



Nederlands
Jeugdinstituut



Preventie en behandeling van angst

Wat werkt?

© **2018 Nederlands Jeugdinstituut** 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.

Auteur(s)

Karen van Rooijen

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon 030 - 230 63 44

Website www.nji.nl

E-mail info@nji.nl

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Werkzame elementen..... | 6 |
| 2 | Preventie van angst..... | 7 |
| 2.1 | Typen preventie..... | 7 |
| 2.2 | Cognitieve gedragstherapie..... | 8 |
| 2.3 | Effecten van angstpreventie..... | 8 |
| 2.4 | Beschikbare interventies..... | 9 |
| 2.4.1 | <i>Geïndiceerde preventie.....</i> | <i>9</i> |
| 2.4.2 | <i>Selectieve preventie.....</i> | <i>9</i> |
| 2.4.3 | <i>Universele preventie.....</i> | <i>10</i> |
| 3 | De behandeling van angststoornissen..... | 11 |
| 3.1 | Cognitieve gedragstherapeutische behandeling..... | 11 |
| 3.1.1 | <i>Effecten van cognitieve gedragstherapie.....</i> | <i>13</i> |
| 3.1.2 | <i>Beschikbare CGT interventies.....</i> | <i>13</i> |
| 3.2 | Medicatie..... | 14 |
| 3.3 | Cognitive/Attention bias modification..... | 15 |
| 4 | Kenmerken van effectieve interventies..... | 16 |
| 4.1 | Preventieve interventies..... | 16 |
| 4.2 | Behandeling..... | 17 |
| 5 | Kind- en omgevingsfactoren..... | 20 |
| 5.1 | Preventieve interventies..... | 20 |
| 5.2 | Behandeling..... | 20 |
| 6 | Conclusie..... | 21 |
| 7 | Literatuur..... | 22 |



Voor het voorkomen en verminderen van angstproblemen bij kinderen en jongeren, werken cognitief gedragstherapeutische interventies het best. Het is nog niet goed duidelijk welke vorm van preventie (universeel, selectief of geïndiceerd) daarbij het meest effectief is.

Angststoornissen dienen eveneens behandeld te worden met cognitieve gedragstherapie. Deze therapie is voor een groot deel van de jeugdigen effectief en deze effecten blijven ook op de langere termijn bestaan. Wanneer cognitieve gedragstherapie geen of onvoldoende effect heeft kan aanvullend gekozen worden voor medicatie. SSRI's zijn dan de eerste keuze.

Dit document biedt een overzicht van wat er op dit moment bekend is over werkzame werkwijzen bij de preventie en behandeling van angst. Daarbij is onder andere gebruik gemaakt van de Amerikaanse Praktijkrichtlijn voor de diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen (Connolly, 2008), aangevuld met verschillende recente meta-analyses en reviews (o.a. Rasing et al., 2017; Werner-Seidler et al., 2017; Warwick et al., 2017; Stockings et al., 2016; Bennett et al., 2016; Higa-McMillan et al., 2016; James et al., 2015; Kendall & Peterman, 2015). Daarnaast is gebruik gemaakt van de voorstudie van het consortium Angst en Depressie (Engels et al. 2015).

Dit document maakt deel uit van het themadossier 'Angst'. Het gehele dossier is in te zien op www.nji.nl/angst. Onder het kopje 'Interventies' in dit dossier is meer informatie te vinden over Nederlandse interventies die door een onafhankelijke erkenningscommissie zijn beoordeeld en erkend als 'goed onderbouwd' of 'effectief' bij jeugdigen met angstproblemen en angststoornissen.



1 Werkzame elementen

Wat precies de werkzame bestanddelen zijn binnen de preventie en behandeling van angst, is vooralsnog onbekend. Wel is er een aantal punten waarover nationaal en internationaal consensus bestaat onder onderzoekers.

Preventie

- Cognitieve gedragstherapie is de meest evidence based methodiek voor het voorkomen en verminderen van angstproblemen bij kinderen en jongeren.
- Het is nog niet goed duidelijk welke vorm van preventie (universeel, selectief of geïndiceerd) het meest effectief is.
- Preventieprogramma's werken vooral goed als zij gestructureerd zijn, met concrete doelen en getrainde uitvoerders.
- Interactieve elementen (zoals rollenspellen en groepsopdrachten) en het betrekken van jeugdigen zelf bij de interventie kunnen het effect van preventieprogramma's verhogen.

Behandeling

- Cognitieve gedragstherapie is de enige overtuigend aangetoonde evidence based methode, voor de behandeling van angst bij jeugdigen.
- Cognitieve gedragstherapie is effectief voor verschillende doelgroepen (jongens/meisjes, kinderen/jongeren, LVB-jeugdigen en jeugdigen van verschillende etniciteiten) ongeacht de setting waarin de therapie wordt gegeven of de vorm (individueel/groepsmatig/online) waarin het wordt aangeboden.
- Op basis van het onderzoek naar behandelinterventies kan voorzichtig geconcludeerd worden dat exposure (het blootstellen aan angstige situaties) een zeer belangrijk element is binnen cognitieve gedragstherapie.
- Andere elementen die veel voorkomen in effectieve cognitief-gedragstherapeutische interventies zijn psycho-educatie, cognitieve technieken (zoals het aanpakken van negatieve gedachten), ontspanningsoefeningen en het modelleren (voordoen) van dapper gedrag.
- Het betrekken van ouders bij cognitieve gedragstherapie lijkt het effect van de behandeling niet te vergroten, maar kan wel relevant zijn voor bijvoorbeeld het versterken van de motivatie van de jeugdige of als er sprake is van psychopathologie bij de ouders.
- Meer sessies van cognitieve gedragstherapie leiden tot grotere behandelresultaten, maar de intensiteit (vaker per week) maakt geen verschil.
- Boostersessies binnen 1 tot 3 maanden na de behandeling kunnen het effect van cognitieve gedragstherapie versterken.
- Wanneer cognitieve gedragstherapie geen of onvoldoende effect heeft op de angststoornis, kan aanvullend gekozen worden voor medicatie. SSRI's (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) zijn dan de eerste keuze. Vanwege de ernstige bijwerkingen is het voorschrijven van medicatie wel omstreven.



2 Preventie van angst

Er zijn de afgelopen jaren relatief veel preventieprogramma's ontwikkeld voor angstproblemen bij jeugdigen. Een groot aantal daarvan richt zich zowel op angst als depressie of breed op internaliserende problematiek, en sommige ook nog op andere problemen zoals gedragsproblemen of sociale problemen (Engels et al., 2015).

2.1 Typen preventie

Over het algemeen worden er drie soorten preventie onderscheiden (Meijer et al., 2006).

- *Universele preventie* is gericht op de bevolking in het algemeen en bedoeld om de invloed van risicofactoren in het algemeen te verkleinen. Voorlichting over verschillende psychiatrische ziektebeelden is een vorm van universele preventie. Vaardigheidstrainingen waarin kinderen sociale en emotionele vaardigheden leren en leren omgaan met problemen zijn ook een vorm van universele preventie. Deze trainingen kunnen specifiek gericht zijn op het voorkomen van angstproblemen, of meer algemeen op het verbeteren van de geestelijke gezondheid of weerbaarheid van jeugdigen. Zulke trainingen zijn goed op scholen in te zetten, bijvoorbeeld bij alle leerlingen van een klas (Barrett & Turner, 2004). Universele preventie is relatief goedkoop en vraagt minder inspanning dan andere vormen van preventie. Zo is werving en screening van jeugdigen bijvoorbeeld niet nodig (Bienvenu & Ginsburg, 2007). Een ander voordeel van universele preventie is dat er veel jeugdigen in een keer mee zijn te bereiken en dat leerkrachten na een training de interventies vaak zelf kunnen uitvoeren (Koot, Ferdinand, Vlieger-Smid, 2002 in: Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, 2004, Mychailyszyn, Brodman, Read & Kendall, 2012). Ook zou universele preventie minder stigmatiserend zijn dan de andere vormen van preventie omdat grote groepen in een keer worden aangesproken, zonder onderscheid naar risicostatus of symptomen (Spence, Sheffield & Donovan, 2003, in: Horowitz & Garber, 2006).
- *Selectieve preventie* richt zich op specifieke bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van angstproblemen. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen. Zij hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van allerlei psychische klachten. Een andere risicogroep vormen jeugdigen die problemen hebben met sociale contacten. Zij hebben een grotere kans om een sociale fobie te ontwikkelen. De selectieve interventies kennen meer variatie dan de universele en geïndiceerde interventies omdat ze gericht zijn op een meer diverse groep.
- *Geïndiceerde preventie* richt zich op jeugdigen die al angstproblemen hebben maar nog niet voldoen aan de diagnose voor een angststoornis. Zij lopen een sterk verhoogde kans om een stoornis te ontwikkelen. Geïndiceerde preventie is gericht op het verminderen van angstproblemen, en het voorkomen van een stoornis.



2.2 Cognitieve gedragstherapie

Veruit de meeste preventieve interventies voor angst maken gebruik van technieken uit de cognitieve gedragstherapie (Engels et al., 2015). Zij zijn vaak afgeleid van cognitief gedragstherapeutische behandelingen voor angststoornissen (Barrett & Turner, 2004). Er zijn ook preventieve interventies die gebaseerd zijn op andere principes – zoals interpersoonlijke therapie, mindfulness of beweging - maar het onderzoek naar deze interventies is nog beperkt (Bennett, 2015; Stockings et al., 2016). Cognitieve gedragstherapie is daarom de meest evidence based methodiek voor het voorkomen en verminderen van angstproblemen (Werner-Seidler et al., 2017).

De centrale aanname in de cognitieve gedragstherapie is dat wat individuen voelen en hoe ze zich gedragen, bepaald wordt door wat zij denken. In een cognitief gedragstherapeutische aanpak worden irrationele cognities uitgedaagd, leren jeugdigen vanuit een ander perspectief naar dezelfde situatie te kijken en op een andere manier te reageren. Uit onderzoek naar de behandeling van angststoornissen blijkt dat geleidelijke blootstelling aan angstige situaties, gecombineerd met ontspanningstechnieken kinderen kan helpen om te gaan met spanning. Cognitieve technieken kunnen het kind daarnaast helpen om een gevoel van controle over de situatie te krijgen (zie paragraaf 3.1 voor meer informatie over cognitief gedragstherapeutische behandeling). Deze principes worden in preventieve interventies voor angst vaak ingezet. De meeste interventies vinden in groepsvorm plaats en zij worden vaak op school of thuis (bijvoorbeeld via een online cursus) uitgevoerd.

2.3 Effecten van angstpreventie

Verschillende reviews en meta-analyses laten zien dat angstpreventie bescheiden, maar positieve effecten kan hebben bij jeugdigen op het verminderen van angstsymptomen en/of het voorkomen van de ontwikkeling van een stoornis (Tuebert and Pinquart 2011; Mychailyszyn et al. 2012; Fisak et al., 2011; Bennett, 2015; Ahlen et al., 2015). Deze effecten blijven op de lange termijn (langer dan 12 maanden) over het algemeen niet behouden (Werner-Seidler, 2017; Ahlen, 2015; Lawrence et al., 2017).

De vraag welke preventievorm het meest effectief is, is niet goed te beantwoorden op basis van het bestaande onderzoek. Zo zijn er verschillende studies die laten zien dat selectieve en geïndiceerde preventie van angst effectiever is dan universele preventie (Tuebert and Pinquart 2011; Mychailyszyn et al., 2012; Corrieri et al., 2013). Andere studies vinden echter vergelijkbare effecten van universele, selectieve en geïndiceerde programma's (Fisak et al., 2011; Stockings et al., 2016; Werner-Seidler et al., 2017). Een meta-analyse van Rasing et al (2017) vond zelfs dat selectieve en geïndiceerde cognitief gedragstherapeutische preventieprogramma's voor angst en depressie geen effect hadden op de afname van angstsymptomen bij adolescenten op de korte en lange termijn (hoewel er wel een effect werd gevonden op de middellange termijn van 3-6 maanden).



2.4 Beschikbare interventies

In deze paragraaf worden verschillende interventies besproken die in Nederland zijn onderzocht op effecten op angstproblemen of internaliserende problemen.

2.4.1 Geïndiceerde preventie

Een van de meest onderzochte preventieve programma's voor angst is het cognitief gedragstherapeutische FRIENDS programma, dat in Nederland wordt aangeboden onder de naam 'VRIENDEN' (Barrett, 2004; Ahlen et al., 2015). Het programma kan ingezet worden als universele, selectieve en geïndiceerde preventie van angst en/of depressie en als behandeling. Onderzoek in verschillende landen (Australië, Engeland, Schotland en de Verenigde Staten) heeft aangetoond dat het programma effectief toe te passen is in een schoolse setting, hoewel de grootte van die effecten sterk varieert (Kösters, 2015; Stallard et al., 2014). Kösters (2015, 2017) onderzocht het 'VRIENDEN voor het leven' programma in Nederland in een quasi-experimentele studie bij kinderen tussen de 8 en 13 jaar oud. Deze variant van VRIENDEN is een geïndiceerd preventieprogramma dat op de basisschool wordt uitgevoerd en uit 10 wekelijkse sessies, 2 boostersessies en 2 oudersessies bestaat. De onderzoekers vonden dat VRIENDEN direct na afloop een significant positief effect had op door kinderen zelfgerapporteerde angst- en depressiesymptomen. Gedurende de 12 maanden na afloop rapporteerden de interventiekinderen steeds verder dalende angst- en depressiesymptomen. Deze bevindingen werden niet bevestigd door leerkracht- en klasgenootrapportages.

Van het cognitief gedragstherapeutische behandelprogramma 'Dappere kat' (gebaseerd op het Amerikaanse Coping Cat programma, zie ook paragraaf 3.1.2) is recent een preventieve variant ontwikkeld en onderzocht (Starrenburg et al., 2017). Het groepsprogramma voor basisschoolkinderen is een vorm van geïndiceerde preventie, vindt plaats op school en bestaat uit 12 sessies waarin kinderen vaardigheden leren om met angst om te gaan, zoals ontspanningsoefeningen, helpende gedachten formuleren, copingtechnieken en geleidelijke blootstelling aan angstige situaties. Het programma verminderde de zelfgerapporteerde angstsymptomen van kinderen direct na de interventie en na 3 maanden. Vooral kinderen met hoge niveaus van angst hadden baat bij het programma in vergelijking met de controlegroep.

2.4.2 Selectieve preventie

De Kanjertraining is een selectief preventieprogramma, bedoeld voor kinderen en jongeren van 4 tot 16 jaar die problemen hebben in de omgang met anderen en voor hun klasgenoten en/of ouders. Het doel van de training is het stimuleren van sociaal vaardig gedrag en het voorkomen of verminderen van sociale problemen zoals pesten, conflicten, uitsluiting en sociaal teruggetrokken gedrag. De training wordt schoolbreed ingezet met wekelijkse klassikale lessen, en wordt aan kinderen met hun ouders in groepen gegeven op psychologische praktijken. Nederlands onderzoek geeft sterke aanwijzingen dat deelname aan De Kanjertraining in het basisonderwijs of in een klinische setting leidt tot een afname van externaliserend en internaliserend gedrag bij kinderen van 8 tot 13 jaar als deze wordt gegeven door een getrainde psycholoog of orthopedagoog (Vliek, Overbeek & Orobio de Castro, 2015).

Plezier op school is een zomercursus voor aanstaande brugklassers die op de basisschool gepest werden of andere problemen hadden in de omgang met leeftijdgenoten. Het selectieve preventieprogramma beoogt de sociale competentie van de kinderen te vergroten, zodat zij een goede start kunnen maken op het voortgezet onderwijs en het risico op herhaling van deze omgangsproblemen verkleind wordt. Een Nederlandse RCT toonde aan dat het programma voor alle



kinderen effectief is in het verhogen van de zelfwaardering volgens kinderen zelf en het verminderen van internaliserende problemen volgens ouders. Voor jongens is het programma daarnaast effectief in het verminderen van sociale angst, sociale desintegratie en gepest worden wanneer de problematiek op de voormeting hoger was, met grote effectgroottes. Leerkrachten rapporteren iets meer internaliserende problemen in de interventiegroep. Echter, dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een lagere drempel om te praten over problemen met leerkrachten als gevolg van het programma (Mulder, Van Aken, Raaijmakers, & Onrust, 2015).

2.4.3 Universele preventie

Zippy's Vrienden is een universeel preventieprogramma voor kinderen van 5-10 jaar dat in Engeland is ontwikkeld. Het programma wil de sociale en emotionele vaardigheden van kinderen bevorderen aan de hand van rollenspellen. Het wordt in verschillende landen uitgevoerd en is ook in verschillende studies onderzocht. Zo vonden Clarke et al (2014) dat het programma op de korte en lange termijn significante effecten had op zelfbewustzijn, zelfregulatie, motivatie en sociale vaardigheden. Zij vonden echter geen significante effecten op emotionele en gedragsproblemen. Nederlands onderzoek (van der Zanden, 2015) vond dat Zippy's Vrienden een positief effect heeft op de sociaal-emotionele vaardigheden en gedragsproblemen van kinderen uit lage SES gezinnen (volgens ouder- en kindrapportages, hoewel leerkrachtrapportages geen significant effect laten zien).

Levensvaardigheden is een lesprogramma voor het aanleren van sociale, emotionele en morele kerncompetenties bij leerlingen in het voortgezet onderwijs. In het programma worden leerlingen getraind in het adequaat herkennen, benoemen en omgaan met gedachten, gevoelens en gedragingen. Het programma wordt gegeven door docenten van de school. Levensvaardigheden is tweemaal onderzocht in een quasi-experimentele studie. Deze studies vinden positieve effecten op onder andere psychosociaal functioneren, zelfwaardering, geloof in persoonlijke effectiviteit en sociale vaardigheden (Gravesteyn et al., 2004, ZonMw, 2011).



3 De behandeling van angststoornissen

In deze paragraaf worden de verschillende (onderzochte) behandelingen voor angststoornissen bij jeugdigen en hun effecten uitgebreider besproken.

3.1 Cognitieve gedragstherapeutische behandeling

In een cognitief gedragstherapeutische behandeling (CGT) leert de therapeut de jeugdige vaardigheden aan om angstsymptomen te kunnen beheersen. Daarnaast biedt de therapeut de jeugdige de mogelijkheid om in de praktijk te oefenen met het beheersen van de angstsymptomen of met situaties die angst oproepen. Over het algemeen bestaat CGT uit vijf componenten: psycho-educatie, het aanleren van coping strategieën, cognitieve herstructurering, exposure (blootstelling aan het angstige object of de angstige situatie) en terugvalpreventie. Daarnaast wordt vaak gebruik gemaakt van modeling (het voordoen van dapper gedrag) en vormen van beloning (materieel, verbaal, sociaal) (Connolly, 2008; Engels et al., 2015).



Psycho-educatie. De meeste ouders van kinderen met een angststoornis hebben vragen over de oorzaken van de angst: is het erfelijk, is het een gevolg van nare ervaringen, van opvoeding? In psycho-educatie krijgen ouders en kind een goede uitleg over mogelijke oorzaken van angst, en vooral over de manier waarop die angst kan worden verminderd (Scholing, 2002).

Vaardigheidstraining. Tijdens vaardigheidstraining leert het kind wat het moet doen als het angstig is. Dit wordt ook wel copinggedrag genoemd. Het gaat dan onder meer om ontspanningsoefeningen, middenrifademhaling en zelfmonitoring. Ook kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het zoeken van afleiding. Een speciale vorm van afleiding zoeken is de 'taakconcentratie training' die bij kinderen met een sociale fobie wordt toegepast. Kinderen met een sociale fobie letten vaak alleen op zichzelf (ik zie er stom uit, mijn gezicht is te rood, ik zeg belachelijke dingen). In de taakconcentratie training wordt deze kinderen gevraagd nu juist op dingen uit de omgeving te letten (bijvoorbeeld wat hebben anderen aan, hoe beginnen anderen een gesprek). Zo leert het kind om zich minder bewust te zijn van zichzelf (de Haan, 2003).

Cognitieve herstructurering. Kinderen met een angststoornis zien de wereld vaak als beangstigend en negatief. Bij cognitieve herstructurering worden angstige gedachten nader bekeken, besproken, uitgedaagd en omgezet in helpende gedachten. De therapeut leert het kind daarbij om vragen aan zichzelf te stellen (hoe groot is de kans dat er iets akeligs gebeurt, hoe vaak is het eigenlijk voorgekomen), te bedenken wat anderen zouden zeggen of andere verklaringen te verzinnen (de Haan, 2003). Een kind met een sociale fobie kan bijvoorbeeld denken dat anderen hem of haar raar zullen vinden omdat hij of zij bloost. Deze gedachte kan worden aangepakt en vervangen worden door de gedachte dat de meeste mensen wel eens blozen en het dus ook niet raar vinden om te zien dat een ander bloost.

Exposure. Vermijden is een groot probleem bij angsten. Om de angst te voorkomen, zorgt het kind ervoor dat de angst niet kan optreden en gaat niet naar school, niet naar buiten, zorgt dat ouders bij hem blijven, enzovoort. In cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen wordt gebruik gemaakt van 'exposure.' Daarin wordt het kind heel geleidelijk blootgesteld aan dat waar het bang voor is. Een kind met een separatieangststoornis leert bijvoorbeeld eerst in een andere kamer te zijn dan de ouders. Een volgende stap kan zijn dat de ouders een brief gaan posten en daarna een boodschap gaan doen, of dat het kind steeds langere tijd bij een vriendje gaat spelen. Zo leert het kind stapje voor stapje de angst te overwinnen (De Haan, 2003).

Plannen voor het voorkomen van terugval. Om terugval te voorkomen worden vaak terugkomsessies gepland, evenals afspraken met ouders en school over wat te doen als zij terugval signaleren.

Vijf componenten van cognitieve gedragstherapie (Connolly, 2008; Bodden, 2006).



3.1.1 Effecten van cognitieve gedragstherapie

Een groot aantal reviews en meta-analyses wijst uit dat cognitieve gedragstherapie de best onderzochte en meest bewezen behandeling voor angststoornissen bij jeugdigen is (o.a. Compton, March, Brent, Albano, Weersing en Curry, 2004; In-Albon & Schneider, 2007; James, Soler, & Weatherall, 2005; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008; Connolly, 2008; Reynolds et al., 2012; James et al., 2015; Kendall & Peterman, 2015). Het onderzoek laat eenduidig zien dat CGT, zowel op de korte als op de lange termijn, beter werkt dan wachtlijstcontrole (zo'n 60% van de jeugdigen met een angststoornis die CGT krijgt herstelt van die angststoornis, tegenover 17,5% van de jeugdigen in een wachtlijstconditie) (Warwick et al., 2017; James et al., 2015).

Maar, cognitieve gedragstherapie is niet bij alle jeugdigen met een angststoornis effectief: zo rapporteerde Connolly in 2008 dat na de behandeling zo'n 20-50% van de kinderen nog aan de criteria voor een angststoornis voldoet. Kendall & Peterman (2015) concluderen in hun review dat ongeveer tweederde van de jeugdigen positief reageert op CGT en Warwick et al (2017) concluderen op basis van een uitgebreide meta-analyse dat gemiddeld 60,7% van de jeugdigen met een (of meerdere) angststoornis(sen) volledig genezen was na de behandeling met CGT. Zij vonden echter wel grote verschillen in percentages tussen studies. Van de jeugdigen die naast een angststoornis ook een comorbide autisme spectrum stoornis hadden, herstelde slechts 23,2% volledig van de angststoornis na behandeling met CGT.

Onderzoek heeft overtuigend aangetoond dat door cognitieve gedragstherapie angstsymptomen afnemen en dat de therapie effectiever is dan wachtlijstcontrole, maar meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit in vergelijking met andere behandelvormen (Klein, 2009; Bennett et al., 2013; Reynolds et al., 2012; Connolly, 2008). Zo vonden James et al (2015) in hun Cochrane review voldoende bewijs dat CGT een effectieve behandeling is, dat CGT beter werkt dan een wachtlijstconditie, maar vonden zij kleinere en minder consistente effecten ten opzichte van actieve controlegroepen, treatment as usual en medicatie (James et al., 2015). Ook Bennett et al (2016) vonden in hun review gemengde resultaten bij vergelijking van CGT met actieve controlegroepen. Volgens Engels et al (2015) kan dit te maken hebben met de grotere mate aan comorbiditeit in praktijksettings, maar ook met minder goed getrainde hulpverleners in vergelijking met een universiteitssetting (Bennett et al., 2013).

3.1.2 Beschikbare CGT interventies

Het meest gebruikte en best onderzochte cognitieve gedragstherapieprotocol voor jeugdigen is het Amerikaanse Coping Cat-programma (Kendall, 1990) en de in Australië (Coping Koala) en Canada (Coping Bear) gebruikte aanpassingen daarop. Het programma is ontworpen voor kinderen met een separatieangststoornis, een gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie. Uit onder meer vier Randomized Controlled Trials (RCT's) blijkt het programma effectiever dan een wachtlijst, en ook effectiever dan een actieve controleconditie (Kendall, 1994; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel & Southam-Gerow, 1997; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder & Suveg, 2008; Southam-Gerow, Kendall & Weersing, 2001). Bij de eenjarige en twee-en-een-half jarige follow-up was deze verbetering nog steeds zichtbaar (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall en Southam-Gerow, 1996 in: Connolly, 2008). Het programma lijkt (na aanpassing) ook goed inzetbaar bij jeugdigen met angststoornissen en comorbide autisme spectrum stoornissen (Keehn et al., 2013). Het programma is in Nederland beschikbaar onder de naam 'Dappere kat' en is gericht op jeugdigen van 8-18 jaar.

Nauta (2005) heeft onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Dappere Kat. In deze studie bleek het programma effectiever dan de wachtlijstconditie: zo'n 60-70% van de kinderen had na behandeling



geen angststoornis meer, en deze resultaten werden behouden tot drie en twaalf maanden na afronding van de behandeling. Hierbij wordt wel benadrukt dat dit verschil alleen in de ouderrapportage wordt gevonden en niet in de rapportage van de kinderen. Kinderen zelf gaven ongeacht de conditie een vermindering van symptomen over de tijd aan. Naast de face-to-face behandeling bestaat er ook een blended variant van Dappere kat waarbij een deel van de zittingen face-to-face met de behandelaar plaatsvindt en andere modules thuis online worden gedaan. Ouders en kinderen rapporteren positieve effecten, maar de afname van angstklachten lijkt bij de blended behandeling later op te treden dan bij de face-to-face-variant (ZonMw, 2017).

Denken + Doen = Durven (eveneens voor jeugdigen van 8-18 jaar) is een ander cognitief gedragstherapeutisch programma dat in Nederland beschikbaar is en vrij goed is onderzocht. Verschillende studies laten zien dat ongeveer 2/3de van de kinderen vrij is van zijn of haar primaire angststoornis nadat zij Denken + Doen = Durven hebben gevolgd. Ook worden grote effectgroottes gevonden met betrekking tot de afname van de ernst van de angststoornissen en de afname van angstsymptomen. Daarnaast worden positieve effecten gevonden voor de kwaliteit van leven, sociaal (ASS-gerelateerd) gedrag, en algemeen probleemgedrag (Bodden et al., 2008; van Steensel & Bögels, 2015; Jongerden, Oort & Bögels, in voorbereiding).

3.2 Medicatie

Angststoornissen bij kinderen en adolescenten dienen in de eerste plaats behandeld te worden met cognitieve gedragstherapie. Wanneer cognitieve gedragstherapie geen of onvoldoende effect heeft kan aanvullend gekozen worden voor medicatie. SSRI's (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) zijn dan de eerste keuze volgens het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (2011). Het wordt aanbevolen om te starten met een lage dosering en de bijwerkingen te monitoren.

Er zijn vooralsnog weinig studies waarbij een SSRI direct vergeleken is met cognitieve gedragstherapie. Een aantal studies laat even goede effecten zien van medicatie en CGT (James et al., 2015; Reynolds et al., 2012). Zo vonden Walkup et al (2008) in hun RCT dat zowel Sertraline (SSRI) als cognitieve gedragstherapie leidden tot een afname van angststoornissen. Een combinatie van beide therapieën bleek daarbij nog effectiever dan de afzonderlijke aanpakken. Ook Compton et al (2014) vonden dat CGT met Sertraline over het algemeen effectiever was dan de afzonderlijke aanpakken. Vooral jeugdigen met verlatingsangst hadden veel baat bij de gecombineerde behandeling, terwijl jongeren met gegeneraliseerde angst meer baat leken te hebben bij CGT alleen en jongeren met sociale angst meer bij Sertraline alleen (hoewel dit ook te maken kan hebben met het feit dat de CGT behandeling individueel was en groepsbehandeling mogelijk meer effect heeft bij sociale angststoornissen) (Higa-McMillan et al., 2016). Omdat medicatie echter veel bijwerkingen kent en er alternatieve ten minste even effectieve behandelingen zijn voor angst, is het voorschrijven van medicatie bij jeugdigen omstreden (James et al., 2015).

In februari 2004 gaf de Food en Drug Administration (FDA) in de Verenigde Staten de zwaarste waarschuwing uit en adviseerde behandelaars kinderen die antidepressiva (waaronder SSRI's) gebruikten scherp in de gaten te houden in verband met het verergeren van depressiviteit, geagiteerdheid of suïcidaliteit, in het bijzonder in de beginperiode van het gebruik of tijdens veranderingen in de dosering. Deze waarschuwing is gebaseerd op studies met adolescenten die als primaire diagnose depressie hadden en niet op onderzoek onder jeugdigen met angststoornissen (Connolly, 2008). Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2011) geeft echter aan dat deze discussie over een verhoogd risico op psychiatrische bijwerkingen ook aannemelijk is voor andere internaliserende stoornissen. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) in Nederland ontraadt het gebruik van SSRI's bij de behandeling van kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar.



De fabrikant raadt af paroxetine en venlafaxine voor te schrijven bij kinderen (Kenniscentrum KJP, 2011).

Uitgebreide informatie over de verschillende SSRI's bij (specifieke) angststoornissen is te vinden op de website van het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl).

3.3 Cognitive/Attention bias modification

Jeugdigen met een angststoornis hebben de neiging om onduidelijke informatie als bedreigend te interpreteren. Daarnaast neigen angstige jeugdigen ertoe selectief aandacht te geven aan bedreigende stimuli. Cognitive Bias Modification richt zich op het doorbreken van negatieve denkpatronen (cognitive bias) door onbewust (via bijvoorbeeld een game) het denken van een jeugdige in een vooraf bepaalde richting te sturen. Bij Attention Bias Modification (ABM) wordt de aandacht van de jeugdige weggeleid van een negatieve/bedreigende stimulus of expres gericht op een neutrale of positieve stimulus. Bij Interpretation Bias Modification (CBM-I) worden meer complexe cognitieve stimuli gebruikt (bijvoorbeeld bepaalde ambiguïteit in taal/woorden, die voor meerdere interpretaties vatbaar zijn) (Engels et al., 2015).

Een systematische review van Lowther en Newman (2014) laat positieve resultaten zien van ABM op angst, maar het aantal studies is klein en van te beperkte kwaliteit om uitspraken over effectiviteit te kunnen doen. Bovendien zijn er geen follow-up studies en bleek de attention bias geen mediator te zijn in de vermindering van angst. Tevens is het niet duidelijk of ABM beter werkt dan CGT en of het beter is om de aandacht weg te trainen van de bedreigende stimulus of juist naar een positieve stimulus toe te trainen. Een meta-analyse van Cristea et al. (2015) vond effecten van CBM op cognitieve denkfouten, maar niet op een afname van angstsymptomen. CBM-I en ABM bleken wel meer effect te hebben als ze werden aangeboden aan een gezonde doelgroep. Ook deze studies zijn van beperkte kwaliteit en daarom moeten professionals voorzichtig zijn bij het adviseren van CBM interventies in de klinische praktijk (Engels et al., 2015). Bennett et al (2016) vonden in hun review dat CBM en ABM niet beter werkten dan actieve controlecondities.



4 Kenmerken van effectieve interventies

4.1 Preventieve interventies

Onderzoek laat zien dat preventieprogramma's voor angst effectief ingezet kunnen worden op school (Neil & Christensen, 2009) en mogelijk ook online, al is er nog relatief weinig goed onderzoek gedaan naar de effecten van online angstpreventie (Calear & Christensen, 2010). Sommige studies vinden (kleine) positieve effecten, andere studies niet (Reyes-Portillo et al., 2014; Pennant et al., 2015). Meer onderzoek is nodig.

De meeste studies naar angstpreventie richten zich op interventies voor jeugdigen zelf. Er is echter ook wat onderzoek gedaan naar oudergerichte programma's. Zo verrichtten Yap et al (2015) een meta-analyse naar preventieve ouderinterventies voor internaliserende problemen. Ze vonden dat juist bij het verminderen van angstproblemen, ouderprogramma's een belangrijke rol kunnen spelen. De studie laat zien dat de ouderinterventies bijdragen aan een afname van angstsymptomen tot tenminste 6 maanden na de interventie. Buchanan et al (2017) vonden in een systematische review en meta-analyse naar groepsmatige ouderinterventies voor basisschoolkinderen met externaliserende en/of internaliserende problemen dan weer geen significante effecten op angstsymptomen bij de kinderen. Ouderprogramma's bleken vooral goed te werken bij externaliserende problemen.

Over het algemeen laat onderzoek zien dat preventieprogramma's effectiever zijn als zij worden uitgevoerd door externe GGZ-professionals dan door getrainde leken, zoals leerkrachten (Fisak et al., 2011; Werner-Seidler et al., 2017; Stallard et al., 2014; Vlieg et al., 2015; Tuebert & Pinquart, 2011). Er is daarentegen ook wat onderzoek dat vindt dat juist programma's die door leerkrachten zelf worden uitgevoerd effectiever zijn (Stockings et al., 2016; Neil & Christensen, 2009).

Er is onderzoek dat laat zien dat angstpreventie het beste werkt als deze zich specifiek op angst richt en niet op bredere problematiek (Tuebert & Pinquart, 2011). Stockings et al (2016) benadrukken daarentegen juist weer dat preventieprogramma's die breed inzetten op stoornissen met gedeelde risicofactoren (zoals angst en depressie) mogelijk effectiever zijn dan programma's die zich op specifieke stoornissen richten.

Clarke et al (2015) verrichtten een review naar de werkzame elementen van programma's die zich richten op het bevorderen van sociale en emotionele vaardigheden van kinderen en jongeren. Zij vonden onder andere dat concrete doelen en daarop aansluitende gestructureerde activiteiten en een goede training van de uitvoerders van groot belang zijn voor positieve effecten. Daarnaast werkten programma's die gebruik maakten van empowerment (zoals het betrekken van jeugdigen bij het invullen van de interventie) en van interactieve lesmethoden (zoals rollenspellen, groepsopdrachten, discussies) beter dan programma's die dit niet deden.

Onderzoek wijst uit dat effecten van preventieprogramma's op de lange termijn vaak niet behouden blijven. Boostersessies (of zogenaamde opfrisbijeenkomsten, zoals vaker toegepast worden binnen de behandeling van angststoornissen) zouden de lange termijn effecten mogelijk kunnen vergroten, maar onderzoek moet dit nog uitwijzen (Stockings et al., 2016; Lawrence et al., 2017).



4.2 Behandeling

Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor angststoornissen blijkt effectief, ongeacht de setting waarin de therapie wordt gegeven (ambulant/daghulp/thuis/ziekenhuis/school) of de vorm waarin het wordt aangeboden (individueel/groepsmatig/oudervarianten) (James et al., 2015; Higa-McMillan et al., 2016; Kendall & Peterman, 2015). De resultaten ten aanzien van individuele versus groepsbehandeling zijn overigens niet consistent. Er zijn meta-analyses die geen verschillen vinden (James et al., 2015; Thompson et al., 2014), maar ook meta-analyses die aantonen dat individuele CGT beter werkt dan groepsbehandeling (Reynolds et al., 2012).

Ook voor online versies van cognitieve gedragstherapie worden positieve resultaten gevonden (Bennett et al., 2016; Ye et al., 2014; Ebert et al., 2015; Rooksby et al., 2015; Pennant et al., 2015). Engels et al. (2015) benadrukken wel dat therapietrouw en motivatie bij online interventies vaak problematisch is en dat betere resultaten worden behaald als online interventies ondersteund worden met face-to-face contacten met een hulpverlener.

Het betrekken van ouders bij cognitieve gedragstherapie lijkt het effect van de behandeling niet te vergroten. Onderzoek laat zien dat individuele behandelingen (zonder betrokkenheid van ouders) en behandelingen waarbij ouders wel betrokken worden, even effectief zijn (James et al., 2015; Manassis et al., 2014; Reynolds et al., 2012, Thulin et al., 2014; Wei & Kendall, 2014). De enige meta-analyse die vond dat ouder-kind CGT effectiever was dan individuele CGT is die van Brendel & Maynard (2014). Volgens Engels et al. (2015) heeft ouderbetrokkenheid mogelijk alleen meerwaarde als deze zeer specifiek inzet op het trainen van ouders in het aanmoedigen en belonen van 'dapper gedrag' bij het kind (Manassis et al., 2014).

Ondanks het feit dat onderzoek niet eenduidig uitwijst dat het betrekken van ouders bijdraagt aan de effectiviteit van CGT, kan ouderbetrokkenheid wel degelijk relevant zijn in de praktijk. Zo kan het bijdragen aan een betere acceptatie van interventies en daardoor positief werken op de motivatie van het kind (Engels et al., 2015). Ook is bekend dat ouders kunnen bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van angsten bij kinderen. Daarom kan het wel degelijk van belang zijn om ouders te betrekken, zeker als er sprake is van psychopathologie bij de ouders of veel conflicten tussen ouders en kind (Wei & Kendall, 2014). Bovendien kan ouderbetrokkenheid heel zinvol zijn als individuele therapie niet aanslaat.

Er zijn wat aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie voor een specifieke angststoornis effectiever is dan cognitieve gedragstherapie die zich richt op angst in het algemeen, maar de resultaten zijn niet eenduidig (Reynolds et al., 2012; Engels et al., 2015). Wel lijken per stoornis verschillende behandellementen meer van belang. Zo lijkt bij de behandeling van een specifieke fobie een sterke nadruk op exposure zeer relevant. De One Session Treatment (OST), waarbinnen een jeugdige in 1 sessie van ongeveer 3 uur (onder begeleiding) wordt blootgesteld aan de stimulus die angst oproept, is daar een goed voorbeeld van. Een recente meta-analyse van Ollendick & Davis (2013) vond dat OST beter werkte dan zowel EMDR, wachtlijst als placebo (psycho-educatie) voor alle typen fobieën en ook bij andere comorbide angstklachten. De kwaliteit van de studies in de meta-analyse was wel beperkt. Bij de behandeling van een sociale angststoornis is het van belang veel aandacht te besteden aan (het aanleren van en oefenen met) sociale vaardigheden (Beidel, Turner, Sallee, Ammerman, Crosby & Pathak, 2007; Connolly, 2008). Bij de behandeling van een paniekstoornis is interoceptieve exposure (het oproepen van fysieke kenmerken die optreden bij paniek zoals duizeligheid, kortademigheid en zweten) belangrijk (Ollendick, 1995; Connolly, 2008) en bij selectief mutisme is het goed om in te zetten op positieve bekrachtiging van gewenst gedrag in de behandeling, thuis en op school (Connolly, 2008; Engels et al., 2015).



Bij de meeste interventies voor angststoornissen varieert het aantal sessies tussen de 8 en 16. Engels et al (2015) geven aan dat er overtuigend bewijs is dat meer sessies tot grotere behandel-effecten leiden bij CGT, maar dat de intensiteit (vaker per week) geen verschil maakt (Sánchez-Meca et al., 2014; Thompson et al, 2014). Reynolds en anderen (2012) tonen aan dat de effecten van CGT minder groot zijn bij minder dan 8 sessies. Het is van belang hierbij wel rekening te houden met verschillen tussen angststoornissen. Zo lijkt de eerder besproken One Session Treatment (die, zoals de naam al aangeeft, uit slechts 1 sessie bestaat) positieve effecten te hebben bij jeugdigen met een specifieke fobie (Ollendick & Davis, 2013).

Gearing et al (2013) onderzochten de effecten van boostersessies (1-4) binnen 1 tot 3 maanden na de behandeling bij kinderen en jongeren met een angst- of stemmingsstoornis en vonden dat boostersessies bijdragen aan de effectiviteit van CGT en er ook voor zorgen dat de effecten langer behouden blijven. Deze effecten zijn groter bij oudere kinderen, bij angst als primaire diagnose en bij meerdere boostersessies (Engels et al., 2015).

Wat precies de werkzame bestanddelen zijn binnen de behandeling van angststoornissen is voornamelijk nog onbekend (Bennett et al., 2013; James et al., 2015; Engels et al., 2015; Warwick et al., 2017). Engels et al (2015) gebruiken de benadering van Chorpita en Daleiden (2009) om toch iets te kunnen zeggen over deze werkzame elementen. In deze benadering worden onderzochte behandelingen en hun effectiviteit afgezet tegen de onderdelen in die behandeling. Oftewel, er wordt gekeken welke ingrediënten er in de meest effectieve behandelingen zitten. Voor de behandeling van angststoornissen komen zij daarbij uit op exposure en psycho-educatie. Higa-McMillan et al (2016) gebruiken eenzelfde benadering en concluderen eveneens dat exposure het meest voorkomt in evidence-based behandelingen voor angststoornissen. Zij vonden dat exposure ook als op zichzelf staande behandeling (dus als het gebruikt werd buiten een CGT protocol) positieve effecten had bij jeugdigen met een angststoornis. Andere ingrediënten die veel voorkwamen waren o.a. cognitieve technieken, ontspanningsoefeningen, psycho-educatie voor het kind en modeling (voordoen van dapper gedrag).





Ingrediënten die het meest voorkomen in 'well-established' behandelingen voor angststoornissen (figuur overgenomen van Higa-McMillan et al., 2016 p. 103).



5 Kind- en omgevingsfactoren

5.1 Preventieve interventies

Er is nog veel onbekend over de invloed van kind- en omgevingsfactoren bij preventieve interventies voor angst. Over het algemeen laat het onderzoek zien dat leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status geen invloed hebben op de effectiviteit van angstpreventie (Lawrence et al., 2017; Ahlen et al., 2015; Starrenburg et al., 2017; NCJ, 2016).

5.2 Behandeling

Verschillende reviews en meta-analyses laten zien dat leeftijd niet van invloed is op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapeutische behandeling (Higa-McMillan et al., 2016; Manassis et al., 2014; Kendall & Peterman, 2015). Er zijn wat studies die laten zien dat CGT beter werkt voor adolescenten dan voor kinderen in de basisschoolleeftijd (Reynolds et al., 2012), maar dit geldt met name in een onderzoekscontext. In de dagelijkse klinische praktijk blijken er over het algemeen geen verschillen te zijn (Bennett et al., 2013; James et al., 2015; Lundkvist-Houndoumadi et al., 2014; Nilsen et al., 2013; Engels et al., 2015). CGT wordt meestal ingezet vanaf een leeftijd van 6-8 jaar. Een beperkt aantal studies toont aan dat de therapie ook bij jonge kinderen (4-6 jaar) effectief is, hoewel deze effecten waarschijnlijk eerder bereikt worden door gedragscomponenten dan door cognitieve componenten (Engels et al., 2015).

Cognitieve gedragstherapie is even effectief voor jongens als voor meisjes (James et al., 2015; Lundkvist-Houndoumadi et al., 2014; Nilsen et al., 2013; Ollendick & Davis, 2013; Sánchez-Meca et al., 2014; Thompson, 2014; Engels et al., 2015). Higa-McMillan et al (2016) concluderen dat CGT ook bij verschillende ethniciteiten positieve effecten lijkt te hebben, maar Engels et al (2015) geven aan dat hier eigenlijk geen goede conclusies over kunnen worden getrokken, omdat er grote verschillen zijn tussen studies.

Er zijn wat studies verricht naar de effectiviteit van CGT bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Deze laten positieve effecten zien als het tempo wordt aangepast. Nilsen et al (2013) onderscheiden een klein aantal studies in hun systematische review dat hiernaar gekeken heeft. Deze studies vinden geen duidelijke effecten van IQ op de effectiviteit van CGT (Engels et al., 2015). Het programma 'Ik ben dapper' is in Nederland specifiek ontwikkeld voor deze doelgroep, maar nog niet onderzocht op effectiviteit.

Op basis van bovenstaande resultaten concluderen Engels et al (2015) dat er geen redenen zijn om aan te nemen dat er aparte CGT programma's ontwikkeld moeten worden voor aparte doelgroepen (jongens vs. meisjes, jongere vs. oudere kinderen, ethniciteit en intelligentie). De beperkte gevonden verschillen lijken meer samen te hangen met de vormgeving en toepassing dan met de inhoud van CGT programma's.

Factoren die mogelijk wel van invloed zijn op de effectiviteit van CGT zijn ernstige symptomen voorafgaand aan de behandeling, ouderlijke psychopathologie en comorbiditeit bij de jeugdige (Lundkvist-Houndoumadi et al., 2014; Higa-McMillan et al., 2016). De resultaten zijn echter niet eenduidig en daarom is het lastig om hier uitspraken over te doen. Zo laten verschillende studies zien dat comorbiditeit (zowel internaliserend als externaliserend) niet nadelig is voor de effecten van CGT op angst (James et al., 2015; Lundkvist-Houndoumadi et al., 2014; Nilsen et al., 2013). Deze studies



vinden dat CGT voor angst bijvoorbeeld ook werkzaam is bij kinderen met een comorbide autisme spectrum stoornis. Zeer recent vonden Warwick et al (2017) in een uitgebreide meta-analyse echter dat slechts 23,2% van de jeugdigen met een angststoornis en een comorbide autisme spectrumstoornis, volledig herstelde van hun angststoornis na behandeling met CGT (tegenover 60% van de jeugdigen met alleen een angststoornis). Dit wekt de suggestie dat comorbiditeit wel degelijk een negatieve invloed op de effecten van CGT uit kan oefenen. Binnen de goed onderzochte programma's 'Dappere Kat' en 'Denken + Doen = Durven' zijn aanpassingen gemaakt voor jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en daarvan worden positieve effecten gevonden. Voor jeugdigen met een angststoornis en comorbide ADHD lijkt een gecombineerde behandeling van gedragstherapie (vaak in de vorm van oudertraining) en medicatie voor de ADHD (psychostimulantia) het meest werkzaam. Cognitieve gedragstherapie is nog nauwelijks onderzocht bij jeugdigen met ADHD en een angststoornis, maar er zijn wat aanwijzingen dat de therapie voor deze doelgroep effectief zou kunnen zijn. Individuele cognitieve gedragstherapie lijkt dan de voorkeur te hebben boven de groepstoepassing. Jeugdigen die naast een angststoornis ook te maken hebben met een ernstige depressie zijn mogelijk niet in staat om effectief deel te nemen aan cognitieve gedragstherapie. Behandeling van de depressie moet dan prioriteit krijgen door het voorschrijven van een SSRI (Connolly, 2008).

6 Conclusie

Onderzoek laat duidelijk zien dat zowel in de preventie als behandeling van angst bij kinderen en jongeren, cognitieve gedragstherapie het beste werkt. Deze therapie is (in verschillende vormen en settings) voor een groot deel van de jeugdigen effectief. Cognitief gedragstherapeutische behandeling is ook op de langere termijn effectief. Voor preventie zijn de lange termijn effecten niet aangetoond. Binnen cognitieve gedragstherapie lijkt vooral exposure (blootstelling aan angstige situaties) van belang, maar ook elementen als cognitieve herstructurering, ontspanningsoefeningen, psycho-educatie en het modelleren van dapper gedrag lijken bij te dragen aan positieve effecten. Meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie in vergelijking met andere methoden en naar de werkzame elementen van de therapie. Ook moet duidelijker worden waarom cognitieve gedragstherapie voor sommige jeugdigen minder effectief is.

Wanneer cognitieve gedragstherapeutische behandeling geen of onvoldoende effect heeft kan aanvullend gekozen worden voor medicatie in de vorm van SSRI's. Vanwege de ernstige bijwerkingen is het voorschrijven van medicatie omstreden. De behandelingen Cognitive bias modification en Attention bias modification zijn veelbelovend, maar moeten uitgebreider onderzocht worden.



7 Literatuur

Ahlen, J., Lenhard, F., & Ghaderi, A. (2015). Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *The journal of primary prevention*, 36(6), 387-403.

Barrett, P.M. (2004). *Friends for life: Group leaders manual for children*. Bowen Hills: Australian Academic Press.

Barrett, P.M. & Turner, C.M. (2004). Prevention of Childhood Anxiety and Depression. In P.M. Barrett & T.H. Ollendick. Interventions that work with children and adolescents. *Prevention and treatment*, pp. 429-474.

Beidel, D.C., Turner, S.M., Sallee, F.R., Ammerman, R.T., Crosby, L.A. & Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1622-1632.

Bennett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G. A., Garland, E. J., ... & Wilansky, P. (2015). Preventing child and adolescent anxiety disorders: overview of systematic reviews. *Depression and anxiety*, 32(12), 909-918.

Bennett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G. A., Garland, E. J., ... & Wilansky, P. (2016). Treating child and adolescent anxiety effectively: Overview of systematic reviews. *Clinical psychology review*, 50, 80-94.

Bennett, K., Manassis, K., Walter, S. D., Cheung, A., Wilansky-Traynor, P., Diaz-Granados, N., ... Wood, J. J. (2013). Cognitive behavioral therapy age effects in child and adolescent anxiety: An individual patient data meta analysis. *Depression and Anxiety*, 30, 829-841.

Bienvenu, O.J. & Ginsburg, G.S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 647-654.

Bodden, D. H. M. (2006). *Individual versus family cognitive behavioural therapy in children with anxiety disorders. A clinical and economic evaluation*. Maastricht: Universiteit Maastricht (proefschrift).

Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., ... & Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1384-1394.

Bolier, L., Speetjens, P., Volker, D. & Sinnema, H. (2016). *Richtlijn Angst*. Utrecht: NCJ.

Brendel, K. E., & Maynard, B. R. (2014). Child-parent interventions for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 24, 287-295.

Buchanan-Pascall, S., Gray, K. M., Gordon, M., & Melvin, G. A. (2017). Systematic Review and Meta-analysis of Parent Group Interventions for Primary School Children Aged 4–12 Years with Externalizing and/or Internalizing Problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-24.



Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 192(11), S12.

Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials.

Clarke, A. M., Hussein, Y., Morreale, S., Field, C. A., & Barry, M. M. (2015). What works in enhancing social and emotional skills development during childhood and adolescence? A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK. WHO Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland Galway.

Clarke, A. M., Bunting, B., & Barry, M. M. (2014). Evaluating the implementation of a school-based emotional well-being programme: a cluster randomized controlled trial of Zippy's Friends for children in disadvantaged primary schools. *Health education research*, 29(5), 786-798.

Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.

Compton, S. N., Peris, T. S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P. C., ...Albano, A. M. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 212-224.

Connolly, S. D. (2008). Praktijkrichtlijnen voor diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen. *Kind en adolescent review*, 15(1), 5-41.

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health promotion international*, 29(3), 427-441.

Cristea, I. A., Mogoase, C., David, D., & Cuijpers, P. (2015). Practitioner Review: Cognitive bias modification for mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, DOI: 10.1111/jcpp.12383.

Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS one*, 10(3), e0119895.

Engels, R.C.M.E., Cillessen, A.H.N., Bakker, C.J., Bodden, D.H.M., Kuijpers, R.C.W.M., Nauta, M.H., Stikkelbroek, Y.A.J., Vermaes, I.P.R., Zanden, A.P. van der (2015). *Preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen en jeugd (consortium en voorstudie)*. Den Haag: ZonMw.

Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12(3), 255-268.



Gearing, R. E., Schwalbe, C. S. J., Lee, R., & Hoagwood, K. E. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 30*, 800-808.

Gravesteyn, C., Diekstra, R. F., De Wilde, E. J., & Koren, E. (2004). Effecten van 'Levensvaardigheden'. *Kind en adolescent, 25*(4), 169-177.

Haan, E. de (2003). Angst. In G. A. Bakker, D. M. C. B. van Zeben- van der Aa, J. Dewispelaere, R. Vecht-van den Bergh, M. van der Meulen-van Dijk, V. H. & Soyez. (Eds.), *Handboek Kinderen en Adolescenten*.

Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(2), 91-113.

Horowitz, J.L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 401-415.

In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: a Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(1), 15-24.

James, A., Soler, A., Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD004690.

James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev, 2*.

Jongerden, L., Oort, F., & Bögels, S. M. (in voorbereiding). Therapist, therapy factors and outcomes of CBT for childhood anxiety: Practice makes perfect.

Keehn, R. H. M., Lincoln, A. J., Brown, M. Z., & Chavira, D. A. (2013). The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(1), 57-67.

Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat Workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 62*(1), 100.

Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(4), 724.

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(3), 366.

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(3), 366.



Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorder youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 282.

Kendall, P. C., & Peterman, J. S. (2015). CBT for adolescents with anxiety: mature yet still developing. *American Journal of Psychiatry, 172*(6), 519-530.

Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (2011). *Psychofarmaca bij de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Kenniscentrum KJP.

Klein, R.G. (2009). Anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*: 1-2, 153-162.

Koot, H.M., Ferdinand, R.F., Vlieger-Smid, G.A., (2002). Angststoornissen bij kinderen en jeugdigen. *Kind en Adolescent, 23*(4), 214-218.

Kösters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., Utens, E. M., & Koot, H. M. (2017). FRIENDS for Life: Implementation of an indicated prevention program targeting childhood anxiety and depression in a naturalistic setting. *Mental Health & Prevention, 6*, 44-50.

Kösters, M. P. (2015). *Friends for Life: Evaluation of an Indicated Prevention Program Targeting Anxiety and Depression in School Children*. Ede: GVO drukkers & vormgevers B.V.

Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst. Werkgroep Kinderen en Jongeren (2004). *Preventie programma depressie en angst bij kinderen en jongeren*. Basisdocument.

Lawrence, P. J., Rooke, S. M., & Creswell, C. (2017). Prevention of anxiety among at-risk children and adolescents—a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*.

Lowther, H., & Newman, E. (2014). Attention bias modification (ABM) as a treatment for child and adolescent anxiety: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 168*, 125-135.

Lundkvist-Houndoumadi, I., Hougaard, E., & Thastum, M. (2014). Pre-treatment child and family characteristics as predictors of outcome in cognitive behavioural therapy for youth anxiety disorders. *Nordic Journal of Psychiatry, 68*, 524-535.

Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., ... Wood, J.J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 1163-1172.

Meijer, S.A., Smit, G., Schoemaker, C.G. & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM.

Mulder, S.F., van Aken, M.A.G., Raaijmakers, Q.A.W, & Onrust, S.A. (2015). *Effectiveness and moderators of the child program 'Happy at School': A cluster randomized trial*. Manuscript submitted for publication.

Mychailyszyn, M., Brodman, D., Read, K. & Kendall, P. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: a meta-analysis of outcomes. *Clinical psychology: science and practice, 19*, 129-153.



Nauta, M. H. (2005). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. Enschede: Febodruk bv. (proefschrift Rijksuniversiteit Groningen).

Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical psychology review, 29*(3), 208-215.

Nilsen, T. S. R., Eisemann, M., & Kvernmo, S. (2013). Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: A systematic review of psychological treatment studies. *European Child & Adolescent Psychiatry, 22*, 69-87.

Ollendick, T. H. (1995). Cognitive behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: A multiple baseline design analysis. *Behavior Therapy, 26*(3), 517-531.

Ollendick, T. H. & Davis, T. E., III (2013). One-session treatment for specific phobias: A review of Ost's single-session exposure with children and adolescents. *Cognitive Behavior Therapy, 42*, 275-283.

Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., ... & Group, E. A. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy, 67*, 1-18.

Rasing, S., Creemers, D. H., Janssens, J. M., & Scholte, R. H. (2017). Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at-risk adolescents: A meta-analytic review. *Frontiers in psychology, 8*, 1066.

Reyes-Portillo, J. A., Mufson, L., Greenhill, L. L., Gould, M. S., Fisher, P. W., Tarlow, N., & Rynn, M. A. (2014). Web-based interventions for youth internalizing problems: a systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(12), 1254-1270.

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J. & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 251–262

Rooksby, M., Elouafkaoui, P., Humphris, G., Clarkson, J., & Freeman, R. (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders, 29*, 83-92.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 31-44.

Scholing, A. (2002). Gedragstherapeutische en cognitieve interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent, 23*, 313-336.

Silverman, W.K., Pina, A.A., Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 105–130.

Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(3), 422-436.



Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 3-13.

Steensel, F. J. A. van, & Bögels, S. M. (2015). Cbt for anxiety disorders in children with and without autism spectrum disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3), 512.

Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., Phillips, R., Daniels, H., Anderson, R., & Simpson, N. (2014). Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): a cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *The Lancet Psychiatry, 1*(3), 185-192.

Starrenburg, M. L. van, Kuijpers, R. C., Kleinjan, M., Hutschemaekers, G. J., & Engels, R. C. (2017). Effectiveness of a cognitive behavioral therapy-based indicated prevention program for children with elevated anxiety levels: a randomized controlled trial. *Prevention Science, 18*(1), 31-39.

Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological medicine, 46*(1), 11-26.

Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 28*, 287-298.

Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G., & Öst, L. G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*, 185-200.

Tuebert, D., & Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(8), 1046-1059.

Vliek, L., Overbeek, G., & Orobio de Castro, B. (2015). A randomized trial of parent-child Topper Training: Effects on psychosocial problems, self-esteem and victimization. In: L. Vliek, *Effects of Kanjertraining (Topper Training) on emotional problems, behavioural problems and classroom climate (Proefschrift)* (pp. 89-119). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Walkup, J.T., Albano A.M., Piacentini, J, Birmaher, B, Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J, Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S.,& Kendall, P.C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine, 26*, 2753-2766.

Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., & Creswell, C. (2017). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 52*, 77-91.

Wei, C., & Kendall, P. C. (2014). Parental involvement: Contribution to childhood anxiety and its treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review, 17*(4), 319-339.



Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 51*, 30-47.

Yap, M. B., Morgan, A. J., Cairns, K., Jorm, A. F., Hetrick, S. E., & Merry, S. (2016). Parents in prevention: a meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical psychology review, 50*, 138-158.

Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., ... Sutherland, K. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research, 14*, 313.

Zanden, R. van der (2015). *Factsheet Resultaten effectonderzoek Zippy's Vrienden*. Utrecht: Trimbos instituut.

ZonMw (2011). *Evaluation of the Life Skills curriculum intended for Dutch secondary school students. Onderzoeksproject 2007-2011*. Den Haag: ZonMw.

ZonMw (2017). *Blended programma bij angststoornissen vergeleken met face-to-face behandeling*. Den Haag: ZonMw.

