

Angststoornissen bij kinderen

Ouderbegeleiding met CGT

Cathy Creswell
Monika Parkinson
Kerstin Thirlwall
Lucy Willetts

Oorspronkelijke uitgave:

Cathy Creswell, Monika Parkinson, Kerstin Thirlwall, Lucy Willetts (2017). *Parent-Led CBT for Child Anxiety. Helping Parents Help Their Kids*. New York: The Guilford Press.

Angststoornissen bij kinderen

Ouderbegeleiding met CGT

Cathy Creswell, Monika Parkinson, Kerstin Thirlwall, Lucy Willetts

Vertaald door Ineke (J.F.H.) Kuiper, therapeut en mediator

ISBN 978 90 8850 771 7

NUR 770

© 2018 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, *Stbl.* 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, *Stbl.* 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost).

Inhoud

HOOFDSTUK 1	
Inleiding	7
HOOFDSTUK 2	
Het verrichten van een uitgebreid assessment en het vaststellen van de behandeldoelen	22
HOOFDSTUK 3	
Psycho-educatie en individualisering van het behandelmodel	54
HOOFDSTUK 4	
Bevorderen van de zelfstandigheid in het dagelijks leven	84
HOOFDSTUK 5	
Ouders helpen bij het bevorderen van flexibel denken en een ‘probeer het eens’-houding	103
HOOFDSTUK 6	
Ouders ondersteuning bieden bij het helpen van hun kind bij het onder ogen zien van angsten	124
HOOFDSTUK 7	
Ouders helpen bij het bevorderen van het zelfstandig oplossen van problemen	148
HOOFDSTUK 8	
Dingen in beweging houden	170
HOOFDSTUK 9	
Slaapproblemen aanpakken	178

HOOFDSTUK 10

Weigeren naar school te gaan aanpakken 197

HOOFDSTUK 11

**Het binnen een problematische context behandelen
van angstgerelateerde problematiek bij kinderen** 216

Literatuur 231

Over de auteurs 250

Register 252

Kopers van dit boek kunnen via angststoornissen.swpbook.com de hand-outs downloaden en uitprinten voor persoonlijk gebruik of voor gebruik bij individuele cliënten.

Inleiding

Samen hebben we met honderden ouders van kinderen met een angststoornis gewerkt, we hebben in allerlei verbanden aan honderden klinici supervisie en training gegeven en we hebben onderzoek op dit gebied verricht. Bij het schrijven van dit boek is het onze intentie om onze gezamenlijke kennis en ervaring bij elkaar te brengen met als doel het begeleiden van therapeuten bij het werken met ouders van een kind met een angststoornis. Elk van de in het boek vermelde casusbesprekingen is gebaseerd op een combinatie van vele casussen. Het doel van dit eerste hoofdstuk is het introduceren van de achtergrond en de filosofie voor onze benadering in haar geheel. We begrijpen dat het verleidelijk kan zijn om meteen door te bladeren naar de praktijkdelen, maar we moedigen u aan om bij ons te blijven zodat u goed begrijpt waarom we doen wat we doen, en waarom we uiteindelijk adviseren dat u hetzelfde doet!

Behandeling van angststoornissen bij kinderen: in welk opzicht is deze benadering anders?

Het is nu algemeen bekend dat angststoornissen behoren tot de meest voorkomende problemen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en dat deze zich gewoonlijk in de kinderjaren of tijdens de adolescentie voor het eerst voordoen (Kessler et al., 2005). De wereldwijde prevalentiepercentages duiden er inderdaad op dat ongeveer 6,5% van de kinderen waarschijnlijk op enig moment voldoet aan de diagnostische criteria voor een angststoornis (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015), waardoor deze kinderen een verhoogd risico lopen op aanhoudende angstgerelateerde problemen en op andere problemen met hun gezondheid en hun sociale leven, waarbij het risico op een depressie het meest opvalt (Essau & Gabbidon, 2013).

Bij kinderen met een angststoornis zijn zowel psychologische als farmacologische behandelingen geëvalueerd. Omdat het risico op bijwerkingen echter kleiner is,

wordt bij preadolescente kinderen als eerstelijnsbehandeling een psychologische behandeling geadviseerd (Rynn et al., 2015). De psychologische behandelingen die tot op heden zijn geëvalueerd, volgen bijna allemaal een benadering waarbij met cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt gewerkt, wat gewoonlijk inhoudt dat een therapeut met een kind werkt, waarbij tijdens de therapie de angstige gedachten en het vermijdingsgedrag aan de orde worden gesteld en waarbij het kind wordt geholpen met het ontwikkelen van copingvaardigheden. De meeste van de beschikbare behandelingen die op de CGT zijn gebaseerd, volgen of zijn gebaseerd op het zeer invloedrijke programma 'Coping Cat' ('De Dappere Kat') dat werd ontwikkeld door Philip Kendall en zijn collega's van de universiteit van Temple, Philadelphia, Verenigde Staten, en dat in 1994 voor het eerst werd geëvalueerd (Kendall, 1994). Inmiddels zijn deze behandelingen in een groot aantal onderzoeken geëvalueerd, en hieruit blijkt dat gemiddeld 60% van de kinderen aan het eind van de behandeling van de angststoornis af is (James, James, Cowdrey, Soler & Choke, 2013). Over het geheel genomen is niet aangetoond dat het betrekken van de ouders bij of naast de CGT-sessies van de kinderen het resultaat van de behandeling van de kinderen verbetert (zie bijvoorbeeld Reynolds, Wilson, Austin & Hooper, 2012). Er is echter een grote variatie tussen de verschillende onderzoeken in de mate waarin en de manier waarop de ouders bij de behandeling werden betrokken. Een meer genuanceerde analyse, waarbij rekening werd gehouden met de mate waarin de ouders bij de behandeling werden betrokken en met de manier waarop dat plaatsvond, leverde het beeld op dat het actief betrekken van de ouders bij de behandeling, waarbij de nadruk specifiek ligt op het helpen van de ouders bij het bekrachtigen van het moedige gedrag van hun kind (zie hoofdstuk 6), waarna de controle over het programma geleidelijk van de therapeut op de ouder wordt overgedragen, gepaard ging met een significant beter resultaat bij de kinderen bij beoordeling hiervan een jaar na de behandeling (82% kreeg niet langer de diagnose 'angstgerelateerde problematiek' ten opzichte van 53-65% na een behandeling waarbij de betrokkenheid van de ouders slechts beperkt was of waarbij geen actieve nadruk lag op het omgaan met onverwachte gebeurtenissen en op het overdragen van de controle van de therapeut op de ouder (Manassis et al., 2014).

Er zijn CGT-behandelingen waar veel kinderen met een angststoornis baat bij hebben, en er zijn aanwijzingen dat wanneer de ouders op een bepaalde manier bij de behandeling worden betrokken dit tot een verbetering kan leiden in het resultaat dat de kinderen op de middellange en lange termijn behalen. Deze CGT-behandelingen zijn echter vaak intensief van aard, waarbij ongeveer 14-16 uur persoonlijk contact tussen het kind en de therapeut (en tussen de ouder en de therapeut) plaatsvindt,

wat voor veel gezondheidszorgsystemen een probleem kan zijn. In het Verenigd Koninkrijk is inderdaad aangetoond dat slechts 25% van de kinderen met een angstgerelateerd probleem dat invloed heeft op de mentale gezondheid van het kind een hulpverlener in de ggz bezoekt (Layard, 2008), en dat van die 25% veel kinderen geen toegang hebben tot een hulpverlener die op de juiste manier is getraind in de CGT of CGT met vertrouwen kan bieden (Stallard, Udwin, Goddard & Hibbert, 2007). Het is daarom van essentieel belang dat we manieren vinden om de behandeling op efficiënte wijze aan te bieden, terwijl we er ondertussen voor zorgen dat de kinderen bij de gegeven behandelingen continu een goed resultaat bereiken. Een manier waarop dit kan, is dat wordt benadrukt hoe belangrijk het is dat ouders worden geholpen bij het zich beter in staat voelen om te gaan met de problemen die hun kind ervaart en om primair te werken met ouders of verzorgers (vanaf nu 'ouders' genoemd) zodat zij hun kind kunnen helpen bij het overwinnen van hun angstgerelateerde problemen. Volgens ons heeft deze benadering enorm veel voordelen (zie hierna).

- Het vermindert de belasting voor het kind om bij de therapieafspraken aanwezig te zijn, het mist minder uren school, het mist minder van de bij zijn of haar leeftijd passende activiteiten en het ervaart niet het stigma dat kan worden veroorzaakt door de bezoeken aan een ggz-hulpverlener.
- Het vermindert de totale therapietijd omdat...
 - er niet dezelfde behoefte is aan activiteiten en spelletjes die nodig zijn om de betrokkenheid en de motivatie van het kind te vergroten (door direct met de ouders te werken, kunnen we vaak veel doelgerichter te werk gaan).
 - ouders strategieën uit de CGT in het dagelijks leven van hun kind kunnen inbouwen.
- Als de ouders zich zorgen maken over de problemen op lange termijn, zijn ze mogelijk beter gemotiveerd om betrokken te blijven bij de behandeling dan het kind zelf, die mogelijk weinig bereidheid voelt om naar de sessies te komen.
- Het is waarschijnlijker dat er een ouder tussen de sessies door aanwezig is op een moment waarop een kind hulp nodig heeft bij het toepassen van de geleerde strategieën en het integreren ervan in het dagelijks leven dan dat er op zo'n moment een therapeut aanwezig is.
- Ouders bevinden zich mogelijk in een betere positie (dan het kind of de therapeut) om situaties te creëren waarin de strategieën kunnen worden geïmplementeerd en om herhaling en generalisatie tussen de sessies te bevorderen.
- Ouders bevinden zich gewoonlijk in een betere positie (dan het kind) om samen te werken met de school of een andere instelling om de implementatie van zinvolle

strategieën aan te moedigen (terwijl ze hierover binnen het gezin controle houden en dit niet door de therapeut wordt overgenomen).

- Behandeling biedt de gelegenheid om eventuele opvoedingspraktijken aan de orde te stellen die mogelijk onbedoeld de angstgerelateerde problemen van het kind in stand houden (zie hoofdstuk 2) en, in plaats daarvan de ouders ondersteunen en sterker maken bij hun pogingen hun kind te helpen bij het overwinnen van zijn of haar problemen.
- Ouders kunnen de principes en strategieën gezinsbreed toepassen, waardoor ze mogelijk ook andere kinderen in het gezin en ook zichzelf kunnen helpen.
- Het is waarschijnlijker dat ouders zich de strategieën herinneren en deze weer toepassen als zich in de maanden/jaren na de behandeling opnieuw problemen voordoen dan dat dat bij het kind het geval zal zijn.
- Een gezin met een kind dat met angstgerelateerde problemen te kampen heeft, kan het leven van de ouders aanzienlijk beïnvloeden, en behandeling biedt ze de mogelijkheid om hierbij ondersteuning te krijgen.

Als we kinderen willen helpen bij het overwinnen van angstgerelateerde problemen, dan zijn de ouders het belangrijkste hulpmiddel dat kan worden ingezet bij het tot stand brengen van verandering. Het is van essentieel belang dat we de ouders waarderen en ze helpen om zich vaardig te voelen en er vertrouwen in te hebben dat ze kunnen omgaan met de problemen van hun kind.

Ouders betrekken bij de behandeling van hun kind met angststoornissen: werkt dat?

Zoals hierboven al werd aangegeven, ging het in de meeste klinische onderzoeken waarin de psychologische behandeling van kinderen met een angststoornis werd geëvalueerd gewoonlijk om therapeutisch werk met kinderen, met of zonder aanvullende inbreng van de ouders. In de afgelopen jaren zijn er echter bij een aantal trials positieve resultaten voor kinderen gemeld wanneer de interventie uitsluitend op de ouders werd gericht. Deze benadering werd voor het eerst in Australië geëvalueerd, met als specifiek doel het ondersteunen van gezinnen in landelijke gebieden waar men niet gemakkelijk toegang had tot diensten op het gebied van de kinder-ggz (Rapee, Abbott & Lyneham, 2006; Lyneham & Rapee, 2006). In deze onderzoeken kregen de ouders van kinderen van 6-12 jaar een werkboek dat voor hen als leidraad kon dienen bij hoe ze hun kind zouden kunnen helpen. Alleen al dat dit boek aan de

ouders werd verstrekt, had een bescheiden invloed op de angstgerelateerde problemen van de kinderen: 26% van de kinderen had geen angststoornis meer, terwijl dit 7% was bij de kinderen die geen behandeling ontvingen. De op het boek gebaseerde interventie was echter niet even effectief als bij een standaardgroep waarin cognitieve gedragstherapie werd aangeboden en waarbij kinderen en ouders betrokken waren (61% diagnosevrij). In een daaropvolgend klinisch onderzoek ging ondersteuning van de ouders door een therapeut (geboden via de telefoon) gepaard met extreem positieve resultaten, waarbij 79% van de kinderen hun angststoornis overwon. In trials die op latere datum in het Verenigd Koninkrijk werden uitgevoerd, is aangetoond dat het mogelijk is goede resultaten te bereiken wanneer alleen de ouder wordt behandeld: in een groep (57% diagnosevrij; Cartwright-Hatton et al., 2011) of in een kort traject waarbij de therapeut slechts ongeveer 5 uur wordt ingezet (50% diagnosevrij; Thirlwall et al., 2013). Met name interessant waren twee trials waarin een rechtstreekse vergelijking werd gemaakt tussen de behandeling van alleen de ouder met de behandeling van ouder en kind samen, en voor wat betreft het resultaat voor het kind werden geen significante verschillen gevonden tussen de twee behandelbenaderingen, ondanks het feit dat de behandeling van ouder en kind samen minimaal tweemaal het aantal uren inzet van de therapeut vroeg om parallel aan elkaar zowel sessies met de ouder als sessies met het kind te kunnen bieden (Waters, Ford, Wharton & Cobham, 2009; Cobham, 2012; Creswell, Hentges et al., 2010). Met name in het onderzoek van Cobham viel het op dat 95% van de kinderen (7-14 jaar) vrij van angststoornissen was nadat de ouders een korte interventie hadden ontvangen die bestond uit een oudergroep van 2 uur gevolgd door 6 telefoongesprekken die eenmaal per 2 weken plaatsvonden, waarin met de ouders het werkboek werd doorgenomen, ten opzichte van 78,3% van de kinderen die 12 sessies gezinsgerichte CGT ontvingen en 0% in de controlegroep die op de wachtlijst stond. Hoewel dit onderzoeksgebied nog in opmars is, is het al wel duidelijk dat wanneer ouders bij de behandeling worden betrokken dit een efficiënte manier kan zijn om tot een uitstekend resultaat voor kinderen met een angststoornis te komen.

Het begeleiden van ouders bij het in het dagelijks leven van hun kind in de praktijk brengen van de principes van CGT is een korte en effectieve behandelbenadering voor kinderen met een angststoornis.

Voor wie is dit boek bedoeld?

We hebben dit boek geschreven voor klinici die met kinderen met een angststoornis werken om zowel een overzicht als een kader te bieden om ook met de ouders van deze kinderen te kunnen werken. Hoewel we ervan zijn uitgegaan dat de therapeut beschikt over een algemene achtergrond in de behandeling van kinderen binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn we niet uitgegaan van eerdere kennis van cognitieve gedragstherapie, omdat we hebben ontdekt dat de behandelbenadering die we in dit boek beschrijven en waarbij ouders worden betrokken (na een korte training en met doorlopende supervisie) ook met succes geïmplementeerd kan worden door degenen die nog niets wisten over CTG (Thirlwall et al., 2013). Bovendien hebben we binnen het Verenigd Koninkrijk de haalbaarheid van deze benadering binnen de eerstelijns-ggz onderzocht door toepassing met hulp van mensen uit dit vakgebied met een uiteenlopende achtergrond (o.a. psychologie, maatschappelijk werk, verpleging en thuiszorg) en daarbij is ontdekt dat (opnieuw, na een korte training en met doorlopende supervisie) de hulpverleners in de ggz de behandeling goed uitvoerden en goede resultaten behaalden (Creswell, Hentges et al., 2010). Of dit werkgebied nu nieuw voor u is of dat u een ervaren therapeut bent, we adviseren wel met klem dat u ervoor zorgt dat u regelmatig een klinisch supervisiegesprek inplant, omdat dit van essentieel belang is ter ondersteuning van het werk dat u binnen een gezin doet.

Bij wie kan deze benadering worden gebruikt?

Leeftijd van het kind

Het betrekken van ouders bij de behandeling van een angststoornis bij hun kind is geëvalueerd bij kinderen die in leeftijd varieerden van 2 jaar en 7 maanden (Cartwright-Hatton et al., 2011) tot 14 jaar (Cobham, 2012), maar de meeste deelnemers aan de onderzoeken waren 6 of 7-12 jaar. Hoewel we anekdotische meldingen hebben ontvangen over het succesvolle gebruik van de benadering bij zowel jongere als oudere kinderen (waarbij de benadering enigszins werd aangepast), beschikken we nog niet over voldoende bewijs op grond waarvan we de benadering kunnen aanbevelen, maar we verwelkomen feedback op basis van uw eigen ervaringen. Zo hebben we ook anekdotische meldingen ontvangen van het succesvolle gebruik van de benadering bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand en bij kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) (waarbij kan worden beargumenteerd dat

wanneer met ouders wordt gewerkt er meer herhaling plaatsvindt, wat bijzonder nuttig kan zijn bij het bevorderen van generalisatie; Puleo & Kendall, 2011). Tot op heden hebben we echter nog geen betrouwbaar bewijs waarop we aanbevelingen zouden kunnen baseren. Ten slotte hebben de onderzoeken naar deze benadering tot op heden betrekking op een vrij homogene groep voor wat betreft de sociale, economische, culturele en etnische achtergrond, en de mate waarin de benadering bijvoorbeeld geschikt, acceptabel en effectief is binnen verschillende culturen blijft voorlopig nog onduidelijk. We verwelkomen dan ook alle feedback aan de hand van uw ervaringen bij het toepassen van deze benadering in een meer diverse omgeving.

Deelnemende volwassenen

Onze voorkeur gaat uit naar het uitnodigen van de eerstverantwoordelijke verzorger(s) van het kind bij de behandeling, en; dit houdt dus in dat wanneer het kind meer dan één belangrijke verzorger heeft, beiden/allen worden gestimuleerd om bij de behandeling aanwezig te zijn. Mogelijk is het niet altijd praktisch om meer dan één ouder bij elke sessie aanwezig te laten zijn. Ook sessies die via de telefoon plaatsvinden, kunnen lastiger zijn wanneer hierbij meer dan een van de ouders betrokken is en daarom vragen we de ouders om een van hen aan te stellen als de belangrijkste contactpersoon die zich verplicht tot het aanwezig zijn bij elke sessie, en die feedback aan de andere ouder geeft als die andere ouder niet in staat is om een bepaalde sessie bij te wonen. Als de ouders dit willen, zouden ze geluidsopnamen van de sessies kunnen maken die vervolgens kunnen worden gedeeld met de ouder die niet bij de sessie aanwezig kan zijn. Natuurlijk komt het soms ook voor dat een kind vanwege een omgangsregeling niet op hetzelfde tijdstip bij beide ouders aanwezig is, en dat de ouders er niet toe in staat zijn om samen naar de sessies te komen voor de behandeling van hun kind. De essentiële factoren bij het bepalen wie er aan de behandeling deelneemt, zijn volgens ons dat de deelnemende ouder (1) in staat is om zich te verplichten tot het aanwezig zijn bij de sessies en (2) zich in een positie bevindt waarin die ouder consistent relevante veranderingen in het leven van het kind kan aanbrengen. Wanneer een kind bijvoorbeeld tijdens de schooldagen bij de ene ouder woont en in het weekend bij de andere ouder en wanneer alle problemen die zich voordoen verband houden met het naar school gaan, dan is het van essentieel belang dat die ouder bij de behandeling betrokken is die met die problemen tijdens de schooldagen om moet gaan. De deelnemende ouder moet ook voldoende motivatie voelen voor het aanbrengen van veranderingen in het leven van zijn of haar kind. Zo is het van tijd tot tijd voorgekomen dat

we met gezinnen hebben gewerkt waarin de ene ouder zich bijzonder veel zorgen maakt over de angstgerelateerde problemen van het kind, terwijl de andere ouder deze zorgen niet leek te delen. Zoals we in hoofdstuk 2 zullen bespreken, ligt het voor de hand dat het belangrijk is om vast te stellen hoe elk van de ouders onafhankelijk van elkaar aankijkt tegen de problemen van het kind, omdat het mogelijk is dat de ene ouder een bepaalde opvatting heeft over het beeld dat de andere ouder van het probleem heeft — bijvoorbeeld dat hij of zij niet geïnteresseerd of niet ondersteunend is — maar het is best mogelijk dat dit het perspectief van de andere ouder niet op de juiste manier weergeeft. Als het aan de andere kant duidelijk wordt dat een ouder niet van mening is dat zijn of haar kind een angstgerelateerd probleem heeft, dan is het onwaarschijnlijk dat die ouder gemotiveerd is voor het bijwonen van therapie sessies die erop zijn gericht om het kind te helpen deze problemen te overwinnen. Overal in dit boek bespreken we algemene overwegingen die een rol spelen bij het betrekken van ouders bij de behandeling en bij het maximaliseren van hun motivatie.

Wat houdt de behandeling in?

Fundamentele uitgangspunten

Het algemene doel van de behandeling is met ouders samen te werken om hen te helpen het vertrouwen en de vaardigheden te ontwikkelen die ze nodig hebben om hun kind te kunnen helpen bij het overwinnen van zijn of haar angstgerelateerde problemen. Bij het opstellen van een geïndividualiseerd behandelplan heeft de therapeut de taak om samen te werken met de ouders om de kennis die de therapeut heeft over het in stand houden en behandelen van angststoornissen bij kinderen samen te brengen met de ouderlijke kennis van het kind en hoe dat kind op uitdagingen reageert. Het is ook de taak van de therapeut om de ouders aan te moedigen door te gaan met het programma en ze te helpen (1) bij het oefenen van belangrijke vaardigheden, (2) bij het herkennen van de eigen vaardigheden en het herkennen van positieve vorderingen, en (3) bij het oplossen van de problemen bij elke uitdaging die zich mogelijk voordoet.

Wil deze interventie succesvol zijn, dan is het van essentieel belang dat de ouders zich bij het behandelproces betrokken voelen en zich in staat voelen om veranderingen in het leven van hun kind aan te brengen.

Inhoud van de sessies

De feitelijke inhoud van de behandeling is niet anders dan bij andere programma's waarin met CGT voor kinderen met een angststoornis wordt gewerkt, en bevat de volgende elementen.

- Het vaststellen van duidelijke, bereikbare behandeldoelen (hoofdstuk 2).
- Het bieden van psycho-educatie en het individualiseren van het behandelmodel (hoofdstuk 3).
- Het bevorderen van de zelfstandigheid in het dagelijks leven (hoofdstuk 4).
- Ouders helpen bij het bevorderen van flexibel denken en bij het ontwikkelen van een 'probeer het eens'-houding (hoofdstuk 5).
- Ouders ondersteuning bieden bij het helpen van hun kind bij het onder ogen zien van angsten (hoofdstuk 6).
- Ouders helpen bij het bevorderen van het zelfstandig oplossen van problemen (hoofdstuk 7).
- Vooruitgang blijven boeken (hoofdstuk 8).

De belangrijkste verschillen ten opzichte van andere behandelingen waarvoor wat de inhoud betreft de nadruk is gelegd op het kind en/of op de ouder(s), zijn te vinden in de nadruk die wij leggen op samenwerking met de ouders. Zo is het voor het bevorderen van ouderlijke betrokkenheid en het bekrachtigen van de ouders van essentieel belang dat ouders beschikken over goede achtergrondinformatie over het behandelprogramma waardoor ze goed zijn uitgerust om bij hun kind vast te stellen wanneer het om een angstgerelateerd probleem gaat, dat ze hoopvol zijn over het resultaat voor hun kind, dat ze de rationale voor elk element van het behandelprogramma begrijpen, en dat ze deze direct in verband kunnen brengen met de specifieke problemen van hun kind.

Omdat veel ouders bij aanvang van de behandeling denken dat zijzelf op enigerlei wijze de oorzaak zijn van de problemen van hun kind (of denken dat de therapeut mogelijk denkt dat dat zo is), is het van essentieel belang dat de therapeut expliciet is over het onderliggende behandelmodel en hoe de reacties van de ouders daarin passen. Zoals we in hoofdstuk 3 verder bespreken, is de behandeling daar waar dit van toepassing is er wel op gericht de reacties van de ouder bij te sturen wanneer deze er onbedoeld toe zouden kunnen leiden dat de angstgerelateerde problemen blijven bestaan, maar hiermee willen we niet suggereren dat de angstgerelateerde problemen de schuld van de ouders zijn. In plaats hiervan onderkennen we (1) dat de reacties van de ouders grotendeels een reactie zijn op de angstgerelateerde problemen van hun kind en (2) dat zeer angstige kinderen mogelijk gevoeliger zijn

voor beïnvloeding door bepaalde ouderlijke reacties dan hun minder angstige leeftijdsgenoten of broers en zussen (ook wel ‘brussen’ genoemd). Het is ook mogelijk dat ouders bezorgd zijn dat ze niet de ‘juiste persoon’ zijn om de principes en strategieën van CGT toe te passen, bijvoorbeeld omdat ze geen expert zijn of omdat ze het gevoel hebben dat hun kind zich makkelijker ‘open zal stellen’ bij een therapeut. Om deze redenen en om duidelijke informatie te geven over het behandelmodel is het ook van essentieel belang dat het therapieproces van begin tot einde bevordert dat de ouders zich hierin bekrachtigd voelen. Naast deze specifieke aspecten betreffende de inhoud komen de gebruikte strategieën gewoonlijk uit de op het kind gerichte vormen van CGT, en zijn ze dusdanig aangepast dat ouders deze in hun dagelijks leven kunnen toepassen.

Een element van de behandeling dat gewoonlijk bij op het kind CGT wordt gebruikt en dat we *niet* in dit programma hebben opgenomen, is die van ontspanning. In veel behandelprogramma's wordt regelmatig met ontspanningsoefeningen gewerkt, wat is gebaseerd op de aanname dat zeer angstige kinderen een aandoe­ning hebben die wordt gekenmerkt door een chronische overprikkeling of dat het ontwikkelen van ontspanningsvaardigheden deze kinderen op moeilijke momenten zou kunnen helpen om met hun overprikkeling te kunnen omgaan. Om onderstaande redenen nemen we al een aantal jaren geen ontspanningsoefeningen meer op in onze behandelingen.

- Er zijn geen aanwijzingen dat kinderen met een angststoornis lijden aan een ‘chronische ontregeling’ van hun lichamelijke prikkelgevoeligheid (zie bijvoorbeeld Alkozei, Cooper & Creswell, 2014).
- Er zijn wel aanwijzingen dat het belangrijk is om een verhoogd angstniveau volledig te ervaren om de angsten echt onder ogen te kunnen zien en te leren hoe deze kunnen worden overwonnen (zie bijvoorbeeld Craske, Treanor, Conway, Zbozinek & Vervliet, 2014).
- Recentelijk is bewezen dat het introduceren van ontspanning niet gepaard gaat met een significante verbetering voor wat betreft het resultaat van de behandeling (Peris et al., 2015).
- We hebben ontdekt dat zowel ouders als kinderen de ontspanningsoefeningen thuis zelden in de praktijk brengen en het vaak moeilijk vinden om dat te doen.

Door deze factoren en omdat een van de primaire voordelen van deze behandel­benadering is dat de geïnvesteerde tijd beperkt en efficiënt wordt gebruikt, hebben we ervoor gekozen in geen van de door ons geëvalueerde programma's ontspan­

ningsoefeningen op te nemen. Net als anderen (zie bijvoorbeeld Rapee, 2000) hebben we ontdekt dat het weglaten hiervan geen negatieve invloed lijkt te hebben op het resultaat bij de kinderen en in het algemeen melden gezinnen dat ook zonder rechtstreekse focus op ontspanning de lichamelijke symptomen binnen de behandeling afnemen.

Structuur van de sessies

Het is belangrijk dat de sessies voor wat betreft hun structuur voorspelbaar zijn en dat ouders de gelegenheid wordt geboden om bij te dragen aan de agenda van een sessie, zodat ouders zich ten opzichte van de therapeut gelijkwaardige (of zelfs meerderwaardige) partners voelen in de behandeling. Daarom volgen al onze sessies de volgende structuur:

- vaststellen van de agenda;
- bewaken van het resultaat van de routine (hoofdstuk 2) en een korte update;
- beoordelen van de taken die thuis worden uitgevoerd;
- gestructureerde -sessieactiviteit;
- overwegen van andere kwesties die een ouder aan de agenda toevoegt;
- bevestiging van de taken die thuis worden uitgevoerd;
- korte bespreking van de sessie om de hoofdelementen samen te vatten en om er zeker van te zijn dat de ouder en de therapeut hetzelfde voor ogen hebben.

Het werk gebeurt tussen de sessies door

Om efficiënt met ouders te kunnen werken, bieden we ze gewoonlijk zowel voorafgaand als tussen de sessies door schriftelijk leesmateriaal aan (zie bijvoorbeeld Creswell & Willetts, 2007) zodat de contacttijd die de therapeut met de ouder heeft, gericht kan worden ingezet voor het bespreken van het behandelde materiaal, voor het daarbij reflecteren op hoe het materiaal betrekking heeft op hun kind, voor het oefenen van de belangrijkste vaardigheden en voor het oplossen van mogelijke problemen.

Zoals bij cognitieve gedragstherapie gebruikelijk is, is het opnemen van taken die thuis moeten worden uitgevoerd van essentieel belang, omdat we ervan uitgaan dat het gaat om wat er tussen de sessies door, en niet tijdens de sessies, gebeurt dat voor verandering zorgt. Ter ondersteuning van deze benadering bieden we ouders altijd werkbladen aan ter begeleiding van activiteiten en voor het noteren van informatie. Deze werkbladen bieden ook de mogelijkheid om de vooruitgang die de behandeling oplevert bij te houden, en ze dienen als bron voor de ouders om in de toekomst naar te verwijzen om hen te helpen de behaalde winst te behouden

of een terugval te boven te komen. Bij alle thuis uit te voeren taken bewaken we de vooruitgang altijd zorgvuldig, en we lossen problemen samen met de ouder op als het voor hem of haar moeilijk is om tussen de sessies door het materiaal door te nemen. Bij dit proces wordt duidelijk de nadruk gelegd op het belang van het werk dat de ouders zelf tussen de sessies door doen en op het helpen van ouders bij het omzeilen van mogelijke obstakels. Het is duidelijk belangrijk dat eventuele problemen met de ouders, zoals obstakels ten aanzien van de taal of de leesvaardigheid, bij de start van CGT expliciet worden overwogen en dat hier pragmatische oplossingen voor worden bedacht (zoals het bij de behandeling betrekken van naasten van het gezin, het maken van geluidsopnamen van de inhoud van een sessie).

Hoe wordt de behandeling gegeven?

Ouders aanleren hoe ze technieken uit de CTG kunnen inzetten bij hun kind met een angststoornis is zowel in individueel als in groepsverband geëvalueerd. Tot op heden zijn deze twee vormen echter nog niet rechtstreeks met elkaar vergeleken. Volgens ons kleven er aan beide vormen zowel voor- als nadelen. Een groepsbenadering biedt ouders de gelegenheid om hun ervaringen te delen en om hulp te krijgen van andere ouders die mogelijk vergelijkbare problemen ervaren (wat veel ouders van onschatbare waarde achten, zo is onze ervaring), terwijl bij een individuele aanpak een specifiekere focus op de individuele problemen die in een bepaald gezin spelen mogelijk is. Niet alle ouders voelen veel voor een groepsbenadering, en sommigen voelen zich door zo'n aanpak geïntimideerd of angstig. In onderzoeken waarin aan de ouders uitsluitend groepsbehandelingen werden aangeboden, werd duidelijk geconstateerd dat het aantal mensen dat afhaakte relatief hoog was (Waters et al., 2009; Monga, Rosenbloom, Tanha, Owens & Young, 2015), hoewel niet duidelijk is of dit het gevolg was van de groepsbenadering. Zolang hier nog geen duidelijke bewijzen voor zijn, kunnen besluiten over het aanbieden van door ouders uitgevoerde CGT via groepsbegeleiding of via individuele begeleiding uiteindelijk afhangen van de context. Als het aantal kinderen met een angststoornis die zich bij een praktijk aanmelden relatief laag is, dan is het niet redelijk om ouders erg lang te laten wachten totdat er een groep kan worden samengesteld die groot genoeg is. Tegelijkertijd is het mogelijk dat het vormen van een groep met een klein aantal ouders niet voldoende winst oplevert bij het verminderen van de tijdsinvestering van de therapeut. Onder deze omstandigheden kan een individuele benadering de voorkeur verdienen.

Hoewel we deze benadering met door ouders uitgevoerde CGT zowel in individueel als in groepsverband hebben gegeven, richten we onze aandacht in dit boek

primair op de individuele benadering, omdat we die formeel hebben geëvalueerd. Wanneer deze benadering in groepsverband wordt toegepast, dan is de inhoud die aan bod komt gewoonlijk hetzelfde en zijn de belangrijkste verschillen te vinden in de manier waarop wordt afgewogen welke groepsleden erbij worden betrokken en bij de manier waarop leiding wordt gegeven aan de gekozen vorm voor de groep en hoe daar optimaal gebruik van wordt gemaakt.

Daar waar sommige evaluaties van door ouders uitgevoerde CGT volledig waren gebaseerd op praktijkbezoeken, is uit een aantal onderzoeken gebleken dat er goede resultaten worden behaald met een minder intensieve vorm van begeleiding, waartoe gewoonlijk ook telefonische sessies behoorden om ouders te ondersteunen bij het toepassen van de principes die in een werkboek of handleiding werden besproken (zie bijvoorbeeld Lyneham & Rapee, 2006; Thirlwall et al., 2013; Cobham, 2012). Hoewel de begeleiding aan mensen in landelijke gebieden ook volledig op afstand heeft plaatsgevonden (Lyneham & Rapee, 2006), is ook vaak gekozen voor een combinatie van persoonlijke en telefonische sessies (zie bijvoorbeeld Thirlwall et al., 2013; Cobham, 2012). We hebben ontdekt dat deze 'gecombineerde' aanpak de gelegenheid biedt om de ouderlijke motivatie en betrokkenheid te ontwikkelen, en om de belangrijkste vaardigheden persoonlijk te oefenen. Zodoende hebben we in de meeste gevallen in acht wekelijkse sessies aan ouders de strategieën uit de CGT aangeleerd, maar vier van die sessies waren van korte duur en vonden telefonisch plaats waarbij het primaire doel was de vooruitgang te bespreken, eventuele problemen op te lossen bij moeilijkheden die zich hadden voorgedaan, en de ouders op de taken gericht te houden die passen bij dat stadium van de behandeling. Wij zijn van mening dat wanneer er minimaal eenmaal per week contact is dit gezinnen aanmoedigt om binnen hun drukke leven duidelijk prioriteit te blijven geven aan het in de praktijk brengen van de behandeling.

Door ouders uitgevoerde CGT is een op samenwerking gerichte benadering waarin ouders worden ondersteund bij het ontwikkelen van vaardigheden en het noodzakelijke vertrouwen om hun kind te helpen bij het overwinnen van zijn of haar angstgerelateerde problemen. De samenwerking wordt gefaciliteerd door een heldere, consistente structuur waarbij het werken aan het gezin tussen de sessies door wordt benadrukt. Zowel een individuele benadering als een groepsbenadering kan doeltreffend zijn, en veel van het werk kan op afstand plaatsvinden, zodat de ouders niet naar de kliniek hoeven te komen.

Hoe gebruikt u dit boek?

We bieden de volgende hoofdstukken aan in de volgorde waarin we het materiaal in onze sessies bespreken, en dus kunt u dit boek gebruiken als handleiding die stap voor stap kan worden gevolgd. In tabel 1.1 vindt u een overzicht van de inhoud die we gewoonlijk per sessie aan bod laten komen en deze tabel kan dan ook als leidraad voor uw praktijk dienen.

TABEL 1.1 Overzicht van de inhoud van de sessies

Sessie	Vorm	Inhoud
1	Persoonlijk	Een beeld schetsen: het behandelmodel en de implicaties voor de behandeling
2	Persoonlijk	Bevorderen van de zelfstandigheid en van het 'Probeer het eens'-denken
3	Persoonlijk	Angsten onder ogen zien
4	Telefonisch	Terugkijken
5	Telefonisch	Terugkijken
6	Persoonlijk	Problemen oplossen
7	Telefonisch	Terugkijken
8	Telefonisch	Terugkijken en plannen maken voor het blijven boeken van vooruitgang

We adviseren u het hele boek te lezen voordat u met deze behandeling begint, en vervolgens elk hoofdstuk opnieuw te bekijken op het moment dat u de betreffende sessie voorbereidt. In de hoofdstukken wordt gewoonlijk dezelfde structuur gevolgd die bestaat uit een kort overzicht van de relevante bewijzen, gevolgd door de doelen, de praktische begeleiding en het overwegen van mogelijke knelpunten. Daarnaast hebben we hoofdstukken opgenomen waarin we bespreken hoe u deze benadering kunt toepassen bij specifieke problemen die binnen de context van angststoornissen bij kinderen kunnen ontstaan of wanneer er sprake is van een bijzonder problematische context, met name: