorteren CGT-interventies in bovengenoemde situatie niet altijd het gewenste effect.

Volgens Bosmans en collega’s kan eisend, aanklampend of juist vermijndend gedrag van het kind begrepen worden als een verkeerd gecommuni-

ceerde behoefte aan steun, die bij ouders frustraties en negatieve verwachtingen over het kind kunnen activeren. Ook kunnen ouders vanuit hun eigen gehechtheidsproblematiek het gevoel hebben als ouders afgewezen te worden. Hierdoor kan de onveilige gehechtheidscyclus steeds verder escaleren en er een breuk ontstaan. De auteurs stellen dat dergelijke patronen zich ook in de therapie kunnen herhalen en leiden tot een breuk in de hulpverleningsrelatie, bijvoorbeeld als de therapeut zich vanuit persoonlijke gehechtheidsproblematiek afgewezen voelt. De les die wij hieruit trekken is dat het heel belangrijk is dat therapeuten hun eigen gehechtheidsdynamiek durven te (h)erkennen en daar zo nodig aan te werken. De basisgedachte van Bosmans en collega's is dat gezinsleden onderling verlangen naar een goede relatie, maar dat ze door onderlinge miscommunicatie over hun zorgbehoeften bang zijn door de ander hierin teleurgesteld of gekwetst te worden. Voor de klinische praktijk biedt Bosmans' model van de onveilige cyclus handvaten om in gezinsgesprekken deze onderliggende verlangens en thema's rond gehechtheid te bespreken, om daarmee een functieanalyse en behandelplan op te stellen. Zo kunnen de gezinsleden dichter naar elkaar groeien en de gehechtheidsrelatie herstellen. Behulpzaam is dat de auteurs aanbevelingen doen hoe men als cognitief gedragstherapeut af kan stemmen op het niveau van jongere kinderen en de hechtingsthematiek, wat wij cruciaal achten voor welslagen van de therapie.

Interessant is dat Bosmans en collega's vermelden dat alle miscommunicatie uit de onveilige cyclus beschouwd kan worden als vermijdingsgedrag, als reactie op onveilige verwachtingen. Dus niet alleen ambivalent gehechte kinderen, maar ook vermijdend gehechte kinderen kunnen emotionele pijn trachten te *vermijden* door middel van opstandig of eisend gedrag, op grond van hun verwachtingen dat ouders niet steunend of kwetsend zullen reageren. De exposuretherapie bestaat dan uit het blootstellen aan die onveilige verwachtingen en het inhiberen van dit vermijdingsgedrag. Dit geldt zowel voor de negatieve verwachtingen van kind richting ouders als van ouders ten opzichte van elkaar. Kortom, de exposuretherapie betreft alle gezinsleden. Deze gehechtheidsgerichte exposure kan het beste plaatsvinden tijdens stresserende interacties, met oplopende moeilijkheidsgraad, omdat juist dan de zorgbehoeften van alle gezinsleden maximaal geactiveerd zijn (Craske et al., 2014).

Dit vraagt naar onze mening om de nodige systeemtherapeutische competenties, gezien de heftige interpersoonlijke dynamieken die kunnen opspelen. CGT'ers die in de jeugdsector werken, werken doorgaans ook met ouders: het werken met systemen is een essentieel onderdeel bij jeugdigen. Onzes inziens zijn tijdens de opleiding tot cognitief-gedragstherapeut(isch werker) aanvullende training en supervisie in deze specifieke systemische gespreksvoering van groot belang om deze therapievorm goed uit te kunnen voeren en op effectiviteit te toetsen. In dit kader is het interessant dat in

België de kinder- en jeugdgedragstherapie momenteel uitgebreid wordt met het therapeutisch leren hanteren van relationele dynamieken met meerdere gezinsleden tegelijk. Wij zouden eenzelfde beweging voor de Nederlandse situatie toejuichen.

In de lijn van de evidence-based werkwijze vanuit de VGct (Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën, 2020) melden Bosmans en collega's ook onderzoeksresultaten die de effectiviteit ondersteunen van gehechtheidgerichte interventies voor gedragsproblemen bij jonge kinderen, en voor jongeren met depressie en suïcidaliteit (respectievelijk *video feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline* (VIPP-SD) en *attachment based family therapy/middle childhood attachment-based family therapy* (ABFT/MCABFT)). Hier rees bij ons de vraag in welke mate degenen die VIPP-SD-interventies geven getraind en gekwalificeerd waren binnen de cognitieve gedragstherapie, aangezien gesproken wordt over 'coaches'. Naar onze mening zijn cognitief-gedragstherapeutisch werkers en cognitief gedragstherapeuten hiertoe goed uitgerust met CGT-technieken.

Vragen die nog openblijven zijn: Wat zijn de (contra)indicaties voor deze manier van kijken? Wanneer in het therapeutisch traject kan deze therapie het beste ingezet worden? En moet dat gebeuren als monotherapie of als toegevoegde module naast stoornisspecifieke interventies? Daarnaast is er niet bij alle aangemelde kinderen sprake van een breuk in de gehechtheidsrelatie. Bosmans en collega's opperen de vraag of het niet zinvol zou zijn om deze therapievorm standaard op te nemen binnen bestaande behandelingen. Onzes inziens dient deze vraag vooralsnog negatief beantwoord te worden, zowel vanuit wetenschappelijk als kosteneffectiviteitsperspectief. Zoals de auteurs zelf concluderen, zal eerst nader onderzoek nodig zijn.

De klinische relevantie voor cognitief gedragstherapeuten om te werken aan gehechtheid is erin gelegen dat iets minder dan de helft van alle kinderen een onveilige gehechtheidsrelatie ontwikkelt en dat veel volwassenen die psychische hulp zoeken onder andere gekenmerkt worden door onveilige gehechtheid, aldus Bosmans. Hierbij merken we op dat veel gehechtheidsonderzoek zich uitsluitend richtte op moeders, terwijl vaders een belangrijke bufferfunctie kunnen vervullen (zoals bleek bij internaliserende problematiek bij kinderen; Möller et al., 2016). Toekomstig onderzoek kan nader aantonen wat de rol van vaders (of meerdere verzorgers) betekent voor gehechtheidsrelaties.

Leerzaam voor de klinische praktijk is de voornaamste les uit het artikel van Bosmans en collega's, namelijk dat de leertheorie en de hechtingstheorie goed te integreren zijn. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie te bezien in leertheoretische termen. Kijken naar bekrachtigers van gedrag van zowel ouder als kind, of naar de associaties die gevormd worden in de relatie, biedt concrete aanknopingspunten. Het samen met een gezin opstellen van betekenis- of functieanalyses over de gehechtheidsrelaties, het (h)erkennen van voorwaardelijke prikkels (bij expo-

suretherapie) en het gezamenlijk met alle gezinsleden opstellen van een coherent gehechtheidsnarratief kan het behandelplan verrijken en bovendien als katalysator dienen in de samenwerking tussen gezin en hulpverlener.

Concluderend kunnen we stellen dat dit heldere, op empirische evidentie gerichte artikel een mooi voorbeeld is van verbindende communicatie tussen de gehechtheidstheorie, leertheoretische principes en systeemtherapie. Gezien de rol van hechting in de ontwikkeling van kerncognities en schema's, is het interessant voor de toekomst of ook integratie met schematherapeutische principes nog van toegevoegde waarde is.

EMOTIE-ETEN: DE ROL VAN DE VROEGE OUDER-KINDRELATIE,
EMOTIEREGULATIE EN ALEXITHYMIE

.....

In het volgende artikel leggen Beijers en van Strien de relatie tussen de vroege ouder-kindrelatie (hechting, kwaliteit van zorg) en emotie-eten. Onderzoek naar voorspellers van emotie-eten is uitermate relevant, omdat circa 14% van de Nederlandse kinderen vanwege overgewicht een verhoogd risico op obesitas heeft. Circa 70.000 kinderen (2-4%) in Nederland lijden aan obesitas (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2020), met alle gezondheidsrisico's en psychosociale gevolgen op de langere termijn. De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 2018) spreekt van een 'obesitaspandemie'. Bovendien is er sinds de coronapandemie een schrikbarende stijging geweest in crisisaanmeldingen van jongeren met eetstoornissen (de Nederlandse ggz, 2020). Emotie-eten (eetbuien, overeten) is kenmerkend voor boulimia en de eetbuistoornis. Onderzoek naar oorzaken en ontwikkeling van emotie-eten is belangrijk om er preventie en vroege interventies op in te zetten.

Innovatief en lovenswaardig aan deze studie van de auteurs is hun longitudinale design (N = 129), met herhaalde metingen op 15 maanden, 28 maanden, 12 jaar en 16 jaar, waarbij ze de mediërende rol van emotieregulatie en alexithymie onderzochten. Volgens de auteurs draagt het longitudinale design bij aan het ontrafelen van oorzaak-gevolgassociaties van emotie-eten. De term 'oorzaak' lijkt ons hierbij te sterk. Andere (niet-gemeten) factoren kunnen namelijk eveneens een rol spelen bij de ontwikkeling van emotie-eten. Gedacht kan worden aan ouderlijke psychopathologie, eetgewoonten en -gebruiken, gewicht en/of negatief zelfbeeld (Braden et al., 2014; Shriver et al., 2020). Bovendien gaan de auteurs voorbij aan de biologische componenten die een rol kunnen spelen bij zowel hechting als emotie-eten en overgewicht. Zo melden Braet en collega's (2020) dat genetische kwetsbaarheden en familiale overdracht een rol spelen bij overvoeding en obesitas. Berner en collega's (2019) rapporteerden dat bij zowel anorexia als boulimia het neuro-endocrinologisch systeem een integrale rol speelt in het voedselbeloningssysteem in de vorm van reacties in het brein. Kortom, in het ont-

staansmechanisme van emotie-eten spelen onze inziens interacties tussen ouder en kind, leerervaringen, en biologische, genetische en culturele (bijvoorbeeld eetculturen) factoren een rol, die om nader onderzoek vragen.

De auteurs vonden dat een lagere kwaliteit van zorg én een lagere hechtingskwaliteit (gemeten met de verkorte Strange Situation en de Attachment Q-set) emotie-eten op zowel 12- als 16-jarige leeftijd konden voorspellen, en wel via twee mediators: emotieonderdrukking en alexithymie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat beide mediators en de uitkomst (emotie-eten) op dezelfde tijdstippen gemeten werden, zoals de auteurs zelf melden. Een sterk punt is dat de uitval gering is, gelet op de zeer lange follow-uptermijn. Bij 15 maanden werden kinderen via lokale gezondheidscentra geworven (Beijers et al., 2021). De ouderlijke socio-economische status was toen representatief voor de Nederlandse bevolking, maar 95% van de kinderen kwam uit een tweoudergezin. De vraag is voor hoeveel kinderen dat op 12-jarige leeftijd nog gold. Zijn er in de vroege jeugd hechtingsbreuken opgetreden (door bijvoorbeeld echtscheiding)? En wat is de invloed daarvan op hun emotieonderdrukking of emotie-eten? De culturele achtergrond van ouders, die eetgewoonten kan beïnvloeden, is onbekend. Ten slotte is er nog de vraag hoeveel kinderen bij 12 en 16 jaar psychiatrische comorbiditeit hadden die gerelateerd was aan emotieregulatie.

Aangezien er op vaste leeftijdsmomenten gemeten werd, konden invloeden van tussenliggende leeftijden op de mediatiemodellen niet onderzocht worden. Voor de toekomst lijkt het ons relevant om deze leeftijdseffecten op emotie-eten te bestuderen. Immers, op jonge leeftijd bepalen doorgaans de ouders over welke voeding kinderen kunnen beschikken en dit verandert uiteraard met de leeftijd, met meer mogelijkheden tot emotie-eten. Daarnaast geldt dat er veranderingen plaatsvinden in hoe jeugdigen hun emoties reguleren naarmate ze ouder worden, en wel meer specifiek tussen 12 en 15 jaar (Cracco et al., 2017).

Wat betreft preventie en interventie voor ongezond eetgedrag zijn de auteurs bescheiden met het bieden van handvatten. Wel wijzen zij op dialectische gedragstherapie (DGT). DGT voor Jongeren (DGT-J) is geschikt voor de (poli)klinische setting, voor jongeren met een borderline-persoonlijkheidsstoornis of andere emotieregulatiestoornissen (de Bruin et al., 2013). Voor preventie van emotieregulatieproblematiek in het algemeen wijzen wij graag op Boost Camp, een transdiagnostisch groepsprogramma voor emotieregulatietraining, dat op school vanaf de brugklas ingezet kan worden en significante positieve resultaten liet zien (Volkaert et al., 2019). Dit programma is uitgewerkt tot EuREKA (Verbeken et al., 2020), dat al vanaf 10 jaar in de klinische setting ingezet kan worden. Ten slotte willen wij wijzen op vroegtijdige interventies via (online) psycho-educatiemodules voor ouders van (jonge) kinderen, gericht op emotieregulatie en gezond eetgedrag. Het Brain Fitness-programma, ontwikkeld door Braet en collega's (2020), is een online trainingsprogramma voor zelfcontrolevaardigheden

tegen overgewicht, dat ingezet kan worden boven op de multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht (8-18 jaar). Hopelijk kunnen deze interventies ertoe bijdragen om emotie-eten en de obesitaspandemie te verminderen.

Leerzaam en klinisch relevant is dat het artikel van Beijers en van Strien ons inzicht verschaft in de invloed van vroege ouder-kindfactoren op emotie-eten later in de ontwikkeling. Hoe een kind leert zichzelf emotioneel te reguleren, vindt zijn oorsprong in de vroege kinderjaren. De relatie tussen de vroege hechtingsrelatie en emotieregulatie tijdens de puberteit is hier een goed voorbeeld van. Het is voor klinici relevant om emotie-eten als regulatiestrategie in het oog te houden. Vaak wordt wel anamnesticus gevraagd naar hoe het eten verloopt, maar emotie-eten vraagt om concreter doorvragen naar de rol van eten, en ook naar hoe ouders – al dan niet bewust – voedsel en eten inzetten in hun opvoeding. Tot slot is het voor de cognitief gedragstherapeut(isch werker) een mogelijk thema om met ouders en jeugdigen te kijken naar leertheoretische mechanismen die werken bij eten. Gedacht kan worden aan wat de betekenis is van eten voor ieder gezinslid, hoe een kind deze betekenis meekrijgt van de ouders, en hoe ouders en kind elkaar positief of negatief bekrachtigen in de eetmomenten.

DRAAGT ERVAREN STEUN BIJ AAN DE VERMINDERING IN ANGSTKLACHTEN VAN KINDEREN NA CGT?

.....

Waar de eerste twee artikelen zich richten op *hechting/gehechtheid*, leggen van Steensel en collega's de focus op de mate waarin actueel ervaren *ouderlijke steun* bijdraagt aan behandelingsucces van CGT voor kinderen en jongeren met angststoornissen (N = 116, 7-17 jaar). Innovatief hierbij is dat ze beide ouders includeren. Ze laten het kind rapporteren over de ervaren steun van vader en van moeder, en ze laten beide ouders rapporteren over de steun die ze van elkaar ervaren. Vernieuwend is ook dat ze in hun longitudinale, naturalistische studie behandelaren een aangepaste modulaire versie van CGT laten uitvoeren (zie tabel 1 in hun artikel). Het vereist veel moed, tijd en energie om vier herhaalde metingen te verrichten in een multicenter-onderzoek waar zo'n 20 instellingen bij betrokken zijn.

Het voordeel van een naturalistische studie is de grote externe validiteit ervan. Tegelijkertijd is het relevant te melden dat 80% van de kinderen in dit onderzoek leefden in intacte gezinnen, met hun biologische ouders, die voor een groot deel hbo/wo opgeleid waren. Het is derhalve de vraag hoe de resultaten er zouden hebben uitgezien bij een- of meeroudergezinnen met co-ouderschap.

De resultaten leren ons dat de mate van steun die kinderen ervoeren geen invloed had op de behandel-effectiviteit. Moeders die meer steun van hun partner rapporteerden, meldden minder eigen angst- en/of depressiesymp-

tomen, en vaders die meer steun van hun partner rapporteerden, meldden minder angstklachten bij het kind bij start van de behandeling. Deze laatste resultaten zijn in lijn met het reviewartikel van Majdandžić en collega's (2012), dat aangeeft dat als ouders elkaar steunen, dit kan samenhangen met minder angst bij het kind. Rapee (2012) meldt echter in zijn review dat algemene ouderlijke en gezinsrelaties niet duidelijk samenhangen met de ontwikkeling van angststoornissen bij kinderen. Dat men soms concludeert dat dit wel het geval is, schrijft hij deels toe aan de slechte operationalisatie en zwakke psychometrische onderbouwing van de gehanteerde maten in de betreffende studies.

Dit brengt ons op het belangrijke methodologische knelpunt in het artikel van van Steensel en collega's, dat ook de auteurs zelf onderkennen. Het concept 'ervaren steun' is niet helder gedefinieerd en wordt geoperationaliseerd door één zeer algemene vraag: 'In hoeverre voelde je je deze week gesteund door je moeder/vader/partner?' Het blijft onduidelijk of het gaat om steun bij het uitvoeren van de CGT-thuiswerk oefeningen en exposure-opdrachten die bij de behandeling horen of bijvoorbeeld om ervaren emotionele steun? Kinderen kunnen zich begrepen en gesteund voelen wanneer ouders zich aanpassen aan hun angst (*family accommodation*). Onderzoek laat echter zien dat *family accommodation* een negatieve invloed kan hebben op de ontwikkeling, instandhouding en behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen en jongeren (Kagan et al., 2017). Kortom, dit onderzoek leert ons dat voor de toekomst het concept 'ervaren steun' vraagt om nadere specificering.

Tot nu toe richtte onderzoek op dit vlak zich doorgaans louter op ouderlijke betrokkenheid bij de therapie. De toevoeging van 'ervaren steun' is een nieuw element hierbij. Het is onzes inziens heel belangrijk verder systematisch te onderzoeken welke componenten van ouderlijke betrokkenheid essentieel zijn om effectiviteit van CGT te verbeteren. In hun meta-analyse lieten Manassis en collega's (2014) zien dat er in diverse studies een grote heterogeniteit bestaat in het soort ouderlijke betrokkenheid dat onderzocht werd. Manassis en collega's onderzochten ouderlijke betrokkenheid, gericht op ouderlijk contingentie management (CM) en *transfer of control* (TC). Zij toonden aan dat voor CGT-behandeling van angststoornissen bij kinderen actieve ouderlijke betrokkenheid, gericht op CM of TC, op langere termijn de geboekte therapiewinst beter kan doen beklijven. Een ander reviewartikel, van Gibby en collega's (2017), liet ook zien dat er op langere termijn meer angstvermindering optrad bij CGT met ouderlijke betrokkenheid dan zonder ouderlijke betrokkenheid. Door ouders actief te betrekken, kunnen vooral op lange termijn de geleerde technieken beter generaliseren naar de thuissituatie.

Zoals gezegd is een kracht van het onderzoek van van Steensel en collega's dat het in de alledaagse klinische praktijk is uitgevoerd. De les die wij uit hun artikel kunnen trekken, is dat in toekomstig onderzoek ouderlijke

betrokkenheid niet alleen geoperationaliseerd moet worden als ‘hoe vaak/hoe actief aanwezig tijdens de sessies’, maar ook in termen van *actieve betrokkenheid* bij de uitvoering van de therapieopdrachten thuis, buiten de behandelsessies, en van de mate van *ervaren steun*, met specificatie op welke domeinen die steun ervaren wordt. Voor de klinische praktijk slaat dit onderzoek een brug naar modulair werken. Wat de effectiviteit is van modulair behandelen van angststoornissen bij kinderen en jongeren dient verder onderzocht te worden.

Klinisch relevant is dat het artikel helpt stil te staan bij deze systemische factor van ervaren steun. Want hoeveel steun ervaren gezinsleden van elkaar? Wat zijn de onderlinge verwachtingen op dit gebied? Is het een aangrijpingspunt om te werken richting herstel, en zo ja, hoe? Voor de cognitief gedragstherapeut(isch werker) is het dan waardevol om (ouderlijke) steun te benaderen met een leertheoretische blik. Welke bekrachtigingsmechanismen zijn hier werkzaam? Een kind kan bijvoorbeeld weinig steun ervaren en daarom de ouders niet vragen om hulp bij het CGT-huiswerk. Zo hoeft het kind niet geconfronteerd te worden met weinig steun voelen, maar ontvangt het ook niet de benodigde hulp.

Tot slot is de wetenschappelijke discussie rondom ouderlijke betrokkenheid bij CGT-behandeling van kinderen met angststoornissen nog niet beslecht. Voor klinici blijft dan de vraag: Hoe kunnen we ouders betrekken bij de CGT van hun kind? Zetten we hen in als cotherapeut, zien we ouders als onderdeel van het systeem?

SAMEN STERK: EEN GROEPSPROGRAMMA VOOR OUDERS VAN JONGEREN MET EEN DEPRESSIE

.....

Tot slot wordt in het artikel van Elzinga en collega's ook een voorbeeld beschreven van een op het systeem gerichte interventie, namelijk een groepsinterventie voor ouders van depressieve jongeren. Hoewel de relatie tussen jongere en ouders verandert tijdens de adolescentie, blijft de gezinscontext belangrijk bij stemmingsproblemen (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2019). De adolescentie is een gevoelige periode voor mentale gezondheid, waarin relatief veel jongeren stemmingsproblemen hebben en een deel van hen een depressie ontwikkelt. Een internationale review laat zien dat sinds de coronapandemie de geestelijke gezondheid van jongeren verslechterd is, met een toename van depressie en angst (Kauhanen et al., 2022). Dit in combinatie met de lange wachtlijsten voor jeugdzorg in ons land maakt deze problematiek nog actueler en nijpender.

De depressie beïnvloedt ook het gezin van de jongere, inclusief het ouderschap van de ouders. Die voelen zich vaak machteloos, terwijl ze een grote drang hebben tot helpen. De interventie Samen Sterk is ontwikkeld voor ouders van jongeren (12-16 jaar) met een depressie. De interventie gaat in

op hoe ouders hun kind het beste kunnen ondersteunen bij de depressie. Dit kan door het kind te activeren, hetgeen de stemming kan beïnvloeden, maar ook door te investeren in hun gezinsklimaat, betrokkenheid en het versterken van de autonomie van de jongere. Bij al deze onderdelen van Samen Sterk speelt de verstoorde ouder-kindrelatie een rol. Door de depressie van hun kind is het voor veel ouders lastig om contact te maken en los te laten, ondanks suïcidaliteit, middelenmisbruik of automutilatie. Er blijkt een brede behoefte te zijn aan een dergelijke op ouders gerichte interventie. Zo beschrijven ook Reigstad en collega's (2022) de ontwikkeling van een interventie voor ouders van jeugdigen met depressie die zich richt op de ouder-kindrelatie. Hier dient eveneens nog grootschalig gecontroleerd onderzoek plaats te vinden naar effectiviteit en werkingsmechanismen.

Wat betreft de inhoud van de interventie Samen Sterk beschrijven de auteurs verschillende ouderfactoren die veranderbaar zijn en waarvan is aangetoond dat ze samenhangen met (het beloop van) de depressieve klachten van jongeren. Elzinga en collega's beschrijven: (1) ouderlijke warmte en betrokkenheid, (2) ouderlijke kritiek, (3) ondersteuning van de autonomieontwikkeling, en (4) psychisch welzijn van de ouders zelf. De eerste drie factoren zijn alle terug te leiden op de ouder-kindrelatie. Een interventie die zich hier eveneens op richt met een systemische bril is ABFT (Bosmans et al., 2020) voor jongeren met een depressie of suïcidaliteit (zie eerder). Er ontstaat de laatste jaren geleidelijk meer aandacht voor het behandelen van de jeugdige *via de ouders*. De methode Samen Sterk is hiervan een voorbeeld. Een andere op ouders gerichte methode is SPACE (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions), die zich bij ouders van jeugdigen met angst en dwang richt op vermindering van de gezinsaanpassing (Lebowitz et al., 2014). Tevens is relevant dat professor Susan Bögels het programma mindful ouderschap heeft ontwikkeld en onderzocht (Bögels & Potharst, 2020), met positieve uitkomsten op het welzijn van ouders en de sfeer binnen het gezin. Hier gaat het om het toepassen van mindfulnesstechnieken voor het versterken van ouders als opvoeders.

De interventie Samen Sterk heeft tevens gebruikgemaakt van de principes van de Triple-P-methode (Positive Parenting Program; Sanders et al., 2014; Speentjes et al., 2007). Er is ruimte voor psycho-educatie over depressie en positief ouderschap. Zo wordt getracht de onderlinge verhoudingen in het gezin, en de band tussen ouders en kind op het gebied van warmte, ondersteuning en autonomie, te verbeteren. Hier valt heel goed de parallel te trekken met de andere artikelen in dit themanummer. Het artikel van Elzinga en collega's richt zich op de rol van ouders bij de behandeling van de jongere. De band tussen ouder en kind is hier een onderdeel van en komt uiteraard voort uit de (hechtings)relatie die beiden hebben opgebouwd, iets wat in alle artikelen een centrale rol speelt.

Het vignet dat de auteurs presenteren ter illustratie van Samen Sterk geeft aanknopingspunten voor gedragstherapeuten. Hoewel niet als zoda-

nig gespecificeerd in het artikel, zijn er verschillende functieanalyses op te maken uit de casusbeschrijving. Mogelijk kunnen concrete functieanalyses houvast bieden bij het uitvoeren van de beschreven technieken uit Samen Sterk, zoals het herstellen van de band – en wel door ouders te leren weer echt naar hun kind te luisteren –, het bekrachtigen van gewenst gedrag of de gezinsbesprekingen die het gezin geïntroduceerd heeft tijdens de behandeling.

Hoewel er geen daadwerkelijk onderzoek is verricht naar de sociale validiteit, beoordeelden de deelnemende ouders Samen Sterk positief. Specifiek genoemd werden de ervaren steun, de veilige sfeer, het delen van ervaringen, ruimte voor humor, reflectie op eigen gedrag en de herhaalde aandacht voor het eigen welzijn. Vanuit groepstherapeutisch oogpunt zijn dit zeer relevante factoren (Haas, 2020).

Tot slot geven de auteurs verschillende, wat ons betreft terechte overwegingen mee aan de lezer. Ten eerste lijken de klinische ervaringen met Samen Sterk positief, maar dient er verder empirisch onderzoek gedaan te worden naar de effectiviteit en werkzame mechanismen ervan, en de rol van verschillende ouderfactoren. Ook dient nog duidelijk te worden welke voor- en nadelen de face-to-face- en de online variant van de interventie hebben. Ook de toepasbaarheid van Samen Sterk voor verschillende doelgroepen dient nader onderzocht te worden. De auteurs noemen in deze context zowel ouders van jongeren die parallel individuele therapie volgen als ouders van jongeren die nog slechts enkele depressieve klachten hebben. Tot slot is de vraag hoe omgegaan dient te worden met meer ingewikkelde gezinssituaties, zoals ouders met relatieproblemen, gescheiden ouders of pleeggezinnen.

Innovatief en relevant voor de klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek is dat er meer aandacht komt voor interventies die zich richten op ouders. Een eerste voordeel hiervan kan zijn dat motivatie bij de jeugdige voor behandeling niet nodig is. Bij jongeren met depressie kan beperkte motivatie natuurlijk samenhangen met de problematiek, iets wat het gevoel van machteloosheid bij ouders en behandelaren kan vergroten. Verder kunnen via op ouders gerichte interventies aanvullende mechanismen bewerkt worden (zoals de ouder-kindrelatie of het psychisch welzijn van de ouders). Meestal zijn dit zaken die geen of veel minder aandacht krijgen in kindgerichte individuele psychotherapie. Op deze manier zou het aantal jeugdigen dat profiteert van depressiebehandeling vergroot kunnen worden, aangezien dit voor tot wel 60% van hen niet het geval is (Cuijpers et al., 2021).

Een nuttige les uit het artikel van Elzinga en collega's is de focus op de relatie tussen ouder en kind, en minder op de klacht. Zo kan gewerkt worden aan herstel in het gezin en daarmee hopelijk indirect aan herstel voor de jongere. Leertheoretische principes kunnen goed toepasbaar zijn op transdiagnostische factoren (zie Boek 1 van *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*; Braet & Bögels, 2020). Het werken

via ouders biedt de mogelijkheid om de jongere niet of minder te belasten en om hem of haar te bereiken (bijvoorbeeld als de jongere te angstig of te depressief is om naar de behandeling te komen). Via de ouders kan dan gekeken worden naar de ouder-kindrelatie, maar ook naar de ouders zelf, hun welzijn en de samenhang hiervan met de klachten van de jongere. De ouder-kindrelatie kan geformuleerd worden in leertheoretische termen (voor voorbeelden, zie Bosmans, eerder in dit artikel). Vanzelfsprekend is het ook belangrijk om de adolescent zelf mee te nemen in de behandeling.

Ter afsluiting: sinds relatief kort geleden is er meer aandacht gekomen voor het ontwikkelen van op ouders gerichte interventies en deze op effectiviteit te toetsen (evidence-based te maken) middels wetenschappelijk onderzoek. De in deze nabeschuwing besproken benaderingen ABFT, mindful ouderschap en de interventie Samen Sterk zijn hier voorbeelden van.

Voor de klinische praktijk hopen we dat gedragstherapeuten meenemen dat de relatie tussen ouder en kind goed te vatten is binnen een betekenis- of functieanalyse, zodat deze relatie als richtpunt kan dienen bij interventies. Dit kan gezien worden als een transdiagnostische benadering, omdat de ouder-kindrelatie bij allerlei soorten psychopathologie onder druk komt te staan. Alle professionals in de hulpverlening voor jeugdigen hebben zich nu eenmaal te verhouden tot de (gezins)context waarin de jeugdige functioneert. Ouderschap speelt altijd een rol, of ouders nu betrokken en aanwezig zijn of juist uit beeld of fysiek of mentaal afwezig zijn, of ouders de jeugdige zoveel mogelijk beschermen of juist een bedreiging voor de jeugdige vormen. De bijdragen in dit themanummer helpen ons dit niet uit het oog te verliezen.

Lisbeth Utens (klinisch psycholoog/cognitief gedragstherapeut en hoogleraar) en

Luuk Stapersma (gz-psycholoog en postdoc onderzoeker) zijn verbonden aan Levvel, academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, Expertisecentrum DAT (Dwang, Angst, Tics, misofonie en selectief mutisme), Amsterdam, en Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam Public Health. Lisbeth Utens is daarnaast werkzaam bij de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Research Institute of Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. Lisbeth Utens, p/a Levvel, Meijbergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam. E-mail: l.utens@levvel.nl.

Literatuur

- Beijers, R., Miragall, M., van den Berg, Y., Konttinen, H., & van Strien, T. (2021). Parent-infant attachment insecurity and emotional eating in adolescence: mediation through emotion suppression and alexithymia. *Nutrients*, 13, 1662.
- Berner, L. A., Brown, T. A., Lavender, J. M., Lopez, E., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2019). Neuroendocrinology of reward in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Beyond leptin and

- ghrelin. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 497, 110320.
- Bögels, S., & Potharst, E. (2020). Mindful ouderschap. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 1* (pp. 445-481). Boom.
- Bosmans, G., Santens, T., Vandevivere, E., & Ewing, S. (2020). Attachment-based family therapy: Een evidence-based systeemtherapeutisch behandelprogramma voor depressieve adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 3* (pp. 339-372). Boom.
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N., & Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*, 80, 35-40.
- Braet, C., & Bögels, S. (2020). *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 1*. Boom.
- Braet, C., Mels, S., & Moens, E. (2020). Kinderen met overgewicht: Multidisciplinaire behandeling. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 2* (pp. 201-234). Boom.
- Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: Evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 909-921.
- 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.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., Stikkelbroek, Y., Weisz, J. R., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6>
- de Bruin, R., Koudstaal, A., & Muller, N. (2013). DGT-J: specifieke aanpassingen. In *Dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderlinestooris: Met het werkboek Surfen op emoties* (pp. 87-97). Bohn Stafleu van Loghum.
- de Nederlandse ggz. (2020, 23 december). *Forse stijging crisismeldingen jongeren met suïcidaliteit en eetstoornissen*. www.denederlandseggz.nl/nieuws/2020/forse-stijging-aantal-crisismeldingen-jongeren-met-suïcidaliteit-en-eetstoornissen-bij-jeugd-ggz
- Gibby, B. A., Casline, E. P., & Ginsburg, G. S. (2017). Long-term outcomes of youth treated for an anxiety disorder: a critical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20, 201-225.
- Haas, W. (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg: Een praktische handleiding op basis van de groepsdynamica* (2de herziene editie). Boom.
- Kagan, E. R., Frank, H. E., & Kendall, P. C. (2017). Accommodation in youth with OCD and anxiety. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24, 78-98.
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. S. L., & Sourander, A. (2022). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2019). *Achtergronddocument*

- Transitietool depressieve-stemmingsstoornissen*. www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2019/12/Achtergronddocument-Checklist-transitie-in-zorg-voor-jongeren-met-een-depressie.pdf
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE Program. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*, 456-469.
- Majdandžić, M., de Vente, W., Feinberg, M. E., Aktar, E., & Bögels, S. M. (2012). Bidirectional associations between coparenting relations and family member anxiety: A review and conceptual model. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*, 28-42.
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., Wilansky, P., Baer, S., Barrett, P., Boddén, D., Cobham, V. E., Dadds, M. R., Flannery-Schroeder, E., Ginsburg, G., Heyne, D., Hudson, J. L., Kendall, P. C., Liber, J., ... Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 1163-1172.
- Möller, E. L., Nikolić, M., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 45*, 17-33.
- Nederlandse Vereniging voor Kindergerneeskunde. (2020). *Behandeling van kinderen met obesitas*. www.nvk.nl/themas/kwaliteit/richtlijnen/richtlijn?componentid=87556096&tagtitles=
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*, 69-80.
- Reigstad, K. M., Gunlicks-Stoessel, M. L., Westervelt, A., & Gearity, A. R. (2022). Healthy emotions and relationships with teens – a guide for parents: An intervention development study of a parent-based intervention for adolescents with depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 27*, 586-597.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review, 34*, 337-357.
- Shriver, L. H., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., Shanahan, L., & Wideman, L. (2020). Emotional eating in adolescence: effects of emotion regulation, weight status and negative body image. *Nutrients, 13*, 79.
- Speentjes, P., de Graaf, I., & Blokland, G. (2007). Het fundament van Triple P. *JeugdenCo, 2*. www.triplep-nederland.nl/files/3013/3457/8110/Fundament_TripleP.pdf
- Verbeken, S., Boelens, E., Debeuf, T., Volkaert, B., Wante, L., & Braet, C. (2020). EmotieREGulatie Kind en Adolescent: Een nieuwe training in emotieregulatie voor kinderen en adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 1* (pp. 283-347). Boom.
- Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën. (2020). *VGCT Beleidsplan 2021-2023*. www.vgct.nl/wp-content/uploads/2022/02/Beleidsplan-2021-2023.pdf
- Volkaert, B., Wante, L., Weymeis, H., & Braet, C. (2019). Emotieregulatie trainen binnen een schoolse context. In C. Braet & M. Berking (red.), *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten* (pp. 101-115). Bohn Staf-leu van Loghum.
- World Health Organization. (2018). *Taking action on childhood obesity*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274792>