

## **Denkfouten herstellen helpt bij veel kinderen met psychische problemen**

Cognitieve gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen

Maarten Elling

© 2008, Nederlands Jeugdinstituut / NJi

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

## **Inleiding**

De populariteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) in de wereld van preventieve en curatieve jeugdzorg is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Een groot deel van de veelbelovende en effectieve interventies in de Databank Effectieve Jeugdinterventies, [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl), bevatten onderdelen van dit type therapie. Van alle 63 interventies die de databank halverwege 2007 telde, waren er 19 als varianten van de cognitieve gedragstherapie te beschouwen. Een opsomming van deze behandelprogramma's is opgenomen in de bijlage bij dit artikel.

Daarbij kunnen we vaststellen dat de Databank Effectieve Jeugdinterventies, als verzameling van theoretisch (en bewezen) effectieve behandelprogramma's, de hulpverleningspraktijk steeds meer gaat beïnvloeden. De databank functioneert voor de zorgaanbieders in de jeugdzorg en aanverwante instellingen voor de jeugd steeds meer als een instelling waar men zich over veelbelovende en effectieve behandelmethoden laat voorlichten. De interventies van de databank, en ook de varianten van de cognitieve gedragstherapie, vindt men dan ook in toenemende mate terug in het reguliere hulpaanbod.

Dit artikel is in eerste instantie bedoeld als achtergrondinformatie bij de beschrijvingen van de CGT-interventies in de databank. Het eerste deel geeft inzicht in de doelstellingen van de CGT, de doelgroep en leeftijdsgroepen waarvoor deze behandelwijze geschikt is, en de methodieken en technieken waarvan de verschillende CGT-programma's zich kunnen bedienen. Daarbij worden in vogelvlucht ook enkele theoretische achtergronden behandeld. Het tweede deel bevat een beschouwing over de mate waarin CGT bij verschillende typen klachten en problemen in theorie dan wel in de praktijk effectief kan zijn. Ik baseer me hierbij op een aantal reviews van onderzoeken die de laatste jaren zijn gepubliceerd.

## **DEEL I – De therapie van het denken en doen**

### **1. Cognitieve gedragstherapie gedefinieerd**

Cognitieve gedragstherapie is een verzamelnaam voor een groot aantal verwante hulpvormen, waarbij cliënten leren adequate en functionele denkbeelden en gevoelens over zichzelf en hun omgeving te koesteren, hun stemming te beheersen en zich adequaat te gedragen. Er zijn verschillende varianten van cognitieve (gedrags-)therapie voor uiteenlopende problemen.

De therapie is geschikt voor jongeren, volwassenen en gezinssystemen. In beperkte mate is de therapie te gebruiken bij jonge kinderen vanaf 4 jaar. De duur van een GGT-programma kan variëren van drie maanden tot ongeveer één jaar.

Cognitieve gedragstherapie kan een uitkomst zijn voor veel mensen, jong en oud, die lijden onder angsten en depressieve gevoelens, die zichzelf en hun omgeving belasten met boos, opstandig en agressief gedrag of niet in staat lijken hun eigen gedrag te beheersen en te reguleren. CGT is gebaseerd op het idee dat psychische klachten die zich uiten in nare of bedreigende gevoelens /stemmingen en in problematisch of onbeheerst gedrag, verband houden met disfunctionele cognities of gedachten. Mensen raken behept met disfunctionele gedachten door nare of belastende ervaringen of door gebrek aan vaardigheden om adequaat op signalen en informatie uit hun omgeving te reageren. In de therapie wordt, simpel gezegd, geprobeerd de disfunctionele gedachten te wijzigen. Wanneer dit lukt, kunnen emotionele nood en inadequaat gedrag afnemen of verdwijnen.

De term cognitieve therapie verwijst naar het beïnvloeden van de cognities. Dit is het belangrijke kenmerk bij de verschillende varianten van deze therapie. Omdat echter juist de wisselwerking tussen cognities, gevoelens en gedrag cruciaal is spreekt men de laatste tijd liever van cognitieve gedragstherapie (Graham, 2006).

Voor de jeugdzorg is cognitieve gedragstherapie van belang voor zowel jeugdigen met psychische klachten en inadequaat gedrag, als voor ouders die deze jeugdigen moeten opvoeden en begeleiden. Er zijn tal van therapeutische programma's waarmee jeugdigen worden geholpen hun gedrag te verbeteren en te leren weloverwogen beslissingen te nemen ten aanzien van hun ongezond en onbeholpen gedrag. In veel gevallen wordt hun naaste omgeving ook daarbij betrokken. Oudertrainingen in opvoedingsvaardigheden die erop gericht zijn het gedrag van ouders tegenover hun kinderen positief te beïnvloeden door hen te stimuleren anders te denken over bijvoorbeeld ongehoorzaam gedrag en hen te leren daarop anders te reageren, worden ook als een vorm van cognitieve gedragstherapie beschouwd. Deze vormen komen ook in dit artikel aan de orde.

## **2. Doelgroep van de interventie**

Cognitieve gedragstherapie wordt gebruikt bij de behandeling van tal van stoornissen. Volgens het handboek *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen* van Cladder c.s. (Cladder e.a., 2005) kunnen vormen van cognitieve gedragstherapie onder andere worden toegepast bij de behandeling van:

- agressiviteit en woede-uitbarstingen
- angsten en fobieën, en paniekstoornissen
- posttraumatische stressstoornis
- depressieve stoornis
- gedragsstoornissen
- delinquentie
- obsessieve compulsieve stoornis, ook wel dwangneurose genoemd
- eetstoornissen als anorexia nervosa en boulimia nervosa
- overgewicht en obesitas

In een aantal gevallen zullen behandelaars cognitieve gedragstherapie adviseren in combinatie met medicatie. Dit geldt bijvoorbeeld bij ADHD, vormen van autisme en dwangstoornissen. Soms begint men met medicijnen. Daardoor worden de cliënten vaak rustiger en meer ontvankelijk voor cognitieve gedragstherapie. De cognitieve gedragstherapie kan vervolgens bewerkstelligen dat de klachten voor een groot deel verdwijnen, waardoor de cliënten met een lagere dosis medicatie kan volstaan. In andere gevallen begint men liever met CGT en schrijft men medicijnen voor wanneer de cognitieve gedragstherapie onvoldoende effect heeft.

De doelgroep van de cognitieve gedragstherapie bestaat uit kinderen, jeugdigen en volwassenen die lijden aan een van de genoemde stoornissen of een combinatie daarvan. Ook kan de therapie worden toegepast in gezinnen waar sprake is van psychische problematiek en / of gedragsstoornissen.

In feite is de doelgroep niet duidelijk te begrenzen. Een vorm van cognitieve gedragstherapie kan mogelijk ook bij niet genoemde aandoeningen of klachten goed helpen. Onderzoek naar de effectiviteit bij de genoemde en andere klachten is in volle gang.

### *Indicatie- en contra-indicatiecriteria*

#### *Algemeen*

Over het algemeen kan men stellen dat CGT een zekere motivatie van de cliënt verlangt om iets aan de klachten en stoornissen te doen. Daarbij moeten de cliënten open staan voor kritische reflectie op ingesloten gedachten, die zij als normaal zijn gaan beschouwen. Zij moeten te bewegen zijn tot de gedachte dat het niet een gebeurtenis buiten hen is die de klacht of stoornis veroorzaakt, maar dat het hun eigen gedachtewereld is, die disfunctioneel is. In paragraaf 3 ga ik daar uitgebreid op in.

Overigens is het wel zo dat veel therapeuten die met jeugdigen werken zich door een gebrek aan motivatie niet laten afschrikken. Veelal hebben zij zich een attitude en technieken eigen gemaakt waardoor zij in staat zijn tot 'alliance-building interventions'. Hierbij toont de therapeut specifiek aandacht voor ervaringen van de adolescenten, helpt de therapeut de jeugdige bij het formuleren van belangrijke persoonlijke doelstellingen en presenteert de therapeut zichzelf als medestander van de jongere. Onderzoek toont aan dat deze methodiek zelfs bij notoire ongemotiveerden de nodige motivatie kan opwekken, waardoor er een positieve werkrelatie tussen cliënt en therapeut kan ontstaan (Diamond a.o., 1997). Een andere basisvoorwaarde is dat de cliënten in staat moeten zijn hun gedachten onder woorden te brengen en daarover te reflecteren. In dit licht bezien is het aannemelijk dat de therapie minder geschikt is voor cliënten met beperkte verstandelijke vermogens en beperkte taalbeheersing.

Voor de toepassing van cognitieve gedragstherapie zijn geen specifieke indicatie- of contra-indicatiecriteria aangegeven. Voor specifieke vormen van CGT zijn er wel vaak wel indicaties en contra-indicaties geformuleerd. Bij de beschrijvingen van de afzonderlijke interventies, in de Databank Effectieve Jeugdinterventies bijvoorbeeld, wordt daaraan aandacht besteed.

#### *CGT bij jeugdigen*

Cognitieve gedragstherapie vereist bij de cliënten verschillende cognitieve vaardigheden, die kinderen in de eerste vijftien jaren van hun leven geleidelijk aan ontwikkelen (Braet & Scholing, 1999). Therapeuten moeten rekening houden met mogelijke grote onderlinge variaties tussen kinderen van dezelfde leeftijd. De therapeut zal van geval tot geval moeten aftasten op welk niveau een bepaald kind zich beweegt en hoe snel dat kind nieuwe informatie kan oppikken en kan gebruiken.

In paragraaf 5 over de methodiek, besteed ik aandacht aan de mogelijkheden om verschillende concrete methoden en technieken van cognitieve gedragstherapie bij verschillende leeftijdscategorieën toe te passen. Op deze plaats beperk ik me tot een algemene opmerking over het leeftijdsaspect.

Grave en Blisset (2004) stellen vast dat cognitieve gedragstherapie een zeker vermogen om logisch en causaal te kunnen denken veronderstelt, alsook het vermogen om te kunnen denken over zaken die in het hier en nu (nog) niet aan de orde zijn. Tegen deze achtergrond

werpen zij de vraag op of CGT geschikt kan worden geacht voor kleine kinderen. Daarbij richten zij speciaal de aandacht op kinderen tussen 5 en 8 jaar, die zich volgens de ontwikkelingsleer van Piaget nog in het 'prelogische cognitieve stadium' bevinden. Zoals eerder al met andere woorden gezegd, is de basis van cognitieve gedragstherapie weergegeven met de stelling dat irrationele of niet adequate denkschema's (attitudes en aannames), producten van het denken (gedachten en voorstellingen) en toepassingen daarvan, kunnen leiden tot problematisch gedrag. Het doel van de therapie is om kinderen te helpen de mogelijke cognitieve tekortkomingen of verdraaiingen in het denken te identificeren en deze in de realiteit te testen. Vervolgens wordt de kinderen nieuwe denkvaardigheden geleerd of worden irrationele gedachten en aannames uitgedaagd, om deze vervolgens te vervangen door meer rationele wijzen van denken en meer adequate gedachten.

Een en ander veronderstelt dat de betreffende kinderen logisch en abstract kunnen denken, rationeel kunnen discussiëren, dat zij afwegingen kunnen maken tussen verschillende gedachten die leiden tot de meest rationele keuze. In de therapie zullen de kinderen in staat moeten zijn tot zelfreflectie en perspectief nemen. Ook zullen zij nieuwe informatie adequaat moeten kunnen verwerken en een en ander goed moeten kunnen verwoorden.

De onderzoekers Grave en Blisset constateren dat naar algemeen gevoelen van de hedendaagse ontwikkelingspsychologen, Piaget de vaardigheden van kinderen in het prelogische stadium onderschatte en tegelijkertijd de verrichtingen van oudere kinderen overschatte. Verder stellen zij vast dat kinderen van vijf jaar logisch kunnen denken onder de condities dat de vraagstukken die zij voorgelegd krijgen eenvoudig en helder zijn en geen empirische waarheden bevatten die conflicteren met de waarheden die zij in hun eigen wereldje tegenkomen.

Er is tot dusver maar weinig onderzoek verricht naar cognitieve therapie met kinderen tussen de 5- en de 8 jaar. Wanneer kinderen van deze leeftijd bij onderzoek betrokken zijn, blijkt dat er effecten van CGT zijn, maar dat deze effecten kleiner zijn dan bij oudere kinderen en bij adolescenten. Er zijn sterke aanwijzingen dat leeftijd een belangrijke mediërende factor is bij de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Met het oog hierop is het interessant om het effectiviteitonderzoek van de interventie STOP 4-7 te volgen (Elling, maart 2006). Het gaat hier om kinderen in de leeftijd van 4 tot 7 jaar met ernstige gedragsproblemen die onder andere cognitieve therapie ondergaan. Daarnaast worden ook de ouders en de leraren op school getraind in het omgaan met deze kinderen. Het onderzoek is thans gaande.

#### *CGT bij etnische groepen*

Cognitieve gedragstherapeutische interventies zijn niet speciaal ontwikkeld voor jeugdigen of gezinnen met een allochtone achtergrond. Over het algemeen hebben de interventies geen speciale voorzieningen voor allochtonen. Wanneer cliënten voldoen aan de hierboven genoemde criteria, en therapeut en cliënt in dezelfde taal redelijk kunnen communiceren, kan de therapie bij cliënten met een allochtone achtergrond in principe met evenveel succes worden toegepast als bij autochtone cliënten.

### 3. Theoretische achtergronden

*De theorieën van Ellis en Beck (Wigboldus & Wolsink, 1999 en Burnout kenniscentrum, 2005b)*

Een belangrijk element in de CGT is het zogeheten ABC-model. Het model is oorspronkelijk bedacht door de Amerikaan Albert Ellis (1977), aan het eind van de jaren zestig van de vorige eeuw. In dit model gaat men ervan uit dat de opeenvolging van Activatie (A), Betekenisgeving (B) en Consequentie (C) een fundamentele rol speelt bij neurotische problemen en disfunctioneel denken. De C is wat men ervaart als probleem. De activatie (A) is de schijnbare oorzaak, terwijl de betekenisgeving (B) de fundamentele verbinding is. De betekenisgeving is iets dat het individu toevoegt aan de activatie en hangt samen met basale assumpties, conditionele assumpties en automatische gedachten, die de persoon als fundamentele schema's in zijn leven heeft eigen gemaakt. De betekenisgeving (B) veroorzaakt in belangrijke mate de problemen bij C en houdt deze in stand. Het ervaren probleem (C) leidt vaak tot problematisch gedrag, dat weer gepaard gaat met emoties. Het in kaart brengen van ABC is een belangrijk onderdeel van de psychotherapeutische behandeling bij de cognitieve therapie in het algemeen en bij de Rationeel Emotieve Therapie in het bijzonder. Voor een concrete uitwerking zij onder andere verwezen naar de beschrijving van de interventie Denken en Voelen, die is opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies (Elling, februari 2005). Een voorbeeld vindt men verderop.

Een ander belangrijk inzicht dat aan de cognitieve therapie ten grondslag ligt, is ontleend aan de cognitieve psychologie die eveneens aan het eind van de jaren zestig van de vorige eeuw tot ontwikkeling is gekomen.

In de cognitieve psychologie wordt de mens beschouwd als een informatieverwerkend systeem. Hiermee wordt bedoeld op de processen die een rol spelen bij het verwerven, de opslag en reproductie van kennis. De kennis waarover een persoon beschikt is volgens de cognitieve psychologie georganiseerd in schema's of associatieve netwerken. Schema's worden gevormd op grond van de cognitieve verwerking van ervaringen en hebben betrekking op een bepaald terrein.

Dat kennis is georganiseerd in generaliserende schema's biedt veel voordelen. Indien dat namelijk niet het geval zou zijn, dan zou het geheugen vol zitten met losse ervaringen en gedachten, zonder onderlinge verbanden, zonder organisatie.

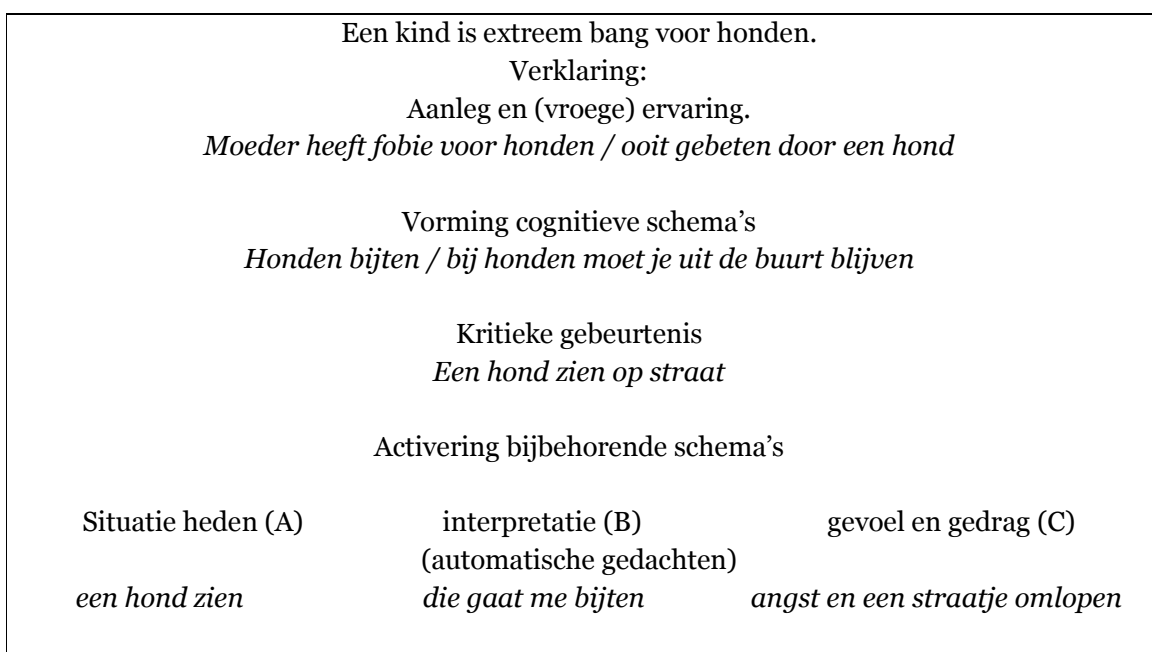
Schema's dienen om informatie te selecteren, te reduceren en te interpreteren. Een nadeel kan echter zijn dat eenmaal gevormde schema's een zekere weerstand vertonen tegen verandering en tegen het opnemen van onverwachte nieuwe informatie. Doordat schema's wat selectief zijn bij het toelaten van informatie en de verwerking van die informatie voor een groot deel sturen, krijgt informatie die congruent is met reeds bestaande schema's meestal voorrang ten opzichte van informatie die incongruent is met die schema's. Dit resulteert soms in vertekeningen bij de waarneming en interpretatie van de werkelijkheid (Burnout kenniscentrum, 2005a). Er kunnen gemakkelijk disfunctionele schema's ontstaan die zichzelf versterken zolang zij niet kritisch worden aangepakt.

In dezelfde tijd als waarin Ellis met zijn ABC-model naar buiten kwam, publiceerde Aaron Beck zijn "schematheorie". Volgens hem en Albert Ellis worden "neurotische problemen, zoals depressie of angststoornissen, veroorzaakt door onlogische, irrationele ideeën die mensen aanhangen. Beck beschreef psychopathologie in termen van disfunctionele

cognitieve schema's. Volgens hem zijn emotionele stoornissen hier het gevolg van en zorgen deze schema's tevens voor het in stand houden van de klachten. Bij depressieve klachten zou het denken gepreoccupeerd zijn met verlies en hopeloosheid. Bij manische stoornissen staan juist overoptimistische ideeën over eigenwaarde en voortdurende winstmogelijkheden op de voorgrond. Bij angststoornissen zou er sprake zijn van gevaarschema's. Samengevat beweert Beck dat disfunctionele schema's ten grondslag liggen aan psychopathologie. Cognitieve therapie stelt als doel om disfunctionele opvattingen en denkfouten op te sporen en te corrigeren" (Burnout kenniscentrum, 2005a, pag. 3).

*Bijvoorbeeld:*

Bij wijze van voorbeeld geef ik hier de uitwerking weer van Ten Broeke c.s. (Ten Broeke e.a., 2004) van een cognitief model betreffende overmatige angst voor honden.



In de cognitieve gedragstherapie zal de therapeut de cliënt motiveren om de cognitieve schema's te veranderen. Onder leiding van de therapeut verkent de cliënt wat er in het verleden is voorgevallen en (in het geval van dit voorbeeld) in welke mate de ouders hun fobie overbrengen op het kind. Door via de empirie het bijten van honden te verkennen en na te gaan wie er in de familie of kennissenkring honden hebben die nog nooit gebeten hebben, wordt de grond onder de gedachte dat honden onder normale omstandigheden vaak bijten weggenomen. Als de ouders een rol spelen bij het bevorderen en in stand houden van de angst bij het kind, dienen zij ook te worden behandeld, zodat zij het kind kunnen voorleven in een minder angstige houding ten opzichte van honden. De cliënt zal de 'nieuwe' zienswijze dat honden over het algemeen onder normale omstandigheden niet bijten, in de praktijk gaan beproeven en daarbij een meer adequaat gedrag ten opzichte van honden op straat gaan oefenen.

Er zijn vele manieren waarop systematische vertekeningen in het denken tot uiting kunnen komen. Wanneer deze uitingen van vertekeningen met overtuiging en intelligentie worden gebracht, worden zij zelden met kracht tegengesproken of weerlegd. Deze omstandigheid

vormt op zichzelf beschouwd weer een factor waardoor de inadequate opvattingen worden versterkt.

De eerder genoemde Aaron Beck heeft op een gegeven moment op grond van een inventarisatie bij zijn cliënten een lijst met veel voorkomende denkfouten gepubliceerd. Deze lijst is te vinden op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Denkfout>. Naar alle waarschijnlijkheid hebben Ten Broeke e.a. zich door deze lijst laten inspireren bij de onderstaande lijst, die ik hier bij wijze van illustratie weergeef (Ten Broeke e.a., 2004):

- Zwart-wit denken: “hij heeft nog nooit een bijdrage geleverd” of “wat hij in zijn handen neemt, veranderd in goud”.
- De toekomst rampzalig voorstellen en voorspellen: “Nu zul je zien dat morgen tot overmaat van ramp blijkt, dat de verwarming zelfs niet meer gemaakt kan worden.”
- Negatieve stickers plakken: iemand die één fout heeft gemaakt deugt gelijk helemaal niet en nooit meer.
- Gedachten lezen: “Ik zag hem denken: wat ben jij toch een nietsnut”.
- Personaliseren: een gebeurtenis of andermands gedrag sterk op de eigen persoon betrekken. “De chef maakte die opmerking omdat hij eigenlijk boos op *mij* was en dat voor de anderen wilde verhullen.”
- ‘Moet-denken’: strenge en vaststaande regels en eisen hanteren omdat anders “de wereld vergaat”.
- Negatief denken: neutrale of zelfs positieve gebeurtenissen worden negatief geïnterpreteerd. Een uitnodiging niet als een hartelijk gebaar interpreteren maar als een blijk van medelijden. Een verdiende overwinning van een wedstrijd interpreteren als “puur geluk”.

Al deze vertekeningen dienen in de cognitieve therapie als aanknopingspunten voor het zoeken naar bewijs en voor correcties onder leiding van de therapeut.

### *Social Information Processing*

Een andere theorie die van belang is bij het duiden van gedrag en het vinden van aanknopingspunten voor cognitieve therapie is de Social Information Processing Theory, afgekort SIP die onder anderen door K. Dodge is opgeschreven. In het Nederlands is dit denkmodel bekend als Sociale-Informatieverwerkingstheorie, afgekort SIT. In Nederland zijn de sociale-informatieverwerking en daarbij optredende emoties onder andere onderzocht bij agressieve jongens. Daarbij bleek onder andere dat agressieve jongens sociale informatie anders verwerken dan niet agressieve jongens (Orobio de Castro, 2000; Van Manen, 2001).

In zekere zin gaat het hier om een uitwerking van de ideeën van Ellis en Beck.

In grote lijnen komt de Sociale-Informatieverwerkings Theorie op het volgende neer. Om op een adequate manier op informatie te kunnen reageren, moet een persoon de informatie die tot hem komt op een correcte manier verwerken. Het proces van het ontvangen van informatie tot het daarop reageren met gedrag verloopt via verschillende fasen:

1. Een persoon die informatie oppikt, zal deze informatie coderen. Bijvoorbeeld: een jongen komt op zijn pad een leeftijdgenoot tegen. De jongen kan deze ‘ontmoeting’ en de wijze waarop de leeftijdgenoot zich beweegt coderen als een toevallig kruisen van het pad terwijl de leeftijdgenoot naar iets anders op weg is, of hij kan denken: die leeftijdgenoot zoekt contact met me.



2. De jongen hecht betekenis aan de gecodeerde informatie. Bijvoorbeeld: wanneer de jongen de informatie codeert als 'contact zoeken', kan hij dit als bedreigend of als vriendschappelijk interpreteren.
3. Afhankelijk van de interpretatie zal de jongen verschillende mogelijke antwoorden ontwikkelen. Bij een verwachte bedreiging zijn dat bijvoorbeeld: zich schrap zetten, imponeren, tot de aanval overgaan of de tegemoetkomende leeftijdgenoot mijden.
4. Vervolgens zal de jongen deze mogelijke antwoorden op hun waarde schatten, wegen en het antwoord selecteren dat hij overeenkomstig zijn emotionele toestand het meest adequaat acht.
5. Tenslotte leidt het geselecteerde antwoord tot een bepaald concreet gedrag tegenover de tegemoetkomende leeftijdgenoot.

Het is duidelijk dat als de wijze van informatieverwerking leidt tot problematisch gedrag, hierin aanknopingspunten besloten liggen voor cognitieve gedragstherapie.

#### **4. De hoofdlijnen van de methodiek belicht**

Zoals gezegd is het doel van cognitieve gedragstherapie het opsporen en corrigeren van *systematische vertekeningen of fouten in het denken*, die leiden tot psychische stoornissen en gestoord gedrag. Anders gezegd: het doel van CGT is situaties weer reëler, functioneler of evenwichtiger te leren beoordelen, waardoor gevoelens en gedrag in een positieve of minder lastige of minder belastende richting veranderen (Ten Broeke e.a., 2004). Voor individuele cliënten zullen de doelstellingen van de CGT nauw verbonden zijn met hun klachten. Hun doel is van hun klachten af te komen. In deze paragraaf komt aan de orde hoe dat in een CGT in zijn werk kan gaan.

Ieder traject van cognitieve therapie is te beschouwen als een training waarbij de cliënt door de therapeut wordt geholpen anders te leren aankijken tegen als moeilijk ervaren gebeurtenissen en belastende ervaringen. Tijdens de training wordt er veel activiteit en zelfwerkzaamheid van de cliënt verwacht. Een enkelvoudige CGT bestaat meestal uit 15 tot 18 sessies. Als er na acht tot tien sessies nog geen sprake is van vermindering van de klachten, moeten andere therapievormen worden overwogen. Aanvankelijk zullen de sessies met een frequentie van eens per week worden gehouden. In het laatste stadium zullen de sessies eens per maand plaatsvinden.

Voor alle duidelijkheid: er zijn ook therapeutische programma's die meer tijd in beslag nemen. Daarmee worden dan wat meer gecompliceerde doelstellingen nagestreefd die meer tijd vergen. In die gevallen wordt CGT vaak gecombineerd met andere onderdelen van een programma. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het therapeutische programma voor kinderen met obesitas, (W) eet & Beweeg (Elling, december 2006).

#### *Grondmodel*

Het grondmodel voor iedere cognitieve therapie is als volgt:

- In de eerste sessies brengen de therapeut en de cliënt de problematiek in kaart en legt de therapeut de cognitieve gedragstherapie uit. Daarbij maakt de therapeut ook duidelijk wat er van de cliënt zelf wordt verlangd aan 'huiswerk'.
- Vervolgens sporen de cliënt en de therapeut de lastige gedachten op die gekoppeld zijn aan concrete probleemsituaties en gebeurtenissen. Het huiswerk bestaat uit het registreren van probleemsituaties in het alledaagse leven en de gevoelens die daaraan

verbonden zijn, alsook de gedachten die aan dat gevoel vooraf gingen. De therapeut heeft daarvoor een formulier gegeven dat moet worden ingevuld.

- Vervolgens onderzoeken de cliënt en de therapeut de opgespoorde lastige of negatieve gedachten. Dat wil zeggen: met behulp van informatieverzameling gaan zij kritisch na of de gedachten die de cliënt heeft, kloppen of in het algemeen kloppen.
- Vaak zal blijken dat de gedachten niet of niet helemaal kloppen. Op dit punt aangekomen, zal de cliënt worden gestimuleerd alternatieve, meer evenwichtige gedachten formuleren; dit op basis van de gevonden 'bewijzen' en 'argumenten' die zijn verzameld bij het onderzoek naar het realistische gehalte van de gedachten in de vorige fase. Deze nieuw geformuleerde gedachten zullen tot positiever gevoel en gedrag leiden.
- Het kan natuurlijk ook zijn dat uit het onderzoek naar het realistische gehalte van de gedachten blijkt dat de gedachten wel kloppen. In dat geval zal in de therapie een actieplan worden ontwikkeld om met deze ware gedachten te leren leven.
- Zowel in het geval dat er alternatieve, meer evenwichtige gedachten zijn geformuleerd als in het geval dat men met de oorspronkelijke gedachten moet leren leven, is veel oefening nodig. Dit gebeurt in de laatste fase van de therapie met door de therapeut begeleide gedragsexperimenten in de praktijk. Bij gebeurtenissen in alledaagse situaties, waaraan disfunctionele gedachten verbonden waren en die negatieve gevoelens opriepen, worden nu de alternatieve en meer evenwichtige gedachten uitgeprobeerd.

De therapeut is gaandeweg de therapie verschillende rollen gaan spelen. In de eerste fasen is de therapeut de psycholoog die naar de cliënt luistert en de problemen helpt verduidelijken en analyseren. Daarna wordt de therapeut meer de leraar die de achtergronden van de cognities uitlegt en ook duidelijk maakt hoe de cognities inwerken op het gevoel en het gedrag. Tenslotte stapt de therapeut in de rol van coach: hij helpt de cliënt bij het (blijven) toepassen van de geleerde vaardigheden.

## **5. Uitwerking van de methodiek: speciale methoden en technieken**

Het zal duidelijk zijn dat de cognitieve gedragstherapeut verschillende dingen doet: hij zal de cliënten eerst uitdagen om met hun inadequate gedachten voor de dag te komen, zich bewust te worden van de ervaringen die hen pijn doen, verlammen of in hun verdere ontwikkeling belemmeren, te vertellen waar zij zich het meest voor schamen en waardoor zij steeds weer 'dichtklappen' of agressief worden. Vervolgens zal hij hen helpen tot andere, meer adequate gedachten te komen, de sociale informatie adequater te verwerken en hen ondersteunen bij het realiseren van gedragsverandering. Hiervoor kunnen een aantal technieken worden toegepast. Ik zet een paar veel gebruikte technieken op een rij.

- Cognitieve uitdaging en cognitieve herstructurering  
Een veel toegepaste techniek in de cognitieve gedragstherapie is het 'eenvoudigweg' uitdagen van disfunctionele gedachten. Daarbij worden vragen gesteld als: "Waarom denk je dat je vader een vliegtuigongeluk zal krijgen?" en "Wat zou er gebeuren als je voor het examen zou zakken?". Vervolgens gaat alle aandacht uit naar het formuleren van 'betere' of 'helpende gedachten', in het Engels 'coping statements' genoemd. Cognitieve gedragstherapeuten stellen dat gedragsverandering pas zal optreden wanneer veranderingen worden aangebracht in de manier waarop een persoon betekenis verleent aan of afleidt uit de wereld om zich heen (Braet & Scholing, 1999). Dit impliceert dat 'cognities moeten worden geherstructureerd'.

- Exposure

Exposure is het onder begeleiding blootstellen van de cliënt aan een situatie die negatieve emoties opwekt. Meestal gaat het daarbij om extreme angst of walging, een aanzet tot problematisch gedrag, bijvoorbeeld, tomeloos eten, drinken, druggebruik, of het permanent ontwijken van normale sociale situaties. Het doel van exposure is om de intensiteit van deze negatieve gevoelens te verminderen, dan wel om af te leren het problematische gedrag te vertonen. Men maakt een onderscheid in:

- *Exposure in vivo*, waarbij men de cliënt in aanraking brengt met emotie veroorzakende aanleidingen, zoals spinnen, hard opgeblazen ballonnen of poep op de stoep,
- *Cue Exposure*, waarbij men de cliënt blootstelt aan voorwaardelijke prikkels die doorgaans aanleiding geven tot bijvoorbeeld tomeloos consumptiegedrag, waarbij er vervolgens voor wordt gezorgd dat de consumptie uitblijft.
- *Interoceptieve exposure* waarbij ongewenste lichamelijke sensaties worden opgewekt om deze vervolgens te kunnen behandelen. Het gaat er hier bijvoorbeeld om mensen af te helpen van lichamelijke angstverschijnselen zoals benauwdheid en extreem blozen.

Wanneer cognitieve gedragstherapeuten gebruik maken van exposure, is dat nogal eens als een onderdeel van een meer omvattend cognitief gedragstherapeutisch traject. Er zijn weinig voorbeelden van therapieën waar uitsluitend via exposure wordt gewerkt.

- Zelfinstructietraining en hardop-denken methode

Zelfinstructietraining is bedoeld om kinderen te helpen hun gedrag beter te sturen via zelfinstructies. De zelfinstructies worden geleerd via de zogenaamde hardop-denken methode, die gebaseerd is op bevindingen van Sovjet taalpsychologen over de normale taalontwikkeling van een kind (Luria, 1961; Vygotsky, 1962, aangehaald door Braet & Scholing, 1999). Daarbij worden vijf stappen doorlopen:

1. Een goed model (een stripfiguur, een imaginaire wijsneus of Anansi) toont hoe het kind een situatie kan analyseren via bijvoorbeeld de zinnen: 'Stop en denk eens na', 'Kijk en luister goed' en 'Loop alle mogelijkheden na en kies dan de beste uit'.
2. Het kind voert de getoonde analyse zelf uit en het model leidt het kind, door de zelfinstructies hardop te zeggen.
3. Het kind leert de zelfinstructies en oefent daarmee in verscheidene sessies via spelopdrachten.
4. Het oefenen duurt voort maar de zelfinstructies worden gefluisterd.
5. In complete stilte oefent het kind met de geïnternaliseerde zelfinstructies bij steeds complexer wordende opdrachten.

Het moge duidelijk zijn dat deze methode ook te gebruiken is bij kinderen die begeleid worden bij het ontwikkelen van 'coping statements', waarvan sprake was bij de hierboven besproken techniek.

- Probleemoplossend denken (Braet, 1996)

Het probleemoplossend denken, in combinatie met zelfinstructietraining en de hardop-denken methode wordt thans beschouwd als een basisinterventie in de cognitieve gedragstherapie voor kinderen. De therapeuten leren kinderen een denkstrategie aan die bestaat uit vier stappen, te weten:

- a. Wat is mijn probleem? Hierbij moet de jeugdige het probleem goed omschrijven en verwoorden.
- b. Hoe los ik het op? Bij deze stap leert de jeugdige eerst alternatieve oplossingen te bedenken en af te wegen. Vervolgens maakt hij een keuze uit de verschillende mogelijke oplossingen, waarbij de persoon in kwestie rekening houdt met de consequenties van zijn keuze.
- c. Volg ik nog mijn plan? Hierbij leert de jeugdige in de gaten te houden dat hij zich niet door de omstandigheden laat verwarren.
- d. Hoe heb ik het gedaan? Bij deze evaluatie vraagt de jeugdige zich onder meer af of de keuze werkte of niet, of het al dan niet een eerlijke keuze was, of de keuze veilig was of niet en of de keuze aangename gevoelens opriep of niet.

- Zelfcontrole

Bij elke cognitieve behandeling veronderstelt men in zekere zin de werking van zelfsturinggedrag. Interventies kunnen gemakkelijk falen wanneer een kind of een cliënt in het algemeen niet over de nodige zelfsturingvaardigheden of zelfcontrole beschikt. Zelfcontrole wordt in dit verband omschreven als een cognitief proces dat uit verschillende, op elkaar volgende stappen bestaat, te weten:

- a. zelfobservatie, te bevorderen door bijvoorbeeld opdrachten om een dagboek bij te houden;
- b. doel bepalen, waarbij de jeugdige plannen gemaakt en alternatieven overweegt;
- c. zelfevaluatie, hetgeen kan leiden tot het bijsturen van het doel en de plannen;
- d. zelfbeloning, wat als positieve feedback zeer belangrijk is; vooral bij kinderen ligt in de beloning en in de complimenten de motivatie verscholen tot het herhalen van het positieve gedrag.

In de databank wordt 'zelfcontrole' als een uitgewerkt sociaal-cognitief programma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag gepresenteerd (Van Manen, 2001, 2006; Elling & Van Yperen, 2006).

*Toepassing bij kinderen en jongeren*

In paragraaf 2 over de doelgroep en over indicatie- en contra-indicatiecriteria was de algemene vraag aan de orde in hoeverre cognitieve therapie geschikt kan zijn voor jonge kinderen. Hieronder geef ik wat ervaringen met cognitieve therapieën voor verschillende leeftijdsgroepen weer. De inventarisatie is ontleend aan Braet & Scholing (1999):

- 'Zelfinstructies' en 'hardop denken' zijn bij jonge kinderen *vanaf circa vier jaar* te gebruiken, op voorwaarde dat de inhoud van de zelfinstructie aangepast is aan het niveau van het kind en de instructie plaatsvindt in de situatie waarop deze betrekking heeft.
- *Vanaf circa tien jaar* zijn de verschillende stappen van zelfinstructie ook los van de onmiddellijke werkelijkheid te gebruiken; kinderen van die leeftijd zijn over het algemeen in staat instructies in moeilijke, niet direct actuele situaties toe te passen en zijn ook in staat tot abstracte redeneringen.
- Eenvoudige probleemoplossingstappen, bijvoorbeeld verschillende plannen bedenken voor een praktisch probleem of voor een concrete situatie, zijn door *acht- tot twaalfjarigen* goed te leren. In de literatuur wordt ook melding gemaakt van toepassingen bij peuters die men hierdoor leerde omgaan met moeilijke interpersoonlijke situaties (Spivack & Shure, 1974, aangehaald door Braet & Scholing, 1999)

- Om interpersoonlijke problemen te kunnen hanteren en om te kunnen begrijpen dat een persoon soms tegenstrijdige motieven kan hebben voor een bepaald gedrag, heeft men inzicht nodig dat meestal *omstreeks het 11<sup>e</sup> jaar* ontstaat.
  - *Zo rond de overgang naar de middelbare school, bij twaalf tot dertien jaar*, ontstaat het vermogen om directe actie uit te stellen en om frustratie te verdragen. Dit zijn vermogens die nodig zijn om problemen van verschillende kanten te kunnen bekijken en alternatieve oplossingen te kunnen bedenken.
  - Het volledig toepassen van zelfcontrolevaardigheden veronderstelt de ontwikkeling van het besef dat je zelf ook kunt bijdragen aan het voorkómen en oplossen van problemen; het veronderstelt met andere woorden een interne 'locus of control'. Bij jonge kinderen is over het algemeen sprake van een externe 'locus of control'. Pas *omstreeks het twaalfde jaar* groeit de interne 'locus of control'.
  - Het uitdagen van disfunctionele gedachten en het cognitief herstructureren van informatie veronderstelt het vermogen tot abstract redeneren, het kunnen onderscheiden van feiten, meningen en waardeoordelen en de kunst van het genuanceerde en meerdimensionale denken. Kinderen zijn daar meestal pas *omstreeks hun twaalfde jaar* aan toe.
  - In de puberteit, *omstreeks het 13<sup>e</sup> of 14<sup>e</sup> jaar*, begint het 'moreel redeneren'. De jongeren beginnen eigen normen te ontwikkelen over goed en fout en besluiten op grond daarvan tot verschillende reacties op situaties. Jongeren beginnen dan ook met zelfevaluatie. Dit impliceert dat het bespreken van meer abstract geformuleerde basisassumpties pas vanaf dat moment kans van slagen heeft.
- Cognities die typerend zijn voor volwassenen met psychische stoornissen komen op deze leeftijd duidelijk naar voren. De empirische methode, waarbij de jongeren gedurende een aantal weken 'bewijzen' voor of tegen hun gedachten verzamelen, werkt vanaf dat moment goed. In dit verband kan men onder andere denken aan cognities die ten grondslag liggen aan angststoornissen waaronder zowel fobieën als sociale angststoornissen.

Bij de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij kinderen en jongeren, zijn er nog twee zaken die bijzondere aandacht vragen (Braet & Scholing, 1999).

- In de eerste plaats worden kinderen sterk beïnvloed door hun omgeving. Dit komt onder meer tot uitdrukking in hun oordelen over wat waar en niet waar is, wat nastrevenswaardig is en wat minder de moeite waard is en wat goed of fout is. De therapeut moet zich bewust zijn van de waarden en normen van de omgeving, zeker als het gaat om overtuigingen die gerelateerd zijn aan de klacht van het kind. Onder meer om deze redenen zijn sommige therapeuten van oordeel dat in het geval van cognitieve gedragstherapie meestal de ouders of het gezin van de betreffende kinderen bij de behandeling betrokken moeten worden (Bögels & Boer, 2002; Elling, 2005).
- Een tweede punt dat in het geval van behandeling van kinderen en jongeren de aandacht verdient, is dat slechts weinig kinderen zelf hun hulpvraag formuleren. De therapeut wordt, net als andere volwassenen, met wantrouwen tegemoet getreden. Extra aandacht moet worden gegeven aan het motiveren en gemotiveerd houden van de kinderen en jongeren.

## 6. Aanleg en omgeving

Inzicht in de oorsprong en het ontstaan van de problematiek biedt vaak aanknopingspunten voor de behandeling ervan. Vandaar dat men veel onderzoek doet naar het ontstaan van problemen en de omstandigheden waaronder zij zich ontwikkelen. Bij het ontstaan en de ontwikkeling van psychische aandoeningen en problemen wordt in vrijwel alle gevallen rekening gehouden met 'aanleg', genetische oorzaken en omgevingsfactoren, waaronder al dan niet vroege ervaringen en beïnvloeding van ouders, gezin en de bredere sociale omgeving. Sommige mensen hebben een duidelijke aanwijsbare handicap of kwetsbaarheid, al dan niet genetisch bepaald, die leidt tot psychische of psychiatrische problemen. In veel gevallen zijn omgevingsfactoren van belang voor de wijze waarop iemands biologische predispositie of aanleg tot werkelijke problemen zal leiden.

Aandoeningen kunnen ertoe leiden dat men disfunctionele cognities en denkschema's ontwikkelt.

In een aantal gevallen zal het zo zijn dat nare ervaringen die men niet goed heeft kunnen 'verwerken' aanleiding geven tot disfunctionele opvattingen en denkschema's, die ten grondslag liggen aan inadequate emoties en problematisch gedrag. Men hoeft echter niet per se zelf nare ervaringen ondervonden te hebben om negatieve of disfunctionele opvattingen te ontwikkelen. Soms is het getuige zijn van een nare gebeurtenis, een indringend verslag van derden of de houding van 'significant others', waaronder ouders, de aanleiding tot het ontwikkelen van disfunctionele cognities (Ten Broeke e.a., 2004).

In de literatuur spreekt men soms van familiale bepaaldheid die het gevolg kan zijn van genetische factoren, al dan niet in combinatie met interacties met de primaire omgeving, die het ontstaan en het in stand houden van dergelijke cognities bevorderen. Zo toont recent empirisch onderzoek naar de rol van ouders en het gezin bij het in stand houden van *angst* bij kinderen aan, dat ouders van angstige kinderen hun kinderen angstig gedrag vóórdoen. In zeker zin wordt angst voor een deel 'aangeleerd'. Dit betekent ook dat ouders onder bepaalde voorwaarden kunnen worden ingeschakeld bij het 'afleren' van angst. In een bepaalde fase van de therapie kunnen ouders helpen door angstoproepende situaties te vermijden (Boer & Bögels, 2002).

Met betrekking tot *depressie* bij kinderen en adolescenten is bekend dat deze stoornis door veel verschillende factoren kan worden veroorzaakt: biologische factoren, psychologische factoren, factoren in de omgeving van de betrokkenen en nare of als naar ervaren gebeurtenissen. Timbremont & Braet stellen dat in recent onderzoek steeds weer de rol van cognitieve factoren als belangrijke in standhoudende factoren wordt benadrukt. "Dit weerspiegelt zich ook in het succes van cognitieve gedragstherapeutische behandelingsprogramma's voor depressie bij kinderen en adolescenten, die gericht zijn op het uitdagen van cognities en het veranderen van disfunctionele schema's." (Timbremont & Braet, 2005, p. 162).

Over het algemeen zijn deskundigen het erover eens dat *gedragsproblemen bij kinderen* zich in zekere mate thuis ontwikkelen: afwijkend gedrag, zoals agressie en antisociaal gedrag, wordt vaak door de ouders bekrachtigd zonder dat zij zich daarvan bewust zijn (Bartels e.a., 2001). Kinderen met coërcief gedrag hebben technieken ontwikkeld om hun zin te krijgen, waardoor het bijzonder moeilijk wordt bij hen het antisociale gedrag aan te pakken en hen

prosociaal gedrag aan te leren. Dit blijkt in de praktijk slechts met succes te bewerkstelligen met medewerking van ouders en van andere 'significant others' uit de directe de leefomgeving

## **DEEL II – Aanwijzingen voor effectiviteit**

### **Inleiding**

In dit deel worden de varianten van de cognitieve gedragstherapie die in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn opgenomen, geordend naar de problematiek waarop zij betrekking hebben. Daaraan gekoppeld worden de resultaten uit een aantal buitenlandse overzichtstudies gepresenteerd. Aan de hand daarvan kan worden ingeschat in hoeverre de verschillende interventies volgens de huidige inzichten in theorie dan wel in de praktijk effectief zijn.

Ruwweg zijn er drie typen onderzoek die in het navolgende aan de orde komen.

In de eerste plaats zijn er de *Randomized Controlled / Clinical Trials* (RCT's). Een RCT is een interventiestudie, waarbij de onderzoekspopulatie op aselechte wijze wordt verdeeld in een interventiegroep en een controlegroep. De interventiegroep krijgt de onderzochte behandeling, de controlegroep krijgt deze (vooralsnog) niet of krijgt een andere behandeling. Er is een voormeting, een nameting en in de meeste gevallen een follow-upmeting, meestal minimaal 6 maanden na afloop van de behandeling. RCT's worden beschouwd als de beste onderzoeksmethode om een hypothese te toetsen.

In de tweede plaats zijn er ontwikkelingsonderzoeken, studies zonder controlegroep, waarbij de ontwikkeling, of het uitblijven daarvan wordt gemeten bij de behandelde groep, door middel van een voormeting, een nameting en soms nog follow-upmetingen. Strikt genomen is er geen uitspraak te doen over de vraag in hoeverre de gemeten ontwikkeling kan worden toegeschreven aan de interventie, aan ontwikkelingen waarvan toch al sprake was, dan wel aan andere invloeden tijdens het onderzoek.

Een bijzondere vorm van ontwikkelingsonderzoek is het *multiple baseline design*. Daarbij lopen meerdere 'single case studies' (N=1 studies) parallel aan elkaar. Elke case study kent een baseline en een behandelperiode. De momenten waarop de baselines en behandelingen van de verschillende casussen beginnen kunnen ten opzichte van elkaar in de tijd verschoven zijn. Een voordeel van deze opzet kan zijn dat men als onderzoeker mogelijk meer zicht krijgt op de processen en ontwikkelingen die zich bij de verschillende onderzochte personen afspelen.

### **7. Onderzoek kritisch beschouwd**

De zoektocht naar aanwijzingen voor de effectiviteit van verschillende typen van cognitieve gedragstherapie is in de eerste plaats gebaseerd op de bronnen die zijn gebruikt bij de beschrijving van de verschillende interventies in de databank effectieve jeugdinterventies ([www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)). Daarnaast zijn in hoofdzaak vier min of meer uitgebreide overzichtstudies benut. Ik geef hier een korte karakteristiek van deze publicaties.

1. Michael A. Southam-Gerow a.o. (2000). In dit artikel geven de auteurs een overzicht van een aantal gecontroleerde studies naar de effectiviteit van CGT bij verschillende vormen van psychopathologie bij jeugdigen. Zij hebben daarbij geenszins de pretentie volledig te zijn. In het artikel dat hier aan de orde is, worden helaas vrijwel geen effectmaten weergegeven.

2. Todd B. Kashdan a.o. (2001). In dit artikel presenteren de auteurs voornamelijk onderzoek naar de behandeling van sociale angst stoornissen bij kinderen en adolescenten. Het is de meest voorkomende stoornis bij jeugdigen, maar paradoxaal genoeg ongeveer het minst erkend, onderzocht en behandeld. Cognitieve gedragstherapie, soms met betrokkenheid van de ouders, lijkt op dit gebied positieve vruchten af te werpen.
3. Jon M. McClellan a.o. (2003). Dit artikel gaat over evidence based behandelingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Daarbij worden zowel behandelingen met psychopharmaca als psychotherapeutische behandelingen betrokken. Ik beperk me hier tot de resultaten van de metastudie over de psychotherapeutische interventies. De auteurs maken melding van vier meta-analyses van psychotherapeutisch onderzoek. Daarbij waren over de periode 1952 tot 1993 ruim 300 studies naar de effecten van interventies gericht op jeugdigen van twee tot achttien jaar betrokken. Bij de jongste kinderen werd de behandeling gecombineerd met interventies gericht op ouders. De uitkomsten van de metastudies laten positieve resultaten zien met matige tot grote effectmaten, in vergelijking met controlegroepen die geen of andere behandeling kregen. Van alle psychotherapeutische interventies bleken vooral cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie effectief bij stemmings- en angststoornissen alsmede bij gedragsstoornissen.
4. Matthew K. Nock (2003). De auteur publiceert in dit stuk een nieuwe methode om vooruitgang bij het evalueren van psychotherapie-onderzoek vast te stellen. Hij past dit toe op het onderzoek naar psychotherapie bij gedragsstoornissen bij jeugdigen. Ik heb het artikel vooral gebruikt met het oog op de resultaten van zijn evaluatie.

Vooraf nog enkele opmerkingen over het onderzoek dat is geraadpleegd en de literatuurverwijzing.

- Om praktische redenen is de literatuurlijst beperkt gehouden. De meeste literatuur waarin aanwijzingen voor de (potentiële) effectiviteit van concrete interventies te vinden zijn, is niet in de literatuurlijst bij dit artikel opgenomen. Hiervoor zij verwezen naar de literatuurlijsten bij de betreffende interventies die in de databank zijn opgenomen.
- In het navolgende worden enkele ‘reviews’ besproken, dat wil zeggen evaluatieve overzichten van gecontroleerde studies naar de effecten van verschillende vormen van CGT bij verschillende vormen van psychopathologie bij jeugdigen. Dat het moeilijk is om verschillende studies met elkaar te vergelijken en scherpe algemene conclusies te trekken, blijkt onder andere uit de overzichtstudie van Brestan & Eyberg (1998), waarbij verspreid over 29 jaar, 82 studies, gericht op in totaal 5.272 jeugdigen werden betrokken. En dan ging het nog alleen maar over studies naar jeugdigen met een gedragsstoornis. Wat betreft een aantal belangrijke methodologische criteria – at random toewijzing aan experimentele- en controlegroep, groeps grootte, gegevens over uitval, behandelintegriteit en dergelijke – waren de studies niet geheel vergelijkbaar, waardoor het ook niet altijd verantwoord is de resultaten op één lijn te zetten en onderling te vergelijken.
- In meta-analyses van eerder verricht effectonderzoek worden soms effectmaten berekend. Wanneer deze liggen tussen 0.20 en 0.49 is er sprake van een klein effect, tussen de 0.5 en 0.79 is sprake van een middelmatig effect, tussen de 0.80 en 1.29 is sprake van een groot effect en vanaf 1.3 is sprake van een zeer groot effect. Hoewel het hier om tamelijk exacte maten gaat die met geavanceerde methoden zijn berekend, moeten ook deze uitkomsten met enige reserve worden bekeken. Bij onderzoeksdesigns waarbij een groep die een experimentele behandeling ondergaat, wordt vergeleken met



een controlegroep, moet men zich rekenschap geven van de controleconditie. Wanneer een bepaalde behandeling wordt vergeleken met een conditie waarin niet wordt behandeld, zal men een groter effect vinden dan wanneer men de experimentele behandeling vergelijkt met een andere serieuze behandeling (Matthys, 2007). Ook maakt het verschil via welke personen men de informatie over de eventuele verbetering verzamelt. In veel gevallen worden de resultaten berekend op grond van oordelen van ouders, leerkrachten, pedagogisch medewerkers, dat wil zeggen personen die zelf betrokken zijn bij de behandeling en de betreffende jeugdigen kennen. Resultaten die verkregen zijn via gedragsobservaties door professionals kunnen tot andere beoordelingen van de resultaten leiden (Matthys, 2007).

In de onderzoeken die hier besproken worden is niet altijd duidelijk in hoeverre zij onderling vergelijkbaar zijn. Er zijn namelijk verschillen in opzet en gebruikte onderzoeksmethoden alsook verschillen in de manieren waarop en de instrumenten waarmee de resultaten gemeten zijn.

### 8.1. CGT bij angststoornissen

Terwijl angst een algemeen voorkomende emotie is en veel mensen eronder lijden, zijn angststoornissen nog niet zo lang geleden als zodanig erkend. Het eerst is aandacht besteed aan angststoornissen bij volwassenen, later bij kinderen. De eerste gepubliceerde rapportage over de behandeling van sociale angststoornis bij jeugdigen is van 1983 (Kashdan & Herbert, 2001).

In de databank zijn drie CGT-interventies opgenomen die als expliciet doel hebben angst bij jeugdigen te behandelen (zie tabel 1). De drie interventies worden in Nederland vooralsnog beschouwd als effectief in theorie. Dat wil zeggen dat zij alle drie theoretisch goed onderbouwd zijn, maar dat er in Nederland nog geen overtuigend effectonderzoek is uitgevoerd op grond waarvan het label ‘bewezen effectief’ gerechtvaardigd wordt geacht.

Tabel 1. CTG-interventies voor jeugdigen met angstproblemen, met indicaties voor leeftijd, betrokkenheid van het gezin en te verwachten resultaten

<b>Interventie</b>	<b>Leeftijd jeugdigen</b>	<b>Betrokkenheid gezin</b>	<b>Effectief in theorie of positieve resultaten uit effectonderzoek</b>
de Gezins- cognitieve gedragstherapie (Gezins-CGT)	8 tot 18 jaar	Ja	In theorie effectief
Vrienden	7 tot 16 jaar	Ja	In theorie effectief
de Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP	9 tot 14 jaar	Ja	In theorie effectief

#### *Angst in het algemeen*

McClellan & Werry (2003) stellen op basis van hun studie vast dat cognitieve gedragstherapie waarbij gebruik wordt gemaakt van zelf-instructietraining, bij angststoornissen blijkt te helpen, met name bij kindgebonden fobieën. Cognitieve gedragstherapie heeft een positieve uitwerking bij overangstige kinderen, gegeneraliseerde angst en bij separatie-angst.

In de overzichtstudie van Southam-Gerow & Kendall (2000) komen verschillende studies naar de effecten van CGT bij angststoornissen aan de orde. Zij maken een onderscheid tussen individuele cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen, gezins-cognitieve gedragstherapie en groepstherapie.

De effectiviteitsstudies naar individuele cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen met angststoornissen hebben vooral betrekking op het programma Coping Cat, een 'manual-based' programma van 16 tot 20 sessies, gericht op jeugdigen. Het programma omvat vaardigheidstrainingen en een 'exposure component'. Bij vaardigheidstrainingen moet men denken aan het leren herkennen van angstige gevoelens en somatische reacties, het leren hanteren van angstige gevoelens via zelspraak, probleemoplossende vaardigheden en zelfevaluatie. Tenslotte zijn de trainingen ook gericht op zelfversterking, om ook in de toekomst angst te leren beheersen.

Volgens Southam-Gerow & Kendall is er een aanzienlijke empirische gebleken effectiviteit. Zij maken melding van één 'multiple baseline study' en twee grootschalige Randomized Clinical Trials. De resultaten laten statistisch en klinisch significante resultaten zien die blijken uit rapportages van de betrokken jeugdigen, hun ouders en hun leraren. Ook via de meetinstrumenten die gebruikt waren bij de diagnose en de observaties bij de intake en eerste sessies, en die vervolgens bij de nametingen weer werden gehanteerd, werd een significante afname van angst gemeten. Zo blijkt uit één van de RCT's dat volgens de rapportage van de ouders 71% van de jeugdigen na de behandeling niet meer voldeed aan de criteria die voorafgaand aan de behandeling bij de diagnose waren gesteld. Verder blijkt uit de studie dat de effecten blijvend zijn over een periode van twee tot vijf jaar.

Gezien het feit dat angst van ouders de effecten van een individuele behandeling van de kinderen te niet kan doen, ligt het voor de hand dat ook de ouders bij de behandeling van kinderen worden betrokken (Elling, maart 2005). Uit verschillende RCT's waarbij de individuele - en gezinstherapie met elkaar worden vergeleken, blijkt dat over het algemeen de variant met betrokkenheid van de ouders wat betere resultaten oplevert dan de individuele therapie.

De gezinsvariant liet een significant beter resultaat zien bij kinderen van 7- tot 10 jaar en bij meisjes. Bij oudere kinderen, tussen de 11- en de 14 jaar, was er geen sprake van significante verschillen. Uit een andere RCT bleek dat bij kinderen van wie de ouders ook angstig waren de gezinsvariant effectiever was dan de individuele therapie. Bij jongeren zonder angstige ouders maakte het voor de effecten niet uit of zij deelnamen aan een gezinsvariant of aan een individuele variant van de therapie: in beide gevallen gingen zij er aanzienlijk op vooruit, maar onderling verschilden de groepen niet.

Om verschillende redenen is men ook gaan experimenteren met groepsbehandeling van angststoornissen bij jeugdigen. Overwegingen die daaraan ten grondslag lagen waren: kosteneffectiviteit, het gegeven van natuurlijke mogelijkheden om jeugdigen aan vreeswekkende situaties bloot te stellen, normalisatie van angst, positieve invloed van leeftijdgenoten tijdens het groepsproces. De auteurs maken melding van verschillende onderzoeken, waarin de groepsbehandeling wordt vergeleken met verschillende andere varianten van cognitieve gedragstherapie. De groepstherapie is effectief maar verschilt daarin niet of nauwelijks van de individuele- of gezinsvarianten die hierboven aan de orde waren.

Hoewel de onderzoekers niets daarover opmerken, kunnen wij hieruit mijns inziens de conclusie trekken dat de kosteneffectiviteit van groepstherapie groter is dan van de andere varianten.

### *Sociale fobieën*

In hun artikel in het tijdschrift *Clinical and Family Psychology Review* behandelen Kashdan en Herbert (2001) de stand van zaken op het gebied van Social Anxiety Disorder (SAD) bij jeugdigen. In Nederlandse termen: sociale angststoornis of sociale fobie. Het gaat hier om de angst voor sociale situaties waarin men 'verward' kan raken, waarin men vreest vernederd of negatief beoordeeld te kunnen worden of de angst om voor gek te staan. Dit uit zich onder meer in het vermijden van situaties met veel mensen en situaties waarin men het een en ander van de persoon verwacht: deelnemen aan de conversatie, meedoen op school, werken terwijl anderen toekijken et cetera.

Het genoemde artikel bevat een inventarisatie van 9 studies over psychotherapeutische behandeling van sociale angststoornis bij jeugdigen. In alle gevallen gaat het om cognitieve gedragstherapie. Van deze 9 studies zijn er 3 die over een behandeling gaan die speciaal is gericht op jeugdigen met sociale angststoornis. In deze gevallen gaat het om groepsbehandelingen. De overige zes studies gaan over onderzoek naar cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met angststoornissen in het algemeen, waaronder een aantal jeugdigen met sociale angststoornis.

Bij de behandelingen waarover in de verschillende onderzoeken wordt gerapporteerd zijn jeugdigen betrokken in de leeftijd van 6- tot 16 jaar.

Hoewel de onderzochte programma's verschillen vertonen, hebben zij alle vier gemeenschappelijke behandelingscomponenten:

- psycho-educatie: de therapeut geeft onder andere informatie over de drie algemene componenten van angst, te weten het somatische, het cognitieve en het gedragsmatige aspect. Verder besteedt hij aandacht aan de speciale aard van sociale angst en aan de rol van vermijdingsgedrag bij het in stand houden van de sociale angststoornis;
- exposure: de auteurs beschouwen deze methode als een hoeksteen van alle cognitieve gedragstherapeutische behandelingen voor angststoornissen. Zoals eerder uitgelegd in paragraaf 5, is exposure het onder begeleiding systematisch blootstellen aan situaties die worden gevreesd;
- het ontwikkelen van vaardigheden: dit onderdeel varieert al naar gelang de problemen en de vaardigheden van de betrokkenen. Men moet hierbij denken aan het aanleren van ontspanningsoefeningen, cognitieve herstructurering, assertiviteitstrainingen en andere sociale vaardigheidstrainingen, alsook training in probleemoplossingvaardigheden;
- huiswerkopdrachten: deze zijn bedoeld om verder te komen met de aangeleerde vaardigheden in de alledaagse praktijk.

Alle behandelwijzen waarvan het onderzoek hier wordt aangehaald zijn te beschouwen als variaties op het programma Coping Cat, ook al genoemd in de eerder behandelde studie van Southam-Gerow & Kendall (2000). Om de parallel met het artikel van Southam-Gerow & Kendall door te trekken: vier van de negen studies die hier aan de orde zijn, zijn ook door Southam-Gerow & Kendall behandeld.

Het blijkt dat de resultaten van de behandeling die gericht is op jeugdigen met angststoornissen in het algemeen, doorgaans ook bij jeugdigen met sociale fobie succesvol zijn.

Uit het onderzoek naar de niet speciaal op sociale fobie gerichte behandelingen bleken veel jeugdigen (in de verschillende onderzoeken variërend van 53 tot 100%) direct na de behandeling dan wel 6- tot 12 maanden na de behandeling verlost van de diagnose 'angststoornis' en 'sociale angststoornis'. Of men de jeugdigen in groepsessies behandelde of individueel, het blijkt voor de effectiviteit geen significante verschillen op te leveren. De eerder getrokken conclusie dat groepstherapie dan wel kosteneffectiever is, geldt ook hier. Opvallend is ook hier dat voor de jongere kinderen directe betrokkenheid van het gezin bij de therapie positiever uitwerkt dan een therapie zonder betrokkenheid van ouders of gezin. Voor de oudere jeugd maakt de directe betrokkenheid van de ouders niet veel uit.

De auteurs van het artikel dat hier aan de orde is maken ook kritische kanttekeningen bij de bijzondere resultaten van deze Coping Cat-interventies.

1. Slechts in één studie is niet een wachtlijstconditie als controle gehanteerd maar een geloofwaardig psychologisch placebo. In deze studie zijn geen verschillen gevonden in de zelfrapportages van ouders en kinderen en de klinisch significante vooruitgang. Er zijn dan ook gemengde (positieve) resultaten gevonden met betrekking tot de diagnostische criteria bij de jeugdigen, na afloop van de behandeling. Mogelijk zijn de resultaten van de Coping Cat-behandelingen voornamelijk te danken aan bepaalde karakteristieken aan de vraagkant – de jeugdigen zijn gemotiveerd en hebben aan een klein duwtje genoeg om hun gedrag te verbeteren – het enthousiasme en de steun van de therapeut, de relatie tussen therapeut en cliënten het gevoel dat met koste wat kost resultaat wil boeken.
2. Andere kritische kanttekeningen van de auteurs betreffen de omstandigheid dat er maar relatief weinig jeugdigen met een *sociale* angststoornis in de behandelde populaties aanwezig waren, zodat het moeilijk is onderbouwde uitspraken te doen.
3. In de derde plaats: de leeftijden van de betrokken jongeren liepen nogal uiteen: 6- en 16-jarigen hebben verschillende ontwikkelingstaken en zijn moeilijk via een gezamenlijk programma te benaderen. Dit doet de vraag rijzen of de geconstateerde verbeteringen onder alle omstandigheden als een gevolg van de behandeling kunnen worden beschouwd.

Tenslotte worden door Kashdan en Herbert drie onderzoeken besproken naar interventies die speciaal gericht zijn op jeugdigen met sociale fobie. Twee onderzoeken gaan over een cognitieve gedragstherapie in groepsverband (Cognitive Behavior Grouptherapy for Adolescents – CBGT-A) en één onderzoek betreft een interventie genaamd SET-C (Social Effectiveness Therapy for Children). Ik zal de verschillende behandelwijzen karakteriseren en vervolgens het onderzoek kort bespreken.

Zowel bij de CBGT-A als bij de SET-C staat het aanleren van die speciale sociale vaardigheden centraal, die juist van belang zijn voor jeugdigen met een sociale angststoornis.

Bij de CBGT-A besteden de therapeuten veel aandacht aan het aanleren van subtiele vaardigheden als het vasthouden van oogcontact, glimlachen, praten met een geschikt volume. Ook leren de jeugdigen waardering te krijgen en te accepteren, vragen te stellen, assertief te zijn en emoties bij een gesprekspartner te onderkennen en te beantwoorden. Een vernieuwend element in de therapie is de "snack break" halverwege iedere sessie. Het werkt

als een mini-exposure oefening: niet alleen stelt het de jongeren bloot aan de 'enge' ervaring van 'eten in aanwezigheid van anderen', ook verschaft de snack break een situatie om in een niet zo bedreigende situatie verschillende vormen van subtiel sociaal gedrag te oefenen.

De CBGT-A is geëvalueerd in twee beperkte studies:

Bij één studie waren 5 jongeren betrokken in de leeftijd van 13- tot 17 jaar die gedurende de 16 sessies van de therapie zijn gevolgd. Op sommige momenten in de therapie zijn de ouders van de jeugdigen bij de therapie betrokken. Direct na de behandeling zijn er geen resultaten gemeten. Drie maanden na de behandeling was bij vier van de vijf jongeren sprake van sociale fobie op subklinisch niveau. Na één jaar voldeed geen van allen meer volledig aan de criteria voor Sociale Angststoornis, zij het dat één jongere op enkele punten niet helemaal angstvrij bleek. Daarenboven bleek bij vier van de vijf jongeren geen enkele psychiatrische stoornis meer, dus ook geen enkele vorm van angstig gedrag of stemmingsstoornis.

Naast deze studie is er ook een RCT uitgevoerd met een behandelgroep en een wachtlijstgroep als controlegroep. Het bleek dat na de behandeling bij de behandelde groep sprake was van aanzienlijke en significante vooruitgang. Ondanks de gunstige vooruitzichten bleek echter een jaar na de behandeling geen significant verschil meer met de controlegroep. De controlegroep was wat vooruit gegaan en de behandelgroep scoorde minder goed dan voorheen.

De SET-C-behandeling is bedoeld voor kinderen in de pre-adolescentiefase. De interventie is grotendeels gelijk aan het CBGT-A programma. Er is echter één belangrijke toevoeging, te weten: Peer Generalization Programming. Dit onderdeel impliceert dat sociaal vaardige leeftijdgenoten (peers) in de sociale omgeving van de kinderen met Sociale Fobie worden geworven om in de zijlijn mee te doen aan het behandelprogramma. Op deze manier ontstaat een forum van sociaal vaardige leeftijdgenoten die in bepaalde situaties normaal gedrag kunnen vóórdoen en de groepsleden kunnen uitnodigen voor vriendelijke en niet bedreigende contacten. Na iedere wekelijkse groepsessie zijn er met deze handige peers gezellige groepsbijeenkomsten georganiseerd – bowling, vissen, bezoek aan speelhallen – waardoor de jongeren met angstproblemen kunnen omgaan met leeftijdgenoten die hen aanspreken, maar die ze onder normale omstandigheden mijden.

Er is een RCT uitgevoerd waarbij 76 jeugdigen met Sociale Fobie at random toegewezen zijn aan het SET-C-programma en een ander behandelprogramma dat empirisch aanvaardbaar is gebleken voor examenvrees. Het alternatieve programma was even lang van duur, bood evenveel contact met therapeuten en evenveel social-exposure taken. Wel was er verschil in de mate van individuele toespitsing, waarvan bij SET-C sprake is.

De resultaten zijn als volgt samen te vatten. Na de behandeling voldeed 67% van de jeugdigen van SET-C niet meer aan de criteria voor sociale angststoornis, tegen 5% van de deelnemers aan het alternatieve programma. Zes maanden later was 85% van de SET-C groep vrij dan de diagnose Sociale Angststoornis. De verbeteringen werden vastgesteld door de kinderen zelf, hun ouders en onafhankelijke waarnemers die keken naar de sociale presentatie van de kinderen.

## **8.2. Depressieve klachten**

In de databank is één interventie opgenomen die zich expliciet richt op jeugdigen met stemmingsstoornissen. Het betreft Stemmingmakerij, een groepsgerichte, preventieve interventie in cursusvorm, bestemd voor jongeren tussen de 15 en 19 jaar die last hebben van een hoog niveau van depressieve klachten.

Tabel 2. CTG-interventie voor jeugdigen met depressieve symptomen, met indicaties voor leeftijd, betrokkenheid van het gezin en te verwachten resultaten

<b>Interventie</b>	<b>Leeftijd jeugdigen</b>	<b>Betrokkenheid gezin</b>	<b>Effectief in theorie of positieve resultaten uit effectonderzoek</b>
Stemmingmakerij	15 tot 19 jaar	Nee, schoolprogramma	Positieve resultaten uit effectonderzoek

Het doel is depressieve symptomen te verminderen en depressieve stoornissen op te heffen. In een studie is de effectiviteit van deze interventie voor een aanzienlijk deel aangetoond. (Elling, december 2004)

De overzichtsstudie van Southam-Gerow & Kendall (2000) levert ten aanzien van het thema depressie het volgende op. De American Academy of Child and Adolescent Psychiatry doet de aanbeveling voor psychotherapie als eerste behandelwijze voor jeugdigen die lijden aan depressie. Daarbij wordt cognitieve gedragstherapie als een van de meest onderzochte en aanbevolen therapieën gezien. Deze opstelling wordt onder andere ondersteund door de effectmaten die in overzichten van studies en meta-analyses zijn gevonden, variërend van 1.02 tot 1.27 na de behandeling en een follow-up effect van gemiddeld 0.61

De therapie gaat in op de verschillende componenten die verband houden met de risicofactoren die kunnen leiden tot een depressieve stoornis. Over het algemeen zijn er in de cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen met depressie 4 kernelementen te onderscheiden die verband houden met die componenten:

- Affectieve educatie en vaardigheden om gevoelens te hanteren; bij affectieve educatie gaat het er onder meer om de redenen van het hebben van emoties te leren kennen en de verschillende kanten – positieve en negatieve – die aan gevoelens vastzitten. Om de emoties te leren hanteren worden onder meer ontspanningstechnieken aangeleerd.
- Gedragmatige vaardigheden, waaronder probleemoplossingvaardigheden en het selecteren van activiteiten waarbij men zich prettig voelt.
- Cognitieve vaardigheden, waaronder het aanleren van constructieve denkwijzen en positieve zelfspraak;
- Het in de beschouwing betrekken van de gezinscontext, waarbij de nadruk ligt op het aanleren van communicatievaardigheden en het oplossen van conflicten.

Bij de verschillende soorten cognitieve gedragstherapie voor depressieve jongeren zijn individuele – en groepsvarianten te onderscheiden.

Diverse onderzoeken waarin de uitwerking van verschillende individuele therapieën en gezinstherapieën worden vergeleken met cognitieve gedragstherapeutische interventies, laten een superioriteit van de cognitieve gedragstherapieën zien. Bij die onderzoeken werden zowel therapieën van 5- tot 8 sessies, als interventies van 12- tot 16 sessies betrokken.

In het onderzoek naar de groepsvarianten in de cognitieve gedragstherapieprogramma's vergelijken de onderzoekers enerzijds verschillende gelijksoortige programma's, anderzijds vergelijken zij de cognitieve gedragstherapeutische programma's met andere interventies.

De auteurs maken melding van één onderzoek waarin de toepassing van het programma Coping with Depression voor jongeren alléén en de toepassing voor jongeren en ouders met elkaar worden vergeleken. Het programma bestaat uit 15 groepsessies waarbij cognitieve technieken en technieken gericht op gedragsverandering worden gecombineerd. In de RCT waarin beide toepassingen worden vergeleken, zijn jeugdigen van 14- tot 18 jaar betrokken met een aanzienlijke depressieve stoornis (Major Depressive Disorder). Beide toepassingen bleken effectief in die zin dat er na de behandeling significant lagere scores waren op de Beck Depression Inventory. Er bleek echter geen toegevoegde waarde in het geval waarin de ouders betrokken werden.

In een tweede RCT werden twee groepen vergeleken die beide dezelfde interventie meemaakten, met dat verschil dat bij één groep na de behandeling nazorgsessies kregen. Ondanks de theoretische onderbouwing van het feit dat nazorg een positieve en versterkende uitwerking heeft, bleek de nazorg geen toegevoegde waarde te hebben.

Interessant is nog de vaststelling van de auteurs dat de goepsinterventie bewezen effectief is bij het voorkómen van depressieve klachten bij adolescenten die verhoogd risico lopen op een depressieve stoornis in het latere leven. Het in de databank opgenomen programma “Stemmingmakerij”(Elling, december 2004), vertoont verwantschap met het hier aangeduide programma. .

Volgens de studie van McClellan & Werry (2003) blijkt cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van depressie effectief in vergelijking met controlegroepen die op de wachtlijst staan, deelnemen aan gezinstherapie, non-directieve ondersteunende therapie of ontspanningstherapie volgen. De effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met verhoogde scores op depressieschalen (ter onderscheiding van kinderen met een echte depressieve stoornis) impliceren “zelf-controle”, training in probleemoplossingsvaardigheden, training in ontspanning, “self-modeling”, training in adequate verwerking van sociale informatie en verbetering van zelfbeheersing.

Van der Steege (2007) is echter weer minder positief over de effecten van cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van depressiviteit bij jeugdigen. Zij haalt een “systematic review of meta-analyses” aan van Cuijpers & Dekkers (Cuijpers & Dekkers, 2005) waaruit blijkt dat CGT niet effectiever is bij de behandeling van depressiviteit dan andere psychologische behandelingen.

### **8.3. Dwangneurose**

Obsessive Compulsieve Disorder – OCD – ook wel bekend als dwangneurose of dwangstoornis, is een stoornis waarbij de kwaliteit van het leven in aanzienlijke mate wordt aangetast door angst, dwanggedachten en dwanghandelingen.

In de Databank zijn nog geen interventies opgenomen die bedoeld zijn om dwangneurosen te behandelen. Volgens Southam-Gerow & Kendall (2000) is slechts weinig onderzoek voor handen naar de uitwerking en de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij obsessief dwangmatig gedrag. Door de auteurs zijn geen RCT's op dit gebied gevonden. Wel wordt melding gemaakt van enkele ontwikkelingsonderzoekingen. In de onderzochte gevallen wordt de psychotherapeutische werking vergeleken met een behandeling met medicijnen. De toegepaste psychotherapie bevat dan veelal “exposure and response prevention”, technieken om angst te beheersen en psycho-educatie. In de meeste onderzochte gevallen is echter

sprake van medicijngebruik én psychotherapie De auteurs kunnen niet anders dan constateren dat degelijke conclusies voorlopig niet mogelijk zijn, onder andere door het ontbreken van goed onderzoek.

McClellan & Werry. (2003) maken melding van een Nederlandse studie onder jongeren met OCD waaruit blijkt dat gedragstherapie even goed of beter werkt dan het antidepressivum clomipramine, een middel tegen ernstige neerslachtigheid, dat onder andere ook wordt gebruikt bij paniek-aanvallen en fobieën.

#### 8.4. Psychotrauma

De databank vermeldt drie interventies die geïndiceerd zijn bij psychotrauma, te weten Horizon, Speltherapie voor kinderen onder de naam Beeldcommunicatie en Eye Movement Desensitization & Reprocessing, afgekort EMDR, een programma, dat de informatieverwerking in de hersenen stimuleert. Alleen Horizon (Wolzak, juni 2006) is aan te merken als een cognitief gedragsmatig programma.

Tabel 3. CTG-interventie voor jeugdigen met psychotrauma, met indicaties voor leeftijd, betrokkenheid van het gezin en te verwachten resultaten

<b>Interventie</b>	<b>Leeftijd jeugdigen</b>	<b>Betrokkenheid gezin</b>	<b>Effectief in theorie of positieve resultaten uit effectonderzoek</b>
Horizonmethodiek	4 tot 12 jaar	Ja	In theorie effectief

Ontwikkelingsonderzoek toont significante verbeteringen bij kinderen aan wat betreft posttraumatische stressstoornis, depressie en externaliserende gedragsproblemen.

Southam-Gerow & Kendall (2000) besteden ook enige aandacht aan cognitieve gedragstherapie bij posttraumatische stress stoornissen (PTSD). Zij beginnen met de vaststelling dat er slechts beperkte literatuur is over de behandeling van jeugdigen met PTSD, ondanks het feit dat het veel voorkomt dat jeugdigen lijden onder fysiek en seksueel misbruik, getuige zijn van huiselijk geweld, betrokken zijn bij natuurgeweld, oorlog, verkeersongelukken en ander onheil. In de laatste vijf jaar van de vorige eeuw zijn er echter enkele studies verricht die positieve resultaten melden van cognitief gedragstherapeutische interventies bij PTSD.

Een belangrijke component in de CGT-behandeling van een posttraumatische stressstoornis is 'exposure'. Exposure in dit verband houdt in: het oproepen van beelden, het herbeleven van de angst en de pijn, en het verhalen over de pijnlijke gebeurtenissen. Zo mogelijk wordt ook de plaats van het onheil bezocht. Deze exposure kan voor de jeugdige zeer belastend zijn. Wanneer exposure zou kunnen worden verminderd, zou de behandeling voor veel jeugdigen veel minder pijnlijk zijn.

De auteurs voeren enkele studies met een multiple baseline design op en één RCT. In de meeste gevallen gaat het om onderzoek naar de effecten van de behandeling van kinderen die te maken hebben gehad met seksueel misbruik. Samengevat leiden de onderzoeksresultaten tot de conclusie dat cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met PTSD veelbelovend is. Zij



pleiten voor meer RCT's waarbij dan tegelijkertijd enkele dringende vragen moeten worden beantwoord, waaronder:

- wat is de rol van een 'exposure-component' in de behandeling van jeugdigen en is zo'n 'exposure-component' noodzakelijk?
- is er verschil in benadering geïndiceerd al naar gelang de aard van de traumatische gebeurtenis, zoals seksueel misbruik, fysiek geweld, natuurrampen, oorlogsgeweld?
- is de chroniciteit van het trauma of de 'stressor' voor de behandeling van belang, bijvoorbeeld is er verschil in behandeling vereist wanneer het gaat om incidentele gebeurtenissen of om aanhoudende blootstelling aan traumatische gebeurtenissen?

Terloops wordt ook het belang van de betrokkenheid van de ouders – althans de niet bedreigende ouder – onderstreept.

Ondertussen is er in het begin van deze eeuw enig onderzoek gedaan op dit gebied. Daarbij werd de behandeling met cognitief gedragstherapeutische programma's vergeleken met onder andere de Eye Movement Desensitization & Reprocessing, EMDR. De algemene conclusie uit dit onderzoek is dat cognitieve gedragstherapie en EMDR in gelijke mate effectief zijn, zij het dat EMDR als voordeel heeft dat er met minder sessies kan worden volstaan en dat bij EMDR de exposurebeleving voor de cliënten minder belastend is. Ik noem hier twee studies die hier van belang zijn: het onderzoek van De Roos e.a. naar de behandeling van jeugdigen die de vuurwerkkramp in Enschede hebben meegemaakt (De Roos e.a., 2006) en het onderzoek van Jaberghaderi e.a. (2004) naar de behandeling van 12- en 13-jarige Iranese meisjes die seksueel zijn misbruikt.

### **8.5. Agressie en gedragsstoornissen, waaronder delinquentie**

Voor de behandeling van gedragsstoornissen waaronder boos, opstandig en agressief gedrag alsook (dreigende) delinquentie, bevat de Databank Effectieve Jeugdinterventies een aantal behandelprogramma's voor verschillende leeftijdscategorieën. Een tiental is tevens te karakteriseren als cognitief gedragstherapeutische interventies. Zij bevatten in ieder geval duidelijke CGT-componenten. Zij zijn in tabel 4 weergegeven.

Tabel 4. CTG-interventies voor jeugdigen met gedragsproblemen, met indicaties voor leeftijd, betrokkenheid van het gezin en te verwachten resultaten

<b>Interventie</b>	<b>Leeftijd jeugdigen</b>	<b>Betrokkenheid gezin</b>	<b>Effectief in theorie of positieve resultaten uit effectonderzoek</b>
STOP 4-7 - Samen sterker Terug Op Pad	4 tot 7 jaar	Ja (ook de school)	In theorie effectief
Minder boos en opstandig	8 tot 12 jaar	Ja	Positieve resultaten uit effectonderzoek
Zelfcontrole	9 tot 12 jaar	Ja	Positieve resultaten uit effectonderzoek
Beter met Thuis	6 tot 15 jaar	Ja	In theorie effectief
Gezin Centraal	6 tot 14 jaar	Ja	In theorie effectief
Functionele Gezinstherapie; Functional Family Therapy (FFT)	11 tot 18 jaar	Ja	In theorie effectief
Triple P	0 tot 16 jaar	Ja, voornamelijk gezin	In theorie effectief
Equip	12 tot 20 jaar	Nee, residentieel	In theorie effectief
Denken en Voelen	12 tot 18 jaar	Nee, (semi-)residentieel	In theorie effectief
Taakspel	7 tot 9 jaar	Nee, schoolprogramma	Positieve resultaten uit effectonderzoek

In de buitenlandse literatuur wordt ook de nodige aandacht besteed aan CGT in relatie met gedragsstoornissen.

Southam-Gerow & Kendall (2000) beginnen met constatering van het vóórkomen van gedragsstoornissen. Volgens hen is er in prevalentiestudies aangetoond dat 5 tot 10% van de kinderen in klinische zin agressief gedrag vertoont of gedragsproblemen heeft. Bij een groot deel van deze kinderen is sprake van blijvende agressiviteit en van antisociaal gedrag in het latere leven.

Verder stellen zij vast dat zowel biologische factoren als gezinsfactoren een belangrijke rol spelen in het begrijpen van agressief gedrag in de kindertijd. De benadering waarbij aandacht is voor de cognitieve en gedragsmatige facetten van agressie is vruchtbaar gebleken bij de begripsvorming en de behandeling van agressie bij kinderen.

Het denken dat ten grondslag ligt aan de cognitieve gedragstherapie veronderstelt dat de verbinding tussen gebeurtenissen in de omgeving en het ontstaan van boosheid gemedieerd wordt door op de ervaring gebaseerde evaluaties en verwachtingen ten aanzien van die gebeurtenissen. Via cognitief gedragtherapeutische interventies gericht op het cognitief herstructureren van die evaluaties en het aanleren van meer adequate verwachtingen, kan men het ontstaan van boosheid en het daaraan gekoppelde gedrag in positieve zin beïnvloeden.

Van de verschillende cognitieve gedragsinterventies die zijn ontwikkeld zijn er een drietal mogelijk effectief, zo vervolgen de auteurs hun betoog. Ik duid ze hier kort aan:

1. Kazdin en zijn collega's hebben een individuele gedragstherapie voor kinderen ontwikkeld waarin gedurende 20 sessies het verwerven en hanteren van

probleemoplossingvaardigheden aan de orde is. In de eerste plaats oefenen de kinderen deze vaardigheden in situaties met weinig stress. Later wordt een en ander toegepast in meer gecompliceerde persoonlijke situaties. De effectiviteit van deze 'training in problemen oplossen' is op effectiviteit onderzocht bij jongeren in een psychiatrische inrichting, die daar zaten wegens antisociaal gedrag.

2. Een andere belangrijke interventie is het *Anger Coping Programme*. Van dit groepsprogramma is onder andere gebruik gemaakt bij de ontwikkeling van de Nederlandse interventie *Minder Boos en Opstandig*, die in de Databank is opgenomen (Van Yperen, november 2004). De kinderen leren emotionele ervaringen te herkennen en te benoemen. Zij leren zichzelf te beschouwen en te bewaken (self-monitoring) en zich te beheersen door zichzelf toe te spreken. Daarbij leren zij vaardigheden om problemen en conflicten adequaat op te lossen. De effectiviteit van dit programma is aangetoond tot drie jaar na de laatste behandeling.
3. Enigszins vergelijkbaar is het groepsprogramma van Feindler en anderen, waarover in 1986 is gepubliceerd. Dat programma legt de nadruk op het leren hanteren van opkomende opgewondenheid, cognitieve herstructurering van de gedachten, probleemoplossingvaardigheden en het aanleren van pro-sociaal gedrag. Ontspanningsoefeningen om fysieke opwindning te leren beheersen kunnen zijn toegevoegd. Ook van deze interventie is de effectiviteit in gecontroleerde studies aangetoond.

De cognitieve gedragsmatige benadering blijkt bij de aanpak van boos, agressief en antisociaal gedrag veelbelovend. Veel sociale en gedragswetenschappers zijn van oordeel dat ook de sociale omgeving bij de behandeling van agressief en antisociaal gedrag moet worden betrokken. De redenen daarvoor zijn dat, net zoals de sociale omgeving een rol kan spelen bij het opwekken en in stand houden van het ongewenst gedrag, zij ook van betekenis kan zijn bij het stoppen van dat gedrag. Zij pleiten ervoor dat naast de cognitieve gedragstherapeutische programma's gericht op de betreffende kinderen, ook de ouders, de school en mogelijk significante anderen in het sociale netwerk van de jeugdigen worden betrokken. Een goed voorbeeld van de hier bepleite benadering treffen we aan in de interventie STOP 4-7, die in de databank is opgenomen. Ook bij 'Zelfcontrole' en 'Minder boos en opstandig' worden de ouders betrokken terwijl een aantal andere interventies uit de databank heel nadrukkelijk het gezin van meet af aan als invalshoek kiezen. Ik noem de 'Functional Family Therapy', 'Beter met Thuis', 'Gezin Centraal' en 'Triple P'.

Ook McClellan & Werry (2003) stellen op grond van hun wetenschappelijke arbeid dat in verschillende studies is vastgesteld dat interventies die zijn gericht op de cognitieve processen die aan de gedragsstoornissen ten grondslag liggen, tot verbetering leiden. Deze interventies impliceren dan training in het oplossen van problemen, training in strategieën om boosheid te hanteren, assertiviteitstraining en Rationeel-Emotieve Therapie.

Ook hier weer, het wordt bijna een cliché, komt uit de inventarisatie van studies naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie naar voren dat deze therapieën vaak worden aangevuld met interventies die op de ouders en het gezin zijn gericht. Dit blijkt in veel gevallen zeer succesvol te zijn, waarbij de resultaten in het geval van gedragsstoornissen bij kinderen tussen de 4 en der 8 jaar vooralsnog het meest opmerkelijk lijken.

Met het oog hierop zijn de Parent Management Training Programs ontwikkeld, gericht op het verbeteren van de interactie tussen ouders en kinderen, op het vergroten van de

effectiviteit van het optreden van de ouders en op het verminderen van dwang en drillen in de opvoeding. De gezinsinterventie van Patterson, die gebaseerd is op gedragstherapeutische principes waarbij ouders wordt geleerd kinderen te monitoren en gedragsveranderingen bij kinderen te weeg te brengen door gebruik te maken van de leertheorie, is in verschillende studies superieur gebleken in vergelijking met andere interventies. Deze aanpak is overigens ook effectief gebleken in gevallen van angststoornissen en eetstoornissen.

Tenslotte rapporteren McClellan & Werry (2003) enkele resultaten van multimodale interventies, waarbij elementen uit de cognitieve gedragstherapie worden benut. Het blijkt dat multimodale of multisysteemtherapie veel effectiever is dan opsluiting of opname in een psychiatrische kliniek en andere traditionele behandelingen. De effecten bleken echter af te nemen na een periode van 12- tot 16 maanden. Multisysteemtherapie blijkt met name effectief te zijn bij jeugdigen met drugsproblemen en jeugdigen in crisissituaties.

In haar overzichtsartikel 'Wat werkt bij jongeren met gedragsstoornissen en delinquent gedrag?' stelt Leonieke Boendermaker (2008) vast dat cognitief-gedragstherapeutische interventies bij gedragsstoornissen en delinquent gedrag tot positieve veranderingen leiden. Daarbij tekent zij aan dat dit soort interventies bij adolescenten meer verandering teweeg blijken te brengen dan bij kinderen. Bij kinderen wordt meer gedragsverandering bereikt door het trainen van de opvoedingsvaardigheden van ouders. De effecten op de gedragsverandering bij kinderen zijn nog groter, als training van de ouders gecombineerd wordt met training van kinderen. Met het oog op deze constatering is eerder ook al gewezen op het belang van de interventie STOP 4-7 (Elling, maart 2006).

Boendermaker verwijst verder onder andere naar een meta-analyse van Landenberger & Lipsey (2005) waarin is nagegaan welke factoren van de cognitief-gedragstherapeutische benadering vooral effectief zijn. Gemiddeld vonden Landenberger & Lipsey een reductie van recidive gedurende 12 maanden na de CGT-interventies van ruim 25%. Zij vonden echter ook aanzienlijke verschillen in de uitkomsten van de studies die zij bij hun meta-analyse betrokken. Bij hun zoeken naar een verklaring voor deze verschillen vonden zij dat van alle mogelijke elementen binnen het CGT-arsenaal drie elementen in het bijzonder een positief effect hadden en twee een negatieve uitwerking hadden.

De elementen met positieve effecten zijn:

- het geven van individuele aandacht, zoals bijvoorbeeld individuele counseling, in aanvulling op de groepssessies, waarin andere vormen van CGT aan de orde waren;
- het leren herkennen van situaties die boosheid oproepen, het leren herkennen van opkomende boosheid en het leren zich te beheersen;
- het trainen van vaardigheden om problemen met anderen op te lossen en druk vanuit de peergroup te hanteren.

De elementen die een negatieve uitwerking op de recidive hebben zijn:

- het leren zich rekenschap te geven van de gevolgen van het agressieve handelen voor het slachtoffer;
- trainingen gericht op louter gedragsverandering.

Verder blijken zorgvuldige implementatie van de interventie, het bewaken van de kwaliteit van en de 'trouw' aan de therapie alsook een gedegen training van de behandelaars de

positieve effecten te verhogen. Onder de meest gunstige omstandigheden en met de genoemde elementen die positief uitwerken blijkt een recidivereductie van ruim 50% haalbaar.

Landenberger & Lipsey (2005) maken tenslotte melding van het bemoedigende feit dat de effecten van CGT juist het grootst zijn bij jongeren en volwassenen met het grootste risico op recidive. Dit in tegenstelling tot de algemene veronderstelling dat deze mensen minder toegankelijk zouden zijn voor behandeling.

Bij de bespreking van het mogelijke nut van cognitieve gedragstherapie bij gedragsstoornissen mag de studie van Nock (Nock, 2003) niet onbesproken blijven. Hier en daar presenteert Nock ook effectmaten. Volgens hem zijn er talloze studies die de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met gedragsstoornissen hebben aangetoond. Verschillende metastudies laten gematigde tot grote effectmaten zien, variërend van 0.47 tot 0.90. Hoewel de effectiviteit van de behandeling van gedragsproblemen hiermee nog niet onomstotelijk is aangetoond, wordt de cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen met gedragsproblemen wel als veelbelovend gezien. De superioriteit van deze benadering in vergelijking met andere benaderingen, waaronder non-directieve relatietherapie, inzichtbevorderende therapie en residentiële activiteitenprogramma's, is duidelijk. Jeugdigen die hebben deelgenomen aan een cognitieve gedragstherapie hebben meer kans om in het normale leven adequaat te functioneren dan jeugdigen die een andere behandeling hebben ondergaan.

Daar staat tegenover, zo stelt de onderzoeker, dat er ook veel jeugdigen zijn die ondanks de cognitieve gedragstherapie het adequaat niveau van functioneren niet bereiken.

Een ander kritische opmerking van Nock betreft de wijze waarop het functioneren van de jeugdigen wordt gemeten. Hij sluit daarbij aan bij de hier eerder al aangehaalde kritiek die Brestan & Eyberg ten aanzien van veel onderzoek formuleren. Veel studies baseren zich uitsluitend op rapportages van ouders en leerkrachten en maken geen gebruik van meer objectieve meetinstrumenten om het functioneren in beeld te brengen. De conclusie van Nock is dan ook, dat ondanks de veelbelovende resultaten, de feitelijke invloed van de cognitieve gedragstherapie nog niet afdoende is vastgesteld.

In het algemeen stelt hij dat het nog niet geheel duidelijk is welke componenten in de verschillende gevallen het meest effectief zijn en hoe de verschillende componenten van de behandelingen op elkaar inwerken. Nader onderzoek op dit punt is vereist.

Overigens onderstreept Nock wel dat uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie gecombineerd met Parent Management Training in veel gevallen zeer effectief is. Ook in het eerder aangehaalde overzichtsartikel van Boendemaker werd dit benadrukt. De achtergrond hiervan is naar alle waarschijnlijkheid gelegen in de plausibel lijkende theorie volgens welke gedragsproblemen bij kinderen te beschouwen zijn als het resultaat van inadequate ouder-kind interacties, waardoor bij het kind de aanwezige neiging om zich problematisch te gedragen wordt versterkt en waardoor bij de ouders de neiging wordt versterkt ineffectieve disciplinaire maatregelen te treffen. In de Parent Management Training wordt ouders meer effectief opvoedingsgedrag geleerd: het probleemgedrag van het kind wordt permanent en consequent benoemd, in de gaten gehouden en bestraft, terwijl het pro-sociale gedrag van het kind wordt versterkt.

Parent Management Training is de best onderzochte interventie gericht op kinderen met gedragsproblemen. Nock haalt een metastudie uit 1996 aan waaruit een algemene effectmaat bleek van 0.86. In de vele studies was PMT het meest effectief vergeleken met verschillende andere interventies. PMT wordt beschouwd als een ‘evidence based’ interventie in het geval van jeugdigen met gedragsproblemen.

## 8.6. ADHD

Behandeling van ADHD is een lastig thema. In de databank zijn er vooralsnog geen interventies opgenomen die bewezen dan wel in theorie effectief zijn bij de behandeling van ADHD. Er zijn drie op de CGT gebaseerde interventies die in zekere zin als ‘in theorie effectief’ kunnen worden beschouwd. Bij twee van de cognitief gedragstherapeutische behandelmethoden, te weten ‘Minder boos en Opstandig’ en ‘Zelfcontrole’, kan ADHD in de behandeling worden betrokken wanneer het een co-morbide stoornis betreft en de andere gedragsstoornissen als belangrijkste aanleiding voor de behandeling gelden.

Tabel 5. CTG-interventie voor jeugdigen met ADHD als belangrijkste – dan wel als co-morbide aandoening, met indicaties voor leeftijd, betrokkenheid van het gezin en te verwachten resultaten

<b>Interventie</b>	<b>Leeftijd jeugdigen</b>	<b>Betrokkenheid gezin</b>	<b>Effectief in theorie of positieve resultaten uit effectonderzoek</b>
Minder boos en opstandig	8 tot 12 jaar	Ja	Voor ADHD in theorie effectief
Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)	0 tot 18 jaar	Ja	Voor ADHD in theorie effectief
Zelfcontrole	9 tot 12 jaar	Ja	Voor ADHD in theorie effectief

Bij de ‘Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)’ (Van der Steege, 2005) ligt het wat ruimer: ADHD wordt als één van de indicaties beschouwd. OVG heeft overigens over het algemeen een klein effect op de vermindering van het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige. In vergelijkend onderzoek met andere Intensieve Pedagogische Thuishulp-modules komt een middelgroot effect op de vermindering van de ervaren opvoedingsbelasting bij de ouders naar voren.

Kijkend naar onze overzichtsstudies, constateren Southam-Gerow & Kendall (2000) dat ondanks de verwachtingen die men over het algemeen had van de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met ADHD, de resultaten tot nu toe tegenvallen. In alle gevallen zijn de resultaten van cognitieve gedragstherapie matig en werken medicijnen aanzienlijk beter. Het maximale effect dat men heeft weten te bereiken is, dat een lage dosis medicijnen in combinatie met cognitieve gedragstherapie even goede resultaten oplevert als een hoge dosis medicijnen alléén.

Wat wel effect lijkt te hebben zijn gedragstherapeutische oudertrainingen en op de gedragstherapie gebaseerde interventies in schoolklassen. Een dergelijke interventie, de ‘groepsmediatietherapie voor ouders van kinderen met ADHD’, is in de databank opgenomen in de lijst met “nog niet opgenomen interventies”.

Ook McClellan & Werry (2003) rapporteren minder optimistische resultaten van cognitieve gedragstherapie bij ADHD. Daarbij hebben zij dan vooral het bevorderen van verbeterde zelfcontrole door het aanleren van vaardigheden om problemen op te lossen op het oog – bijvoorbeeld de Stop-Denk-Doe-Methode. Uit gecontroleerde studies is volgens hen niet gebleken dat deze aanpak tot positieve resultaten leidt. Deze vorm van therapie kan wel van nut zijn wanneer zij wordt gecombineerd met andere multimodale behandelprogramma's. Zo is er enige steun gevonden voor de veronderstelling dat gedragsmatige interventies in de schoolklas en training van ouders en leerkrachten in het consistent optreden bij moeilijk gedrag en het aanleren van ander gedrag tot gedragsverbetering leiden. Het is echter gebleken dat gedragsmatige interventies over het algemeen minder effectief zijn dan alleen medicatie, dat verbeteringen niet kunnen worden gegeneraliseerd in andere settings en dat ze geen stand houden na de periode van de therapie.

Gezien het voorafgaande, kan het geen verwondering wekken dat Van der Steege (2007), die zich gedeeltelijk op andere bronnen baseert, ook tot de conclusie komt dat cognitieve gedragstherapieën niet werken voor jeugdigen met ADHD. Zij maakt daarbij een voorwaardelijke uitzondering voor zelfinstructie, zelfcontrole of zelfregulatie trainingen. Zij sluit aan bij de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ door te stellen “ (...) dat een zelfregulatietraining voor jeugdigen met ADHD effectief is als de gedragsproblemen voortkomen uit impulsiviteit. Deze interventie, gericht op het kind, dient echter niet standaard geïndiceerd te worden en (dient) in de context te staan van een oudertraining en / of leerkrachtraining. Pas als de omgeving de noodzakelijke structurerende aanpassingen heeft gerealiseerd, is het zinvol de zelfregulatie van het kind te trainen” (Van der Steege, 2007. p. 98).

### 8.7. Eetstoornissen

De databank bevat één veelbelovende cognitieve gedragstherapeutische interventie op het gebied van eetstoornissen. Het betreft de interventie (W)eet en Beweeg, die bestemd is voor kinderen met overgewicht en obesitas.

Tabel 6. CTG-interventie voor jeugdigen met overgewicht en obesitas, met indicaties voor leeftijd, betrokkenheid van het gezin en te verwachten resultaten

<b>Interventie</b>	<b>Leeftijd jeugdigen</b>	<b>Betrokkenheid gezin</b>	<b>Effectief in theorie of positieve resultaten uit effectonderzoek</b>
(W)eet & Beweeg	6 tot 18 jaar	Ja	In theorie effectief

Het is het type interventie waarover McClellan & Werry (2003) opmerken dat de combinatie van op het kind en op het gezin gerichte cognitief gedragstherapeutische benaderingen in gevallen van angststoornissen en eetstoornissen effectief is gebleken.

### 9. Nawoord

In het eerste deel van deze beschouwing zijn de theoretische achtergronden van de cognitieve gedragstherapie belicht en zijn de belangrijkste werkwijzen globaal geschetst. Op basis van het inzicht dat inadequate gedachten of denkfouten, ondeugdelijke denkschema's en inadequate informatieverwerking ten grondslag liggen aan veel psychische problemen en aan

onbeholpen, gestoord en storend gedrag, zijn tal van behandelingsvarianten ontwikkeld onder de noemer cognitieve gedragstherapie. Enkele van de belangrijkste varianten zijn in paragraaf 5 genoemd.

Het is onnodig te zeggen dat het handelingsrepertoire van de cognitieve gedragstherapeut veel gevarieerder is dan in het kader van dit artikel aan de orde kan komen. Voor een meer volledig overzicht van werkwijzen, methoden en technieken van de cognitieve gedragstherapeut zij verwezen naar het reeds eerder aangehaalde boek van Cladder c.s., *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen* (Cladder e.a.2005.).

In het tweede deel van dit artikel is enig onderzoek naar de effectiviteit van de verschillend toepassingen van de cognitieve gedragstherapie besproken. In een aantal gevallen zijn er positieve resultaten uit effectonderzoek te melden. Wanneer daarvan (nog) geen sprake lijkt, kan de behandeling in een aantal gevallen wel als theoretisch veelbelovend worden beschouwd. In de terminologie die in het kader van de Databank Effectieve Jeugdinterventies wordt gebezigd: de interventie is dan in theorie effectief. Tegen deze achtergrond is het niet moeilijk de retorische vraag van Graham (2006), of de cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen als een voorbijgaande mode dan wel als een blijvend instrument kan worden beschouwd, te beantwoorden.

De komende periode zullen meer veelbelovende, in theorie effectieve en bewezen effectieve interventies in de databank worden opgenomen. Los daarvan mogen we verwachten dat de ontwikkelingen van cognitieve gedragstherapieën doorgaat. De CGT lijkt een vorm van therapie met nog onontgonnen mogelijkheden.



## BIJLAGE

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies, [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl), zijn minimaal 19 interventies beschreven die kunnen worden beschouwd als varianten op de CGT of met duidelijk herkenbare onderdelen van de CGT. Zij zijn opgenomen in onderstaande tabel 7.

Tabel 7. Opsomming van interventies uit de Databank Effectieve Jeugdinterventies gebaseerd op CGT of met herkenbare onderdelen daarvan, in alfabetische volgorde, met gegevens over de leeftijd van de doelgroep, de betrokkenheid van het gezin en de al dan niet aangetoonde effectiviteit.

<b>Interventie</b>	<b>Leeftijd jeugdigen</b>	<b>Betrokkenheid gezin</b>	<b>Effectief in theorie of positieve resultaten uit effectonderzoek</b>
Beter met Thuis	6 tot 15 jaar	Ja	In theorie effectief
Denken en Voelen	12 tot 18 jaar	Nee, (semi-)residentieel	In theorie effectief
Equip	12 tot 20 jaar	Nee, residentieel	In theorie effectief
Functionele Gezinstherapie; Functional Family Therapy (FFT)	11 tot 18 jaar	Ja	In theorie effectief
Gezin Centraal	6 tot 14 jaar	Ja	In theorie effectief
de Gezins- cognitieve gedragstherapie (Gezins-CGT)	8 tot 18 jaar	Ja	In theorie effectief
Horizonmethodiek	4 tot 12 jaar	Ja	In theorie effectief
Minder boos en opstandig	8 tot 12 jaar	Ja	Positieve resultaten effectonderzoek
Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)	0 tot 18 jaar	Ja	In theorie effectief
Programma Alternatieve Denkstrategieën.	6 tot 12 jaar	Nee, schoolprogramma, ouderparticipatie mogelijk	In theorie effectief
de Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP	9 tot 14 jaar	Ja	In theorie effectief
Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma	13 tot 17 jaar	Enigszins	In theorie effectief
Stemmingmakerij	15 tot 19 jaar	Nee, schoolprogramma	Positieve resultaten uit effectonderzoek
STOP 4-7 - Samen sterker Terug Op Pad	4 tot 7 jaar	Ja (ook de school)	In theorie effectief
Triple P	0 tot 16 jaar	Ja, voornamelijk gezin	In theorie effectief
Taakspel	7 tot 9 jaar	Nee, schoolprogramma	Positieve resultaten uit effectonderzoek
Vrienden	7 tot 16 jaar	Ja	In theorie effectief
(W)et & Beweeg	6 tot 18 jaar	Ja	In theorie effectief
Zelfcontrole	9 tot 12 jaar	Ja	Positieve resultaten uit effectonderzoek

## 10. Lijst met aangehaalde literatuur

Bartels, A.A.J., Schuurmsma, S. & Slot N.W. (2001). Interventies. In: R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie, omvang, oorzaken en interventies*. Houten / Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Boendermaker, L. (2008). Wat werkt bij jongeren met gedragsstoornissen en delinquent gedrag? *NJi themadossier gedragsstoornissen* ([www.nji.nl](http://www.nji.nl))

Boer, F., & Bögels, S. M. (2002). Angststoornissen bij kinderen: Genetische en gezinsinvloeden. *Kind en Adolescent*, 23, 266-284.

Bögels, S. M. & Boer, F. (2002). Systeemtherapeutische interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent*, 23 (4) 337-352.

Braet, C. (1996). *Cognitieve gedragstherapie voor kinderen en adolescenten. Steeds meer mogelijkheden*. [www.caleidoscoop.be/inhouden/inhouden08/arto8\\_4\\_26.html](http://www.caleidoscoop.be/inhouden/inhouden08/arto8_4_26.html)

Braet, C. & Scholing, A. (1999) Cognitieve therapie bij kinderen en jeugdigen, in Bögels, S. M. & Van Oppen, P. (red.) (1999) *Cognitieve Therapie: theorie en praktijk*. Houten / Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Brestan, E.V. & Eyberg, S.M. (1998). Effective Psychological Treatments of Conduct-Disordered Children and Adolescents : 29 years, 82 studies, and 5,272 Kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1998, vol. 27, No 2, 180-189.

Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Schurink, G. (2004). *Cognitieve Therapie, de basisvaardigheden*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

Burnout kenniscentrum (2005a) *Wat is Cognitieve therapie?*. [www.burnin.nl](http://www.burnin.nl) >behandeling >cognitieve therapie 1, gedownload op 25-05-2005.

Burnout kenniscentrum (2005 b) *Wat is cognitieve gedragstherapie?*. [www.burnin.nl](http://www.burnin.nl) >behandeling> cognitieve gedragstherapie. gedownload op 15-06-2005.

Cladder, J.M. , Nijhoff-Huijsse, M. & Mulder, G. (2005). *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

Cuijpers, P. & Dekker, J. (2005). Psychosocial treatment of depression. A systematic review of meta-analyses. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 19, nr. 34, p. 1892-1897

Diamond, G. M., Liddle, H. A., Dakof, G. A., & Hogue, A. (1997, December). Therapist alliance building techniques with adolescents in family therapy. Paper presented at the North American Society for Psychotherapy Research Conference, Tucson, AZ. Aangehaald bij Liddle, H.A. (2002). *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*, Cannabis Youth Treatment Series, Volume 5. DHHS Pub. No. 02-3660 Rockville, MD: Centre for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Elling, M.W. (december 2004). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Stemmingmakerij'*. Utrecht: NIZW. Gedownload op 13/08/2007 van <http://www.jeugdinterventies.nl> .

Elling, M. (februari, 2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Denken en voelen'*. Utrecht: NIZW. Gedownload op 10/08/2007 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.

Elling, M. (maart 2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Gezins-cognitieve gedragstherapie'*. Utrecht: NIZW Jeugd.

Elling, M. (maart, 2006). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'STOP4-7'*. Utrecht: NIZW Jeugd.

Elling, M.W., (december 2006). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Weet & Beweeg'*. Utrecht: NJi. Gedownload op 10/07/2007 van [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

Elling, M.W. & T.A. van Yperen (2006). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Zelfcontrole'*. Utrecht: NIZW Jeugd.

Graham, Ph. (2006). Cognitieve gedragstherapie voor kinderen: voorbijgaande mode of blijvend instrument? *Kind en Adolescent Review*, jrg. 13 (2006), nr. 1, 39-51.

Grave, J. & Blisset, J. (2004). Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young Children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 24(2004), 399-420.

Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358-368.

Kashdan, T.B. & Herbert, J.D. (2001). Social Anxiety Disorder in Childhood and Adolescence: Current Status and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 4 (2001), No 1.

Landenberger, N.A. & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1 (4), 451-476.

Manen, T. van (2006). *Assessment and Treatment of Aggressive Children from a Social-Cognitive Perspective*. Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam.

Matthys, W. (2007). Het effect van gedragstherapie. *Kind en Adolescent*, jrg.14 (2007), .2, 244-247.

McClellan, J.M. & Werry, J.S. (2003). Evidence-Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:12, 1388-1400.

Nock, M.K. (2003). Progress Review of the psychological Treatment of Child Conduct Problems. *Clinical Psychology: science and practice*, American Psychological Association, 10, 1, spring 2003.

Orobio de Castro, B. (2000). *Social information Processing and emotion in aggressive boys*. Dissertatie: Vrije Universiteit Amsterdam.

Roos, C. de, Greenwald, R., Jongh, A. de & Noorthoorn, E.O. (2006). *EMDR versus CBT for disaster-exposed children: a controlled study* (in voorbereiding); de informatie hier weergegeven is afkomstig van een poster over het uitgevoerde onderzoek.

Southam-Gerow, M.A. & Kendall, P.H.C. (2000). Cognitive Behaviour Therapy with Youth: Advances Challenges, and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7. (2000), 343-366.

Steege, M. van der (april, 2005): *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling*. Utrecht: NIZW.

Steege, M. van der (2007). Basisschoolleerlingen met gedrags- en emotionele problemen. In: C. Konijn, C., M. van der Steege, E. Elderman, W. Bruinsma & J. van der Braak. (2007). *Werkzame Werkwijzen, Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Nederlands Jeugdinstituut en Adviesbureau Van Montfoort.

Timbremont, B. & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten, Recente inzichten. *Kind en Adolescent*, 26, 1, 150-168.

Wigboldus, M. & Wolsink, L. (1999). *Denken en Voelen, Trainingsprogramma voor Emotionele en Cognitieve vaardigheden*, SWP Utrecht.

Wolzak, A. (juni, 2006). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Horizonmethodiek'*. Utrecht: NIZW Jeugd. Gedownload op 11/08/2007 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.

Yperen, T.A. van (november 2004). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Minder boos en opstandig'*. Utrecht: NIZW. Gedownload op 16/08/2007 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.