

## Interventie

**Denken + Doen = Durven**

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 8 december 2023

Oordeel: Effectief volgens sterke aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: van Steensel (Augustus 2023).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Denken + Doen = Durven'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Doel.....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak.....	8
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>21</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	25
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>39</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>40</b>

## Samenvatting

De interventie is een cognitief-gedragstherapeutisch programma waarbij angstklachten van kinderen worden aangepakt. Onderdelen waaruit de interventie bestaat: uitleg geven over angst (psycho-educatie), cognitieve technieken aanleren (onderkennen, uitdagen en herformuleren van angstige gedachten), het aanleren van coping vaardigheden, doen waar je bang voor bent (exposure), en terugval preventie. Het programma kan gebruikt worden in de preventieve context (8-12 jaar, groep format) of in de curatieve context (8-18 jaar, individueel of groep format). Er is een handleiding voor professionals beschikbaar en werkboeken voor de deelnemers.

## Doelgroep

Kinderen en jongeren van 8-18 jaar met angstklachten of angststoornissen.

## Doel

Het verminderen van angstklachten zodanig dat zij geen beperkingen meer vormen voor het dagelijkse leven (preventief en curatief).

## Aanpak

De interventie is een cognitief-gedragstherapeutisch programma bestaande uit: psycho-educatie, cognitieve herstructurering, exposure, het versterken van coping vaardigheden en terugvalpreventie. In de preventieve context is de interventie bedoeld voor kinderen van 8-12 jaar en heeft de interventie een groepsformat (8 bijeenkomsten van 90 min). In de curatieve context kan zowel voor een individueel format als voor een groepsformat gekozen worden. De individuele variant beslaat 12 sessies (van 45-60 min) voor het kind + 3 oudersessies (van 45-60 min), de groepsvariant telt 8 sessies (van 90 min) voor het kind + 3 oudersessies (van 90 min).

## Materiaal

Er is een handleiding voor professionals beschikbaar, en er zijn werkboeken voor kinderen en ouders beschikbaar.

## Onderbouwing

Angst komt bij kinderen en jongeren vaak voor en hoort bij de ontwikkeling. Wanneer angstklachten erger worden en een beperking vormen voor het dagelijkse leven wordt er gesproken over angststoornissen. Het is enerzijds belangrijk te voorkomen dat angstklachten zich ontwikkelen naar een angststoornis en anderzijds is het belangrijk om angststoornissen te behandelen. Verschillende factoren spelen een rol in het ontstaan en het in stand houden van angstproblemen. De interventie is een cognitief gedragstherapeutisch programma welke beoogt de in standhoudende factoren aan te pakken door middel van psycho-educatie, het aanleren van coping vaardigheden, cognitieve herstructurering, exposure (blootstelling aan de angst), en terugvalpreventie. De effectiviteit van de afzonderlijke componenten zijn weinig of niet op effectiviteit onderzocht, maar uit verschillende studies blijkt dat cognitief gedragstherapeutische programma's effectieve interventies zijn voor zowel de voorkoming (preventie) als de behandeling van angststoornissen (In-Albon & Schneider, 2007; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012; Teubert & Pinquart, 2011).

## Onderzoek

Uit verschillende meta-analyses (bijv. In-Albon & Schneider, 2007; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012) blijkt dat cognitieve gedragstherapie een effectieve behandeling voor angststoornissen bij kinderen en jongeren is, ook in een preventieve context (Teubert & Pinquart, 2011). Nederlands onderzoek naar specifiek de huidige interventie heeft aangetoond dat de interventie effectief is in de curatieve context (Bodden et al., 2008a; Bodden et al., 2008b; Jongerden, Bögels, & Peijnenburg, 2011; Van Steensel & Bögels, 2015; Van Steensel, Dirksen & Bögels, 2014; van Steensel et al., 2022) en in de preventieve context (Simon et al., 2011; Simon et al., 2012).

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### **Uiteindelijke doelgroep**

De doelgroep bestaat uit kinderen en jongeren met angstklachten (preventieve context) of angststoornissen (curatieve context). De interventie is in de preventieve context gericht op kinderen in de leeftijd 8-12 jaar. De interventie is in de curatieve context geschikt voor kinderen en jongeren in de leeftijd van 8 tot 18 jaar.

NB. Aanvankelijk waren de preventieve en curatieve interventie apart van elkaar uitgegeven. De preventieve interventie staat ook wel bekend onder de naam *Leer te Durven*, de curatieve interventie staat bekend onder *Denken + Doen = Durven*. De interventies overlappen inhoudelijk echter sterk waardoor in de meest recente handleiding (hoofdstuk in Braet & Bögels, 2020) besloten is de interventies samen te voegen. De werkboeken zijn nog wel apart. Momenteel wordt gewerkt aan een nieuwe handleiding voor professionals en de integratie van de werkboeken (met nieuwe illustraties). Naar verwachting zal deze in 2024 uitkomen.

### **Intermediaire doelgroep**

In de preventie context niet. In de curatieve context zijn de ouders een intermediaire doelgroep.

NB. In de preventieve context zijn er geen verplichte ouderbijeenkomsten; vaak omdat dit logistiek lastig te organiseren is omdat de interventie vaak op scholen (soms onder schooltijd) wordt ingezet. Voor de curatieve context geldt dat wanneer ouders niet willen/kunnen deelnemen aan de ouderbijeenkomsten, dat de interventie dan toch doorgang kan vinden.

### **Selectie van doelgroepen**

Voor kinderen met verhoogde angstscores kan de interventie in een preventieve context worden ingezet. Voor kinderen met een angststoornis kan de interventie in een curatieve context worden ingezet. De deelnemende kinderen moeten bereid zijn tot actieve deelname tijdens de bijeenkomsten en de professional/multi-disciplinair team moet inschatten dat het kind gebaat is bij het volgen van de interventie.

Angstklachten van de kinderen kunnen in kaart worden gebracht met een angstvragenlijst, bijv. de *Screen for Child Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED-71; Bodden, Bögels, & Muris, 2009)*. Wanneer op de SCARED-71 een verhoogde score naar voren komt, kan verder diagnostisch onderzoek naar een angststoornis overwogen worden. Dit kan bijvoorbeeld met een semi-gestructureerd diagnostisch interview zoals de *Anxiety Disorder Interview Schedule (Silverman & Albano, 1996; Nederlandse bewerking door Siebelink & Treffers, 2001)* of de *SCID-junior (Wante et al., 2021)*. Het gebruik van vragenlijsten of diagnostische interviews is niet verplicht, maar wordt wel sterk aanbevolen zodat op een gedegen manier diagnostiek wordt verricht en op deze manier ook de effectiviteit van de interventie gemeten kan worden.

In de curatieve context kan gekozen worden voor het individueel format of voor het groepsformat. Voor de effectiviteit van een angstgerichte CGT lijkt het niet uit te maken of een individueel format of een groepsformat wordt gebruikt (bijv. Wergeland et al., 2014). Wanneer angsten schaamtevol of privé zijn, dan wordt een individueel format geadviseerd. Een contra-indicatie voor het groepsformat is wanneer het kind niet kan/wil praten over de angst in een groep. Bij het samenstellen van een groep wordt aangeraden kinderen van ongeveer dezelfde leeftijd bij elkaar te zetten (bijv. 8-12 jaar en 13-18 jaar). De keuze voor een individueel of groepsformat kan ook afhangen van de organisatie en/of het aantal kinderen met angststoornissen die binnen een bepaalde periode aangemeld worden.

### **Contra-indicaties**

Contra-indicaties betreffen: een (licht) verstandelijke beperking (LVB), middelenmisbruik, psychosen, suïcidaliteit, en huidig fysiek of seksueel misbruik. ASS en ADHD zijn geen contra-indicatie, maar het is wel wenselijk dat ouders en kind psycho-educatie over de stoornis hebben ontvangen alvorens met de angstbehandeling te starten. Voor specifiek kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS) zijn een aantal richtlijnen gegeven om de behandeling aan te passen. Deze staan in de handleiding (boekhoofdstuk in Braet & Bögels, 2020) nader beschreven.

Voor ouders zijn geen contra-indicaties. Wanneer ouders zelf psychische problemen hebben of een LVB, is het aan de behandelaar om te overwegen om voor ouders een eigen traject te adviseren en/of om aanpassingen te doen (bijv. in het geval van LVB de taal vereenvoudigen en/of meer tijd besteden aan de uitleg van de interventie). NB. aangezien wetenschappelijk gezien er geen overtuigend bewijs is dat de betrokkenheid van ouders noodzakelijk is voor een (meer) succesvolle behandeling (geen verschil in effectiviteit tussen kind- en gezinsgerichte CGT; In-Albon & Schneider, 2007; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012), zou in deze gevallen ook overwogen kunnen worden om de ouders niet (of minimaal) te betrekken en de behandeling alleen op het kind te richten.

De commitment van ouders wordt voorafgaande aan de interventie niet expliciet getoetst. Er wordt uitgegaan van een standaard procedure binnen instellingen om voorafgaand aan de start van de interventie een behandelplan/overeenkomst op te stellen waarin duidelijk wordt gemaakt wat het doel is van de interventie, uit hoeveel sessies deze bestaat, en wat de rol van ouders is. Overeenstemming met ouders over het plan is noodzakelijk.

### **Betrokkenheid doelgroep**

In de preventie context is recent een onderzoek uitgevoerd waarin kinderen, ouders en professionals middels een online vragenlijst om input werd gevraagd over de tevredenheid met de interventie. Aandachtspunten die daaruit o.a. naar voren kwamen waren: de taligheid van de werkboeken en de culturele diversiteit in de werkboeken. Binnen de curatieve context is aan de uitvoerders gevraagd een online vragenlijst in te vullen over hoe tevreden zij zijn met de interventie en wat verbeterd zou moeten worden. Een punt van aandacht was het opnemen van de nieuwe inzichten rondom exposure en de wens om de interventie meer op maat te kunnen maken (keuze uit oefeningen, flexibel aantal sessies). Alle genoemde aandachtspunten worden meegenomen in de nieuwe versie van de handleiding en werkboeken (gepland voor 2024).

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het verminderen van angstklachten zodanig dat zij geen beperkingen meer vormen voor het dagelijkse leven (preventief en curatief).

### Subdoelen

Kind doelen (preventieve en curatieve setting):

1. Het kind weet het verschil tussen een normale en een overdreven angst
2. Het kind heeft vaardigheden geleerd om met zijn/haar angst om te gaan: hij/zij kan dit doen door ontspanningsoefeningen, taakconcentratie-oefeningen, helpend gedrag te identificeren en toe te passen
3. Het kind is in staat zijn/haar angstige gedachten te herkennen, uit te dagen en om te zetten in helpende gedachten
4. Het kind gaat zijn/haar angstige situaties niet uit de weg, maar gaat ze (stap voor stap) aan
5. Het kind weet vaardigheden en cognitieve technieken in te zetten om (nieuwe) angstige situaties aan te gaan.

Ouder doelen (enkel van toepassing in de curatieve setting):

- De ouders van het kind weten welke informatie het kind heeft gekregen en hoe zij hun kind kunnen ondersteunen in de aanpak van zijn/haar angsten
- De ouders van het kind weten welke opvoed strategieën mogelijk helpend kunnen zijn in de aanpak van angst bij kinderen.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

De interventie is zowel in de preventieve setting als in de curatieve setting in te zetten. De interventie in de preventieve setting staat ook wel bekend als Leer te Durven!. De interventie in de curatieve context als Denken + Doen = Durven. In de handleiding voor professionals staat de interventie beschreven onder de naam: Denken + Doen = Durven, een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor de preventie en behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten. Hierin wordt de interventie zowel vanuit de preventieve als de curatieve setting beschreven.

De interventie in de preventieve context wordt ingezet als groepsinterventie, en wordt gegeven door 2 therapeuten aan 6-8 kinderen. Er zijn in totaal 8 (wekelijkse) bijeenkomsten van 90 minuten.

De interventie in de curatieve context kan ingezet worden als individuele behandeling en als groepsbehandeling. De groepsbehandeling bestaat uit 8 wekelijkse bijeenkomsten van 90 minuten en 3 ouderbijeenkomsten (van 90 minuten). De groepsbehandeling wordt – net zoals in de preventieve context - gegeven door 2 therapeuten. Het aantal kinderen per groep is – net zoals in de preventieve context – 6 tot 8 kinderen.

De individuele interventie bestaat uit 12 kindgerichte sessies en 3 oudersessies. Bij voorkeur zijn de sessies wekelijks waarbij de 3 oudersessies in dezelfde week als de kind sessies 3-6-9 worden gepland. De tijdsduur per sessie is 45-60 minuten. Voor de eerste sessie wordt 90 minuten uitgetrokken. Alle kind- en oudersessies van de individuele interventie worden verzorgd door dezelfde behandelaar (één behandelaar per kind/gezin).



## Inhoud van de interventie

Werving: In de preventieve context worden de kinderen door de ouders, leerkracht, IB-er, of zorgteam, aangemeld. Waar de kinderen precies aangemeld kunnen worden zal verschillen per gemeente. Binnen sommige gemeenten bieden de scholen de interventie zelf aan (bijv. uitvoering door een orthopedagoog binnen school), binnen andere gemeenten bieden de wijkteams/ouder-en-kind teams de interventie aan of wordt de interventie verzorgd door preventie medewerkers werkzaam bij zorginstellingen. In de curatieve context zijn kinderen via de huisarts of een wijkteam aangemeld bij een psycholoog of instelling (basis GGZ, specialistische GGZ). Na een kennismakingsgesprek (intake) beoordeelt de professional of de interventie geïndiceerd is. Eventueel kunnen diagnostische instrumenten ingezet worden om de angstklachten te meten; bijv. een vragenlijst voor het meten van angstsymptomen (bijv. SCARED) of een diagnostisch interview (bijv. SCID-junior of ADIS) om angststoornissen vast te stellen.

De meest belangrijke inhoudelijke activiteiten die worden gebruikt in de (preventieve en curatieve) interventie betreffen:

1. Psycho-educatie (P). Hierbij wordt aan het kind uitleg gegeven hoe angsten ontstaan en wat normale en overdreven angsten zijn. Daarnaast wordt ook het GGGG model (Gebeurtenis, Gedachte, Gevoel en Gedrag) uitgelegd om inzicht te geven in hoe angsten ontstaan of in stand gehouden kunnen worden.
2. Aanleren/versterken van coping vaardigheden (CO). Bij het aanleren van coping vaardigheden gaat het om het aanleren van een aantal strategieën hoe het kind om kan gaan met zijn/haar angsten. Het kind wordt geleerd om moedig (helpend) gedrag, ontspanningsoefeningen, en taakconcentratie-oefeningen toe te passen in angstige situaties.
3. Door middel van cognitieve technieken (CT) wordt het kind vaardigheden aangeleerd om de negatieve (angstige) gedachten aan te pakken. Dit gebeurt door middel van het aanleren van de techniek uitdagen en eventueel door het opzetten van gedragsexperimenten. Het uitdagen van een negatieve gedachte houdt in dat de therapeut en het kind de angstige gedachte aan een kritisch onderzoek onderwerpen. De belangrijkste manier om dit te doen is door bewijsmateriaal voor en tegen de gedachte te inventariseren. Wanneer een kind de kans dat een bedreigende gebeurtenis zich voordoet ernstig overschat, kan de therapeut gebruik maken van een kansberekening. Ook kan de therapeut het kind/de jongere helpen om een ongenueanceerde (eendimensionale) negatieve gedachte meerdimensionaal te evalueren. Op basis van de uitdagingen kan vervolgens een helpende of rationele gedachte geformuleerd worden. Ook kan het kind door middel van experimenten leren om de negatieve gedachte op waarheid te toetsen. Hierbij verzinnen de therapeut en het kind vooraf welke bewijzen nodig zijn om de hypothese van de negatieve gedachte aan te nemen dan wel te verwerpen. Vervolgens wordt het onderzoek uitgevoerd en geëvalueerd.
4. Exposure (E) is een wezenlijk onderdeel van de cognitieve gedragstherapie. Het kind wordt geleerd om (stap voor stap) de angst aan te gaan. Hierdoor worden angstige situaties niet langer vermeden. NB. Onderdeel van de techniek 'gedragsexperimenten' is de uitvoering van het experiment hetgeen in feite ook een vorm van exposure is aangezien de angstige situatie wordt aangegaan door middel van het experiment.
5. Samenvatting en terugval. Aan het einde van de interventie wordt teruggekeken op wat er geleerd is en wordt het onderwerp terugval besproken. Er wordt uitgelegd dat het voor kan komen dat in een periode de angsten weer erger worden, of dat er andere (nieuwe) angsten ontstaan. Vervolgens wordt besproken hoe je daar mee om kan gaan en wordt een terugvalpreventie plan gemaakt.

Hoewel er geen onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van de verschillende onderdelen van de interventie, dienen de volgende onderdelen tenminste aanwezig te zijn: psycho-educatie, exposure en terugval.

De oefeningen binnen de interventie zijn voor alle kinderen (ongeacht de leeftijd of het cognitief niveau) hetzelfde. Afhankelijk van de leeftijd zal er sneller of minder snel door de inhoud heen gegaan kunnen worden. Het is aan de professional om de snelheid van de oefeningen adequaat op de leeftijd en/of het cognitieve niveau van het kind af te stemmen.

Hieronder is in Tabel 1 weergegeven welke inhoudelijke onderdelen worden gebruikt binnen de kind sessies (NB. algemene onderdelen zoals kennismaken, doelen opstellen, groepsregels, warming-up etc zijn hier niet vermeld). Inhoudelijk verschillen de interventies in de preventieve en curatieve context nauwelijks van elkaar (zie Tabel 1 en handleiding). Het enige verschil is dat binnen de preventieve context assertiviteitsoefeningen onderdeel zijn van de interventie, terwijl in de curatieve context gedragsexperimenten onderdeel zijn van het programma. Andere verschillen zijn eerder gelegen in de hoeveelheid tijd die aan een onderdeel wordt besteed. Binnen de preventieve context wordt relatief meer tijd besteed aan psycho-educatie, copingsvaardigheden en cognitieve technieken, terwijl binnen de curatieve context meer tijd wordt besteed aan het doen van exposure (al dan niet in de vorm van gedragsexperimenten). Dit verschil in tijd per onderdeel is logisch gezien het feit dat in de preventieve context er (nog) niet sprake is van een angststoornis en daardoor de nadruk meer ligt op het geven van informatie en het leren omgaan met de angstklachten. Dit in tegenstelling tot de curatieve context waar er wel sprake is van een angststoornis en het noodzakelijk is dat de angstige situatie niet langer vermeden wordt maar aangegaan wordt (exposure).

Tabel 1. Activiteiten van de interventie per setting en format.

Inhoudelijke activiteit	Preventieve setting	Curatieve setting	
	Groep format	Groep format	Individueel format
(P) Gezonde – ongezonde angst	Sessie 1	Sessie 1	Sessie 1
(P) Angst voelen (lichaamssignalen)	Sessie 1	Sessie 1	Sessie 1
(CT) GGGG	Sessie 2	Sessie 1	Sessie 1
(CT) Uitdagen	Sessie 3	Sessie 2	Sessie 2
(CO) Ontspanningsoefeningen/ imaginatie	Sessie 3+4	Sessie 3	Sessie 3
(CO) Helpend gedrag	Sessie 4	Sessie 3	Sessie 3
(CO) Taakconcentratie	Sessie 4	Sessie 3	Sessie 3
Zelfbeloning	Sessie 4	Sessie 4	Sessie 4
(E) Angsttrap /stappenplan	Sessie 5	Sessie 4	Sessie 4
(E) Exposure	Sessie 5 t/m 8	Sessie 5 t/m 8	Sessie 5 t/m 12
(E) Gedragsexperimenten		Sessie 6	Sessie 7
Praten over angst	Sessie 6	Sessie 7	Sessie 9
Assertiviteit oefeningen	Sessie 7		
Samenvatting en terugval	Sessie 8	Sessie 8	Sessie 10-11
Evaluatie en diploma	Sessie 8	Sessie 8	Sessie 12

Noot: P = Psycho-educatie, CO = Coping, CT = cognitieve technieken, E = exposure (of eventueel gedragsexperimenten in de curatieve context), in het onderdeel 'praten over

angst' wordt stilgestaan bij of het kind praat over zijn/haar angst en met wie hij/zij dit wel/niet (het beste) kan doen. Ook wordt stilgestaan bij hoe het kind kan aangeven wanneer het hulp nodig heeft. Het doel van dit onderdeel is dat gestimuleerd wordt dat het kind (zonder schaamte) over de angst praat en zelf aan kan geven wanneer het hulp nodig heeft (stimuleren autonomie).

Niet opgenomen in de tabel zijn de ouderbijeenkomsten (alleen van toepassing in de curatieve context). In de 3 ouder bijeenkomsten wordt aandacht besteed aan psycho-educatie rondom angst bij kinderen/jongeren en de rationale van CGT, maar ook aan de mogelijke invloed van ouderlijke angsten, hoe ouders omgaan met hun eigen angsten (modelling), de aanwezigheid van eventuele dysfunctionele cognities bij ouders, en hoe ouderlijk opvoedgedrag (controle versus autonomie) mogelijk bijdraagt aan het in standhouden van de angsten van het kind. Vervolgens wordt met ouders besproken hoe zij dit mogelijk zouden kunnen veranderen; bijv. door niet mee te gaan in het vermijdingsgedrag van het kind, door het kind meer autonomie te geven, door zelf een moedig voorbeeld te zijn.

## 2. Uitvoering

### Materialen

Materialen voor de uitvoering zijn:

- Handleiding Leer te Durven (preventieve context) voor professionals: € 24,99 (<https://www.lannoocampus.nl/nl/producten/psychologie-algemeen/leer-te-durven-trainershandleiding>) en Werkboek Leer te Durven voor het kind: € 24,99 (<https://www.lannoocampus.nl/nl/producten/psychologie-algemeen/leer-te-durven-werkboek>)
- Handleiding Denken + Doen = Durven (curatieve context: individueel format) voor professionals: € 50,95 (<https://www.bsl.nl/shop/behandeling-van-angststoornissen-9789031351657>) en Werkboek voor het kind: € 24,90 (<https://www.bsl.nl/shop/denken-doen-durven-werkboek-voor-kinderen-9789031352029>), en eventueel Werkboek voor de ouder: € 24,90 <https://www.bsl.nl/shop/denken-doen-durven-werkboek-voor-ouders-9789031352012>
- De meest recente handleiding van de interventie voor professionals (preventieve en curatieve context samengenomen) is opgenomen als boekhoofdstuk in het protocolboek van Braet & Bögels (2020): [https://www.boompsychologie.nl/product/100-8663\\_Protocolaire-behandelingen-voor-kinderen-en-adolescenten-met-psychische-klachten-herziening?gclid=EAIaIQobChMImlL3e6LTu-gIVDM93Ch1YWwETEAQYASABEgK-RfD\\_BwE](https://www.boompsychologie.nl/product/100-8663_Protocolaire-behandelingen-voor-kinderen-en-adolescenten-met-psychische-klachten-herziening?gclid=EAIaIQobChMImlL3e6LTu-gIVDM93Ch1YWwETEAQYASABEgK-RfD_BwE), en kost € 217,50

NB. Er komt naar verwachting in 2024 een nieuwe handleiding en nieuwe geïllustreerde werkboeken.

Materialen voor diagnostiek en evaluatie worden niet door de ontwikkelaars aangeleverd. De diagnostiek en evaluatie vindt doorgaans plaats binnen de instelling via de aldaar gehanteerde (ROM)-materialen en (evaluatie) vragenlijsten. Het advies is wel om de interventie te evalueren aan de hand van angst specifieke vragenlijsten (bijv. de SCARED) en/of diagnostische interviews (bijv. SCID-junior of ADIS).

### Locatie en type organisatie

X Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren

X Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning

X Gespecialiseerde hulp

De interventie kan zowel worden uitgevoerd binnen de preventieve context (bijv. op scholen, vanuit jeugd en gezin centra of kind-ouder teams) als in de curatieve context (bijv. GGZ instellingen en vrijgevestigde psychologenpraktijken). Organisaties die in het kader van (eerder) onderzoek met de interventie hebben gewerkt zijn binnen de preventieve setting: Indigo Rotterdam, Arkin Amsterdam, Youz Den Haag, GGZingeest Amsterdam, en binnen de curatieve setting: UvA minds, Max Ernst GGZ (Buro van Roosmalen), Psychologenpraktijk Kuin Haarlem, Praktijk voor Leer- en gedragsadviezen Hilversum, de Kinderkliniek Almere, Ouder- en kindteams Amsterdam, Dokter Bosman, Praktijk Eefde, Praktijk Appelboom, Altra Amsterdam, Psychologenpraktijk Waalre, TOP Psy&So Borne, AMC Psychosociale Zorg, GGZ Noord-Holland-Noord, Mediant Enschede, Karakter Ede, Stichting Jeugdformaat, Dimence, GGZ Meerkanten, Mondriaan kinderen en jeugdigen Heerlen, Virenze Riagg Maastricht.

## Opleiding en competenties van de uitvoerders

Uitvoerders zijn preventiemedewerkers, psychologen, orthopedagogen, gedragswetenschappers, GZ-psychologen (i.o.), cognitieve therapeuten (i.o.), psychotherapeuten (i.o.), klinisch psychologen (i.o.). Een WO opleiding in de psychologie of verwante opleiding evenals kennis van angststoornissen bij kinderen en CGT is nodig. Indien de professional nog weinig ervaring heeft met CGT gericht op angst, dan is aan te raden om vooraf de handleiding goed te bestuderen, een workshop of training te volgen en/of intervisie of supervisie te ontvangen van een ervaren professional.

M.b.t. de interventie in preventie context is recent een implementatie onderzoek afgerond. Binnen dat onderzoek is een train-de-trainer ontwikkeld en deze wordt aangeboden via de Trimbos academie (<https://www.trimbos.nl/aanbod/academie/trainingen/leer-te-durven/>) voor €395,-. Voor een training in de interventie binnen de curatieve context zijn in het verleden (op congressen) veel workshops en trainingen gegeven. Mochten professionals of instellingen interesse hebben dan kan contact opgenomen worden met Susan Bögels of Bonny van Steensel om bijv. een in-company training te geven.

## Kwaliteitsbewaking

De handleidingen en werkboeken kunnen vrijelijk worden aangeschaft. Er is geen controle vanuit de ontwikkelaars door wie de interventie wordt uitgevoerd of hoe deze wordt uitgevoerd. Echter, in de handleidingen wordt omschreven dat de handleiding en het uitvoeren van de interventie bedoeld is voor professionals zoals orthopedagogen, psychologen, cognitief-gedragstherapeuten, GZ-psychologen, psychotherapeuten, etc. Ook wordt in de handleiding uiteengezet welke meetinstrumenten kunnen worden ingezet voor de diagnostiek en evaluatie van de interventie. Wanneer men deelneemt aan onderzoek naar de interventie, dan wordt wel enige mate van controle uitgeoefend. Dit varieert per onderzoek; in eerder onderzoek is bijv. gewerkt met audio-opnames en verplichte intervisie bijeenkomsten maar ook met sessieformulieren waarbij behandelaren zelf rapporteerden welke onderdelen van het programma zij gebruikt hebben.

NB. Het perspectief van de ontwikkelaars is dat de interventie laagdrempelig gebruikt moet kunnen worden door professionals zonder daarbij de verplichting op te leggen van het hebben gevolgd van een specifieke training. We willen dan ook niet werken met bijv. een licentie format waarbij alleen de professionals die specifiek getraind zijn de interventie mogen geven. Deze redenering wordt ondersteund door het onderzoek van Jongerden et al (2015) waaruit naar voren kwam dat het al dan niet specifiek getraind zijn in het protocol, evenals het opleidingsniveau (extra klinische registratie bovenop een WO-opleiding) geen significante voorspellers van de behandel-effectiviteit waren. Vanuit datzelfde onderzoek bleek ook dat klinische ervaring in het algemeen en het aantal eerder behandelde kinderen met angststoornissen specifiek, wel significante voorspellers waren van de behandel-effectiviteit (Jongerden, 2015). Klinische ervaring met het werken met kinderen (met angstproblemen) is dus wenselijk. Heeft men dit niet, dan wordt geadviseerd om intervisie/supervisie te volgen bij een ervaren professional. We gaan ervan uit dat er bij professionals voldoende zelfkennis aanwezig is dat professionals doorverwijzen naar meer specialistische deskundigen wanneer zij zichzelf ontoereikend achten en/of te weinig kennis/ervaring hebben (dat getuigt immers van professional handelen).

## Randvoorwaarden

Praktisch gezien is een groepsruimte (met bij voorkeur een whitebord of flap-over) nodig om de interventie in groepsformat te kunnen geven. Daarnaast is (met name vanuit de preventieve context) draagvlak vanuit gemeenten nodig om de interventie te bekostigen. Binnen instellingen is het wenselijk om supervisie, intervisie en/of werkbegeleiding te organiseren voor medewerkers die de interventie uitvoeren.

## Implementatie

Wanneer instellingen, behandelaren geïnteresseerd zijn in de interventie kunnen zij de materialen aanschaffen en de interventie uitvoeren. Eventueel kan voorafgaand door de professional een (train-de-trainer)training worden gevolgd via de Trimbos academie. In het verleden zijn verschillende lezingen, workshops en trainingen gegeven door de ontwikkelaars. Mochten professionals of instellingen interesse hebben dan kan contact opgenomen worden met Susan Bögels of Bonny van Steensel om bijv. een in-company training te geven. Er is een website beschikbaar met informatie over de interventie ([www.denkendoendurven.nl](http://www.denkendoendurven.nl)).

## Kosten

De kosten voor aanschaf van materialen zijn:

- Preventieve context: Werkboek Leer te Durven voor het kind: € 24,99 (voor elk kind dient een werkboek aangeschaft te worden) (<https://www.lannoocampus.nl/nl/producten/psychologie-algemeen/leer-te-durven-werkboek>)
- Curatieve context: Werkboek Denken + Doen = Durven voor het kind: € 24,90 (voor elk kind dient een werkboek aangeschaft te worden) (<https://www.bsl.nl/shop/denken-doen-durven-werkboek-voor-kinderen-9789031352029>), en eventueel Werkboek voor de ouder: € 24,90 (<https://www.bsl.nl/shop/denken-doen-durven-werkboek-voor-ouders-9789031352012>)
- De meest recente handleiding van de interventie voor professionals (preventieve en curatieve context samengenomen) is opgenomen als boekhoofdstuk in het protocollenboek van Braet & Bögels (2020): ([https://www.boompsychologie.nl/product/100-8663\\_Protocollaire-behandelingen-voor-kinderen-en-adolescenten-met-psychische-klachten-herziening?gclid=EAIaIQobChMImL3e6LTu-gIVDM93Ch1YWwETEAQYASABEgK-RfD\\_BwE](https://www.boompsychologie.nl/product/100-8663_Protocollaire-behandelingen-voor-kinderen-en-adolescenten-met-psychische-klachten-herziening?gclid=EAIaIQobChMImL3e6LTu-gIVDM93Ch1YWwETEAQYASABEgK-RfD_BwE)), en kost € 217,50 (eenmalige kosten)

Personele inzet voor het uitvoeren van de interventie is:

- voor het groepsformat in de preventieve setting 16 uur per trainer (1 of 2 trainers per groep, afhankelijk van de groepsgrootte); 8 bijeenkomsten van 90 min + 30 min voorbereiding per bijeenkomst
- voor het groepsformat in de curatieve setting 22 uur; 16 uur voor de kindsessies + 3 ouderbijeenkomsten van 90 minuten en 30 minuten voorbereidingstijd
- voor het individuele format in de curatieve setting 17,5 uur; 12 kindsessies + 3 oudersessies + 10 min voorbereidingstijd voor elke sessie.

Tijd voor kennismakingsgesprekken, intake, diagnostisch onderzoek, of evaluatie gesprekken komen hier nog bovenop maar zullen vermoedelijk per instelling en per kind/gezin variëren. Minimaal moet hier 2 uur voor gerekend worden; 1 uur voor intake/kennismaking en 1 uur voor evaluatie/nabespreking.

De kosten voor het volgen van de 1-daags training voor professionals in het geven van de interventie in preventieve context bedragen €395,- en wordt via het Trimbos aangeboden. De kosten voor een in-company training zijn in overleg en afhankelijk van o.a. al aanwezige deskundigheid/ervaring met het werken met kinderen met angstklachten/angststoornissen en met CGT.

## 3. Onderbouwing

### Probleem

De interventie is ontwikkeld voor de preventie en behandeling van angststoornissen bij kinderen. Angst is een normaal verschijnsel in de ontwikkeling van kinderen. Echter, wanneer angsten heviger en frequenter voorkomen en wanneer de angsten het dagelijks functioneren gaan beïnvloeden, kan er sprake zijn van een angststoornis. De DSM-5 (APA, 2013) onderscheidt de volgende angststoornissen: separatie angststoornis, sociale angststoornis, specifieke fobie, paniekstoornis, agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis en selectief mutisme. De prevalentiecijfers van angststoornissen variëren (zie bijv. review van Costello, Egger en Angold, 2005) en lopen op tot zo'n 20% (APA, 2013). Vanuit een Amerikaans onderzoek onder adolescenten bleek zelfs dat bijna 32% ooit een angststoornis had gehad, en dat deze bij de helft van de gevallen al in het 6<sup>de</sup> levensjaar aanwezig was (Merikangas et al., 2010). Wereldwijd wordt de prevalentie van angststoornissen onder kinderen en adolescenten geschat op 6.5% (zie meta-analyse van Polanczyk et al., 2015). Klinische angst (en depressie) symptomen lijken tijdens de COVID-periode te zijn toegenomen (zie meta-analyse van Racine et al., 2021). Een schatting van het percentage kinderen wat verhoogde angstsymptomen heeft, is moeilijker te geven omdat hier minder onderzoek naar is gedaan. Een onderzoek in Italië (Mazzone et al., 2007) toonde aan dat van de 478 kinderen (8-16 jaar) ongeveer 7% verhoogde angstscores had op een angstvragenlijst, terwijl een ander onderzoek in Spanje vond dat ongeveer 26% van de kinderen (8-17 jaar) op tenminste één van de angstsubschalen van de vragenlijst verhoogde scores had (Orgilés et al., 2012). Recente prevalentie cijfers voor Nederland zijn er niet. Wel is (vanuit Nederlands onderzoek) bekend dat kinderen met verhoogde angstsymptomen – zonder interventie – vaak verhoogd angstig blijven (Broeren et al., 2013; Simon et al., 2011).

Er zijn aanwijzingen dat angststoornissen en angstsymptomen vaker bij meisjes voorkomen (Bender et al., 2012; Canals et al., 2019; Costello et al., 2005; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009) en dat de specifieke angststoornissen verschillen met betrekking tot de leeftijd waarop ze voorkomen (Costello et al., 2005; Beesdo-Baum et al., 2012). Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat angst samengaat met gezinsgrootte, burgerlijke stand van de ouders, opleidingsniveau of etniciteit (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). In een recenter onderzoek uitgevoerd in Spanje (Canals et al., 2019), bleek geslacht en een lagere SES geassocieerd te zijn met het hebben van een angststoornis, maar waren andere socio-demografische factoren (leeftijd, geboorteplaats, gezinstype) geen risico. De comorbiditeit (het gelijktijdig voorkomen van twee of meer stoornissen) onder angststoornissen is groot: 35-60% van de kinderen heeft meerdere angststoornissen (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009; Canals et al., 2019), angststoornissen gaan vaak samen met stemmingstoornissen (zie bijv. Cummings et al., 2014) en angststoornissen komen relatief vaak voor bij kinderen met ASS (Zaboski & Storch, 2018) en kinderen met ADHD (D'Agati et al., 2019). Angststoornissen interfereren met het dagelijks leven (APA, 2013) en hebben een negatief effect op de kwaliteit van leven (van Steensel, Bögels, & Dirksen, 2012; Telman et al., 2017). Tenslotte bleek uit het onderzoek van Bodden, Dirksen en Bögels (2008) dat de maatschappelijke kosten in gezinnen met kinderen met een angststoornis ongeveer 21 keer zo hoog waren in vergelijking met gezinnen waarbij de kinderen geen angststoornis hadden, hetgeen impliceert dat angststoornissen ook gepaard gaan met hoge(re) kosten voor de samenleving.



## Oorzaken

Er wordt uitgegaan van een interactief model voor het ontstaan van angststoornissen waarin genetische (kind)factoren en omgevingsfactoren elkaar beïnvloeden (review van Murray et al, 2009). Als kindfactoren worden in de review gedragsinhibitie en informatieverwerking genoemd. Gedragsinhibitie wil zeggen de mate waarin kinderen geneigd zijn zich terug te trekken of met angst te reageren op onbekende situaties. Informatieverwerking heeft betrekking op een mogelijke bias in de aandacht of interpretatie van (ambigue) stimuli (zie verdere uiteenzetting hieronder). Als omgevingsfactoren worden in de review genoemd; levensgebeurtenissen, (ouderlijke) modelling, (negatieve) informatie voorziening (door ouders), en ouderlijke warmte en controle. Boer en Bögels (2002) stippen echter aan dat de oorzaak van het ontstaan van angststoornissen mogelijk minder interessant is vergeleken met de vraag 'waarom angsten niet overgaan'. Angststoornissen kunnen in stand gehouden worden door negatieve (angstige) gedachten en vermijding van de angstige situatie (door bijv. een gebrek aan coping vaardigheden om met de angstige situatie om te gaan). Uit onderzoek blijkt dan ook dat angst samenhangt met een negatievere interpretatie van ambigue situaties, meer vermijding, en het minder goed kunnen bedenken of gebruik maken van coping strategieën (Barrett et al., 1996; Bögels & Zigterman, 2000; Chorpita et al., 1996; Mathews et al., 2016; Stuijtzand et al., 2018). Naast de beschreven cognitieve processen die samenhangen met angst, gaat angst ook gepaard met allerlei fysiologische reacties zoals een verhoogde hartslag, trillen of zweten welke kunnen bijdragen aan de vermijding van de gevreesde stimuli of situatie (Craske et al., 2011). Ouders kunnen voorts bijdragen aan het in standhouden van de angststoornissen door bijv. mee te gaan in de vermijding, dingen over te nemen van hun kind (minder autonomie), of door zelf een voorbeeld te geven waarbij ze de eigen angsten uit de weg gaan (modelling). Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek dat angstige moeders meer angstige voorbeelden aan hun kind geven (Murray et al., 2007; Muris et al., 1996) en blijkt dat gezinsleden (ouders) hun gedrag aanpassen om voor het kind het ongemak (de angst) weg te nemen of te verminderen (Lebowitz et al., 2013). De emotieregulatie van de ouder (moeder) zou daarbij een mogelijke mediator kunnen zijn; ouderlijke angst -> emotieregulatie moeilijkheden -> maladaptieve (gezins)aanpassingen -> angst bij het kind (Kerns et al., 2017). Er is weinig onderzoek bekend naar eventuele protectieve factoren van angst, echter er zijn enkele aanwijzingen dat veerkracht en zelfvertrouwen mogelijk beschermend kunnen werken (Mammarella et al., 2018), en dat factoren zoals sociale steun en adequate coping van positieve invloed zouden kunnen zijn (Donovan & Spence, 2000). Ook zouden vaders een belangrijke rol kunnen spelen in het overwinnen van angstige situaties (zie review van Bögels & Phares, 2008).

## Aan te pakken factoren

De interventie is er niet op gericht om de oorzaken aan te pakken, maar is erop gericht om de in standhoudende factoren aan te pakken, namelijk (1) de cognitieve processen (angstige gedachten) en (2) de responsen (angst, vermijding).

Door uitleg te geven over hoe angsten ontstaan en wat normale en overdreven angsten zijn (psycho-educatie) (subdoel 1), en het uitleggen van het GGGG model en het onderkennen, uitdagen, en herformuleren van bange (negatieve) gedachten (naar helpende gedachten) (subdoel 3) worden in de interventie de cognitieve processen (= in standhoudende factor) aangepakt.

Het kind wordt een aantal coping vaardigheden aan geleerd om zodoende de mogelijkheden van het kind om om te gaan met de angst te vergroten (subdoel 2), hetgeen het zelfvertrouwen kan vergroten. Aangezien angstige kinderen vaker geneigd zijn de coping strategie vermijding toe te passen is het belangrijk te werken aan het niet langer vermijden van de gevreesde stimuli/situatie maar om de angst aan te gaan. In de interventie wordt dit gedaan d.m.v. exposure; het kind wordt (stapsgewijs) blootgesteld aan zijn/haar angst (subdoel 4) om zodoende nieuwe (niet-angstige) associaties te versterken. De subdoelen 2 en 4 van de interventie richten zich daarbij op het aanpakken van de responsen (= in standhoudende factor). In de curatieve context bestaat daarnaast de mogelijkheid om de angstige verwachtingen (cognities) te toetsen door middel van het gebruik van gedragsexperimenten, waarmee tevens door de uitvoering ervan nieuwe leerervaringen worden opgedaan.

NB. Subdoel 5 richt zich niet op een in standhoudende factor, maar zorgt ervoor dat het kind weet wat hij/zij kan doen wanneer er nieuwe situaties ontstaan die angst kunnen oproepen. Het weten wat je kan doen, kan zelfvertrouwen geven en zou mogelijk een beschermende factor kunnen zijn voor het terugkeren van angst.

Binnen de curatieve setting wordt daarnaast aandacht besteed aan de mogelijke in standhoudende factoren vanuit ouders (bijv. opvoed strategieën, meegaan in vermijding) door ouders te informeren over wat zij kunnen doen om hun kind goed te ondersteunen (= subdoel van de interventie voor ouders).

## Verantwoording

De interventie is een cognitief-gedragstherapeutische interventie voor angstproblemen. Voor de effectiviteit van CGT-programma's als geheel is veel internationaal bewijs. De Cochrane review of James et al. (2020) includeerden 87 RCTs die rapporteerden over de effecten van CGT voor de behandeling van angststoornissen bij in totaal 5964 kinderen tot 19 jaar. Zij concludeerden dat CGT effectiever is dan geen interventie en dat ongeveer 50% van de kinderen hersteld was van zijn/haar belangrijkste angststoornis (direct) na afloop van CGT. Een meta-analyse van In-Albon en Schneider (2007) laat zien dat de gemiddelde effectgrootte van cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren 0.86 is ( $> 0.80$  is een groot effect) en dat de effecten blijven bestaan bij langere follow-ups. In een andere meta-analyse van Ishikawa et al., (2007) werd gevonden dat CGT effectiever was dan geen behandeling (effect size van 0.68) en dat CGT waarschijnlijk ook effectiever is in vergelijking met andere niet-CGT behandelingen (effect size van 0.27). De meta-analyse van Kreuze et al., (2018) liet zien dat angst-gerichte CGT ook positieve effecten heeft op secundaire uitkomstmaten zoals algemeen functioneren, depressieve symptomen, en externaliserende gedragsproblemen. Specifiek voor de huidige interventie is ook bewijs dat deze de angstklachten bij kinderen vermindert (zie hiervoor paragraaf 4 onderzoek).

De inhoudelijke componenten van de huidige interventie komen sterk overeen met de door Velting et al., (2004) geïdentificeerde belangrijke componenten van CGT voor de behandeling van angststoornissen (psycho-educatie, 'somatic management', cognitieve herstructurering, probleem oplossen, exposure en terugvalpreventie), zie eventueel Tabel 2 hieronder waarin dit nader gespecificeerd is. Hoewel Velting et al. (2004) de componenten van CGT voor de behandeling van angststoornissen beschreef, zijn ook de preventieve angst-interventies gebaseerd op dezelfde uitgangspunten. En hoewel de

effectiviteit van de afzonderlijke componenten binnen de CGT programma's vaak niet expliciet onderzocht zijn, zijn er recent aanwijzingen dat bepaalde specifieke CGT componenten zoals cognitieve herstructurering (Simon et al., 2019) en exposure (Whiteside et al., 2020) effectief zijn voor het verminderen van angstklachten.

Tabel 2. Het doel en de componenten van cognitieve gedragstherapie zoals beschreven in Velting et al., (2004), en hoe deze componenten uitgewerkt zijn in de huidige interventie.

Component	Doel	Activiteiten binnen de interventie
Psycho-educatie	Uitleg over de aard en het ontstaan van angst, en uitleg over de rationale van de CGT	De professional geeft uitleg over normale en overdreven angst en hoe angst kan ontstaan (en in het werkboek voor kinderen/jongeren en ouders kan dit nagelezen worden). Ook wordt uitgelegd hoe het komt dat je angstig blijft. Een specifieke techniek die hier toegepast wordt is uitleg over het GGGG model; er is een gebeurtenis en daarbij heb je (angstige) gedachten die vervolgens bepalen hoe je je voelt (bang) en wat je gedrag is (vermijding).
'Somatic management'	Het onderbreken van de fysiologische reacties en de angst	Door middel van ontspanningsoefeningen wordt geprobeerd de fysiologische reacties van angst (hart sneller kloppen, zweten) te controleren.
Cognitieve herstructurering	Het identificeren van angstige gedachten en deze omzetten naar helpende gedachten	De techniek uitdagen worden geleerd en geoefend. Bij het uitdagen wordt het bewijs voor en tegen een angstige gedachte nagegaan, en wordt vervolgens een alternatieve (helpende) gedachte geformuleerd. In het werkboek van het kind staan uitdagingsoefeningen.
Probleem oplossen	Coping vaardigheden aanleren die toegepast kunnen worden in angstige situaties	Onderwerpen die besproken worden zijn o.a. moedig gedrag, ontspanning, en aandachtconcentratie. Het kind wordt vervolgens gevraagd om voor de eigen angstige situatie te bedenken wat helpend gedrag kan zijn.
Exposure	Stap voor stap blootstelling aan de angstige situatie(s)	Er wordt een angsttrap of stappenplan gemaakt waarbij het kind stap voor stap gaat oefenen met het aangaan van de voor hem/haar angstige situaties.
Terugvalpreventie	De afhankelijkheid van het kind t.o.v. de therapeut verminderen en het bevorderen van de generalisatie van het geleerde	Met het kind wordt een samenvatting van het geleerde gemaakt en wordt stilgestaan bij periodes waarop de angst terug kan komen en wat het kind daar vervolgens aan kan doen. Ook worden eventuele negatieve gedachten rondom terugval besproken en uitgedaagd.

Wanneer de subdoelen, door het uitvoeren van de verschillende activiteiten, behaald zijn, wordt ook het einddoel behaald: het verminderen van de angstklachten. Dit is haalbaar binnen de tijdsduur van de interventie (12 uur kindgerichte behandeling zowel in het individueel als groepsformat + 3 uur voor de ouders). Ter vergelijking: in een review (James et al., 2015) van 41 behandelstudies naar CGT voor angststoornissen bij kinderen werd een gemiddeld aantal van 13 sessies gerapporteerd.

Vanuit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat zowel gezinsgerichte CGT (waarin naast het kind ook ouders – of het hele gezin – deelnemen aan de behandeling) als kindgerichte CGT (waarin ouders niet of nauwelijks betrokken zijn) effectief is voor de behandeling van angstklachten bij kind maar dat de ene variant niet effectiever is dan de

andere (zie bijv. meta-analyses van In-Albon & Schneider, 2007; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012). In het algemeen (gemiddeld genomen), lijkt ouderlijke betrokkenheid daarmee niet noodzakelijk voor een effectieve behandeling. Echter, er zijn aanwijzingen dat het bevorderlijk is om ouders te betrekken wanneer er bij de kinderen sprake is van comorbiditeit (van Steensel et al., 2022) en er zijn aanwijzingen dat bepaalde ouder-onderdelen binnen de behandeling wel van belang zijn (bijv. beloningssysteem, transfer of control) voor de effecten op de langere termijn (Manassis et al, 2014). Tot de tijd dat wetenschappelijk gezien duidelijkheid is ontstaan over de rol (en eventueel toegevoegde waarde) van ouders binnen de angstbehandeling van het kind, wordt aangeraden om de ouders wel in de behandeling te betrekken, maar indien het niet mogelijk is (om welke reden dan ook) om ouders te betrekken, kan de behandeling met het kind (ook zonder betrokkenheid van ouders) doorgang vinden en hoeft dit een succesvolle behandeling niet in de weg te staan.

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

#### Onderzoek 1 – curatieve context

- a) **Titel:** Niet gepubliceerde data, onderdeel van het onderzoek van van Steensel et al. (2022), beschreven bij 4.2
- b) **Methode:** Instellingen en therapeuten konden deelnemen aan het onderzoek waarbij zij de kans kregen om met een modulaire versie van de interventie (individueel format) te werken. De modulaire versie bestaat uit dezelfde inhoudelijke onderdelen als de protocollaire versie (en dezelfde werkbladen zijn gebruikt), met één verschil namelijk dat er een aantal mindfulness oefeningen waren toegevoegd die behandelaars optioneel konden inzetten. Er zijn verschillende instellingen en professionals aangeschreven die mee hebben gedaan aan voorgaande onderzoeken naar de interventie (Van Steensel & Bögels, 2015; Jongerden, 2015, zie 4.2) en er is een bericht gepost via de VGCT. Er waren geen in- of exclusiecriteria voor instellingen/professionals. Wanneer instellingen/professionals contact opnamen met de onderzoekers is uitleg gegeven over de interventie en het onderzoek. In totaal hebben 20 instellingen in Nederland meegedaan en werd data verzameld van 106 kinderen over een tijdsbestek van ongeveer 1,5 jaar (dataverzameling liep van 2015 t/m 2017). De tevredenheid van de deelnemers met de sessies is in het onderzoek onderzocht met de SRS. De kinderen vulden na afloop van elke sessie de SRS (session rating scale) online in. De kinderen konden een balk verschuiven van 0 tot 100.
- c) **Samenvatting:** De (106) kinderen werden behandeld door 67 therapeuten. De therapeuten rapporteerden over de programma-integriteit middels een registratieformulier door per sessie bij te houden welke module werd gebruikt. De module Denken (cognitieve technieken) was tenminste 1x gebruikt in 95% van de gevallen, terwijl de modules Voelen (ontspanning en mindfulness), Coping, en Doen (exposure/experimenten) in 76%, 85% en 84% van de gevallen tenminste 1x gebruikt werd. De gemiddeld tijd (% van de totale therapietijd) die aan de verschillende modules werd besteed was: 14% van de tijd aan Psycho-educatie, 11% aan Coping, 25% aan Denken (cognitieve technieken), 9% aan Voelen, 23% aan Doen (exposure/experimenten), 5% aan ouderbegeleiding en 10% aan Samenvatting en Terugval (NB. 3% van de behandeltime werd besteed aan oefeningen die buiten de interventie vielen). Het aantal sessies was variabel en varieerde van 3-27 sessies. Het gemiddelde aantal sessies was 9.77 (SD = 4.25). De gemiddelde scores voor de 4 vragen van de SRS waren als volgt (range 0 – 100): 88.62 (SD = 17.20) voor 'luisterde naar me', 84.38 (SD = 18.71) voor 'wat we gedaan hebben was belangrijk voor me', 79.60 (SD = 22.32) voor 'wat we gedaan hebben vond ik fijn', en 74.09 (SD = 25.85) voor 'ik hoop dat we de volgende keer dezelfde soort dingen gaan doen'.

#### Onderzoek 2 – curatieve context

- a) **Titel:** Niet gepubliceerde data, geen onderdeel van wetenschappelijk onderzoek, maar data verzameld in het kader van de geplande herziening van de handleiding en werkboeken (verwacht in 2024).
- b) **Methode van onderzoek:** In 2021 stuurden we een online evaluatie vragenlijst naar de therapeuten die hebben deelgenomen aan voorgaand onderzoek (67 therapeuten). Zij vulden een vragenlijst in over hun eigen achtergrond en hun ervaring met de interventie.
- c) **Samenvatting:** De evaluatievragenlijst werd ingevuld door (slechts) 16 therapeuten (6 basispsychologen/orthopedagogen, 1 kind- en jeugdpsycholoog NIP, 8 GZ-psychologen en 1 klinisch psycholoog) met 3 tot 30 jaar ervaring in het werkveld (M = 12.88, SD = 9.20). In totaal hebben deze 16 therapeuten 274 kinderen/jongeren met de interventie behandeld (M = 17.13, SD = 13.63, range

= 3-45 kinderen). Daarvan gaven zij aan dat 16 kinderen (5.8%) voortijdig met de behandeling zijn gestopt. Zij gaven als reden: protocol sloot niet goed aan (9x), andere problematiek (gezin, dwang, comorbiditeit) bleek meer op de voorgrond te staan (3x), crisis (3x), onvoldoende motivatie (1x).

T.a.v. het materiaal gaf 75% aan de voorkeur te geven aan een modulair format (versus een protocollair format), had iedereen (100%) voldoende kennis om te kunnen starten, en gaf 81.25% aan dat het materiaal (werkboeken en handleiding) voldoende beschikbaar was.

De therapeuten gaven de interventie als rapportcijfer (1-10) gemiddeld een 7.72 (SD = 0.86, range = 6-9). De handleiding werd beoordeeld met een 7.31 (SD = 1.14, range = 5-9) en de werkboeken met een 7.63 (SD = 0.88, range = 6-9). Als sterke punten van de interventie werden genoemd: alle elementen van CGT worden goed uitgelegd, heldere voorbeelden, praktisch en concreet, goede psycho-educatie.

Verbeterpunten betroffen: voor oudere kinderen (leeftijd 16-18 jaar) zijn de werkbladen te kinderlijk, nieuwe inzichten rondom exposure zijn nog niet verwerkt, psycho-educatie kan nog wat verbreed worden, voor jongere kinderen mag het meer beeldend (minder taal/tekst), het online beschikbaar stellen van de modules.

Factoren die positief hebben bijgedragen aan de therapie-uitkomst waren volgens deze therapeuten: heldere uitleg en opbouw van de interventie, de aanpak sluit goed aan bij client, er is een vastomlijnd plan, visueel materiaal, exposure, therapeutische kwaliteiten zoals vertrouwen, enthousiasme, doorzetting, en afstemming met ouders. Tegenvallers of barrières die genoemd werden, betroffen: de generieke voorbeelden sluiten niet altijd aan, complexe (gezins)problematiek of comorbiditeit, het niet maken van de huiswerkopdrachten, de hoeveelheid huiswerk, het ontbreken van motivatie.

### **Onderzoek 3 – curatieve context**

- a) Titel: Niet-gepubliceerde data, onderdeel van ROM-data van een academische instelling
- b) Methode: Vanuit de academische instelling wordt standaard informatie (ROM) verzameld over de tevredenheid met alle behandelingen die aangeboden worden binnen de instelling. De ouders krijgen een uitnodiging via de mail om een online vragenlijst in te vullen wanneer het dossier gesloten is. De behandelaars vullen een registratieformulier in bij sluiting van het dossier waarop zij aangeven wat de diagnose van het kind was en welke behandeling deze ontvangen heeft. Het ROM databestand werd beschikbaar gesteld om te achterhalen hoeveel kinderen er binnen de instelling de interventie Denken + Doen = Durven hebben ontvangen.
- c) Samenvatting: Voor 2661 kinderen is er in de periode 2016-2021 een afsluitformulier ingevuld door de behandelaar. Daarvan waren er 546 kinderen met als belangrijkste (primaire) diagnose een angststoornis. 105 kinderen ontvingen de interventie Denken + Doen = Durven, en 205 kinderen ontvingen CGT. In hoeverre er in de CGT behandeling elementen van de interventie Denken + Doen = Durven gebruikt zijn, is niet bekend. De overige kinderen ontvingen een andere behandeling. Wat de reden voor de keuze van de interventie was, is niet bekend. Van de 105 kinderen die Denken + Doen = Durven hebben ontvangen, hebben de ouders van 50 kinderen de online evaluatievragenlijst ingevuld. Er werden 10 vragen gesteld die ouders konden beantwoorden op een 7-puntsschaal. In de tabel hieronder zijn de vragen weergegeven en de gemiddelde score (SD) van de ouders.

Vraag/stelling	M (SD)
Het probleem, wat mij ertoe bracht om dit programma te gaan volgen voor mijn kind, is... (1 = sterk verslechterd, 7 = sterk verbeterd)	5.92 (1.15)
Het probleem, wat ik geprobeerd heb te veranderen door gebruik te maken van wat we geleerd hebben in de behandeling, is nu... (1 = sterk verslechterd, 7 = sterk verbeterd)	6.83 (1.28)
Over de vooruitgang van mijn kind, voel ik mij... (1 = zeer ontevreden, 7 = zeer tevreden)	5.84 (1.32)
In welke mate heeft de behandeling invloed gehad op andere persoonlijke problemen of andere problemen in uw gezin, die niet direct te maken hebben met uw kind (bijv. uw huwelijk, uw gevoelens in het algemeen)? (1 = negatief van invloed, 7 = positief van invloed)	5.10 (0.97)
Mijn verwachtingen dat deze behandeling goede resultaten gaat opleveren zijn... (1 = geheel niet uitgekomen, 7 = geheel uitgekomen)	6.39 (1.36)
De benadering die gebruikt wordt in dit programma om de problemen van mijn kind aan te pakken vind ik... (1 = zeer negatief, 7 = zeer positief)	5.78 (1.10)
Zou u de behandeling aanbevelen bij een vriend of een familielid (1 = zeer zeker niet, 7 = zeer zeker)	5.86 (1.19)
Hoe zeker voelt u zich erover dat u de huidige gedragsproblemen bij u thuis kunt beheersen? (1 = zeer onzeker, 7 = zeer zeker)	5.62 (0.98)
Hoe zeker voelt u zich erover dat u in de toekomst gedragsproblemen bij u thuis kunt beheersen? (1 = zeer onzeker, 7 = zeer zeker)	5.47 (0.89)
Over het geheel genomen is mijn gevoel over het bereiken van mijn doelen voor mijn kind en gezin in dit programma? (1 = zeer negatief, 7 = zeer positief)	5.80 (1.12)

#### Onderzoek 4 – preventieve context

- a) **Titel:** Niet-gepubliceerde data, onderdeel van een implementatie onderzoek (gesubsidieerd door ZonMw, nr 555001010, eindverslag ingediend in juli 2022)
- b) **Methode:** De ontwikkelaars hebben eind 2019 een (train-de-trainer)training gegeven aan (10) medewerkers van 4 verschillende praktijkinstellingen: Indigo, Arkin, Prezens (GGZ Ingeest), en Youz. Daarna is bijgehouden hoe vaak de interventie gegeven is, aan hoeveel kinderen en hoe de interventie werd uitgevoerd (de professionals hielden op een registratieformulier bij welke onderdelen van de interventie zij wel/niet hadden uitgevoerd). Tevens werden de kinderen en hun ouders gevraagd een evaluatievragenlijst in te vullen.
- c) **Samenvatting:** De interventie is 40x gegeven in de periode najaar 2020- voorjaar 2022. Gemiddeld zaten er 7 kinderen in een groep. In totaal vulden 117 kinderen de evaluatievragenlijst in. Er werd hen o.a. gevraagd de interventie een rapportcijfer (1-10) te geven, te beoordelen wat zij vonden van de begeleiders, de andere kinderen en de activiteiten (middels een schaal-vraag lopend van 1 – helemaal niet leuk tot 7 – heel erg leuk). Ook waren er open vragen over wat zij het meest en minst leuk vonden aan de training, en wat aan de training veranderd zou moeten worden om een hoger rapportcijfer te krijgen. De training werd door de kinderen beoordeeld met een 8.74 gemiddeld ( $SD = 1.54$ ; 4 kinderen gaven een onvoldoende). De meerderheid van de kinderen was positief over de begeleiders (94.0%  $\geq$  score 5), de andere kinderen (84.6%  $\geq$  score 5), de activiteiten (86.3%  $\geq$  score 5), en het werkboek (69.7%  $\geq$  score 5). Ook gaf de meerderheid (86.7%) aan de training aan te raden aan andere kinderen. De meerderheid van de kinderen vulden de open vragen (o.a. over hoe de training verbeterd kan worden, wat ze geleerd hebben tijdens de training) niet in of beantwoorden deze vraag met 'weet ik niet'. Daarom is later in het onderzoek een aantal aanvullende vragen toegevoegd waarbij kinderen moesten aangeven op een schaal van 0 -10 in hoeverre zij het eens waren met de volgende stellingen: ik vond de groep leuk, ik heb veel geleerd, ik weet hoe ik dingen (beter) kan

aanpakken, ik ben minder bang geworden, ik ben vrolijker geworden, ik ben vaker trots op mezelf. De gemiddelden op deze stellingen waren respectievelijk: 8.3 (groep was leuk), 8.2 (veel geleerd), 8.0, (dingen aanpakken), 7.2 (minder bang), 8.0 (vrolijker), en 8.1 (vaker trots).

Er waren (slechts) 38 ouders die de evaluatievragenlijst invulden. Enkele ouders gaven aan het moeilijk te vinden de interventie te beoordelen omdat zij er zelf geen of een beperkte rol in de interventie hadden (het betreft een kindgerichte preventie interventie waarbij ouders niet direct een rol hebben). De ouders gaven de interventie gemiddeld een 8.01 (SD = 0.87). De gemiddelden op de stellingen (1 = helemaal oneens, 10 = helemaal eens) van ouders waren; 7.7 (mijn kind vond het leuk om naar de training te gaan), 7.5 (mijn kind heeft veel geleerd tijdens de training), 7.5 (mijn kind weet nu hoe hij/zij dingen (beter) kan aanpakken), 7.3 (mijn kind is minder bang), 7.1 (mijn kind is vrolijker), en 6.9 (mijn kind is vaker trots). Op de open vraag 'wat heeft uw kind geleerd' kwamen uiteenlopende antwoorden, bijv.; 'emoties beter benoemen', ze is meer zelfbewust en meer zelfvertrouwen', 'volgens haar juf durft ze beter om hulp te vragen', 'ze durft beter voor zichzelf in plaats van de ander te kiezen', 'de meester gaf aan dat ze opener is geworden', 'sterker in de schoenen staan, 'wij ouders zien geen verandering, maar zijn juf zag veranderingen en dat was waarom hij meedeed', 'hij is zich bewuster van negatief denken, de gevolgen ervan, en weet ook beter wat hij daaraan kan doen', 'ze is bewust bezig met haar angst op een positieve manier'.

Er is feedback gevraagd aan de professionals die de interventie uitgevoerd hadden: m.b.t. de werkboeken werd opgemerkt dat het werkboek te talig was voor de meeste kinderen (taalgebruik vereenvoudigen) en dat er weinig culturele diversiteit was (bijv. gebruik van overwegend Nederlandse namen), ook kwam naar voren dat er soms tijdgebrek was (waardoor niet alle oefeningen konden worden uitgevoerd).

Door de professionals werd binnen het onderzoek een 'treatment adherence' formulier ingevuld. Van de 40 keer dat de interventie is gegeven, zijn er 31 formulieren geretourneerd. Hieruit kwam naar voren dat gemiddeld 72% van de onderdelen van de interventie uitgevoerd zijn (adherence) en dat alle sessies werden uitgevoerd. Er waren een aantal onderdelen die relatief vaak niet gedaan werden; warming-up, imaginatie oefeningen en speurtocht (tijdens de laatste sessie). Als redenen werden gegeven; andere warming-up gebruik, warming-up was niet nodig, tijdgebrek en niet mogelijk binnen de setting (speurtocht). En het bleek dat professionals soms dingen aangepasten of toevoegden (program differentiation) bijv.; andere/extra warming-up, een onderdeel verschuiven naar een volgende bijeenkomst (vanwege tijd), filmpje kijken/boekje voorlezen (passend bij thema), rondje positief nieuws, quiz. (NB. in een aantal gevallen moest de interventie omgezet worden naar een online format (vanwege lockdown en de interventie die op scholen gegeven werd) waardoor niet alle onderdelen van de interventie konden worden uitgevoerd).

De professionals rapporteerden middels een sessieformulier wie aanwezig was tijdens elke sessie (exposure) en voor ieder kind hoe de deelname van hem/haar tijdens de sessie was; positief, negatief, wisselend of passief (responsiviteit van de deelnemers). Trainers rapporteerden over 178 kinderen; 43.0% van de kinderen volgden 8 sessies (volledige interventie gevolgd), 27.5% volgden 7 sessies, 15.2% volgden 6 sessies, en 14% volgden 5 sessies of minder (NB. als belangrijkste reden dat kinderen sessies misten werd COVID genoemd). Voor



84.1% van de kinderen werd gerapporteerd dat zij een overwegend positieve inbreng hadden; 10.1% liet een wisselende participatie zien (tijdens sommige onderdelen werd een actieve en positieve deelname gezien terwijl tijdens andere onderdelen passief, storend of negatief gedrag gezien werd); 4.1% liet een overwegend passieve houding zien; en 1.2% liet een overwegend negatieve houding zien.

### Onderzoek 5 – verkoopcijfers

- a) Titel: opgevraagde data bij uitgever als indicatie voor bereik/interesse in de interventie
- b) Methode: bij de uitgever zijn de verkoopcijfers opgevraagd van de handleiding en de werkboeken
- c) Samenvatting: Het aantal verkochte werkboeken Leer te Durven (interventie in preventieve context) is de laatste jaren (2020 en 2021) fors gestegen (waarschijnlijk vanwege het implementatie onderzoek): 69 verkochte werkboeken in 2015, 48 in 2016, 43 in 2017, 21 in 2018, 125 in 2019, 626 in 2020 en 509 in 2021. Wanneer we zouden kijken naar het aantal verkochte werkboeken dan zou dat betekenen dat landelijk gezien in 2020 ongeveer 626 kinderen de interventie (in preventieve context) hebben ontvangen, en in 2021 509 kinderen.  
Verkoopcijfers van Denken + Doen = Durven in 2021:
  - DDD handleiding (voor professionals) = 142
  - DDD werkboek voor ouders = 217
  - DDD werkboek voor kind/jongere = 791 .Uitgaande van deze cijfers hebben in 2021 791 kinderen de interventie (in curatieve context) ontvangen.

NB. Er wordt uitgegaan van de aanname dat elk verkocht werkboek gekoppeld is aan een kind wat de interventie heeft ontvangen. Deze getallen zijn een schatting; mogelijk kopen professionals de werkboeken zonder de interventie te geven waardoor het aantal een overschatting is, en mogelijk worden er kopieën van werkboeken gemaakt waardoor het aantal een onderschatting kan zijn.

NB. De onderzoeken binnen de preventieve en curatieve context zijn apart uitgevoerd omdat pas recent (2020) de interventies samengevoegd zijn. De eerste stap om de interventies samen te voegen was door de handleiding voor professionals van beide interventies samen te beschrijven, hetgeen is gedaan in het hoofdstuk van Braet & Bögels (2020). Hierbij wordt echter nog wel gewerkt met de aparte werkboeken voor de preventieve (leer te durven werkboek) en curatieve (denken + doen = durven werkboek) setting. De tweede stap is het verder integreren en herschrijven van de handleiding voor professionals en het maken van één werkboek (realisatie gepland voor 2024). Bij deze tweede stap worden ook de aandachtspunten van de professionals vanuit de hierboven genoemde onderzoeken meegenomen (zoals aandacht voor nieuwe inzichten van exposure, meer aandacht voor culturele diversiteit, uitbreiden van de psycho-educatie, etc).

### 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

NB. In de onderstaande onderzoeken zijn geen negatieve effecten van de interventie naar voren gekomen. D.w.z. deelnemers rapporteerden deze niet spontaan. Mogelijke negatieve effecten zijn binnen de onderzoeken echter niet expliciet gemeten d.m.v. interview of vragenlijsten.

NB. Internationaal gezien is er veel evidentie voor de effectiviteit van CGT voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren (zie bijv. Cochrane review of James et al., 2020, en meta-analyses van In-Albon & Schneider, 2007; Ishikawa et al., 2007; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012)

### **Onderzoek 1 individueel format in curatieve context**

- Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja

- Publicaties:

1. 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.
2. Bodden, D. H., Dirksen, C. D., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., ... & Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(4), 543-564.
3. Maric, M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2018). Parental involvement in CBT for anxiety-disordered youth revisited: family CBT outperforms child CBT in the long term for children with comorbid ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 22(5), 506-514.

Bovengenoemde publicaties rapporteren over dezelfde sample. Het betreft een longitudinaal onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van een gezins- en kindgerichte CGT. De gebruikte gezins- en kind CGT (bestaande uit 13 sessies) in het onderzoek van Bodden en collega's (2008) was de voorloper van de CGT Denken + Doen = Durven (de kindsessies van de kindgerichte CGT zijn uiteindelijk verwerkt in de huidige versie van Denken + Doen = Durven, aangevuld met 3 oudersessies afgeleid uit de gezinsgerichte CGT). In het onderzoek werd middels een randomized controlled trial (RCT) onderzocht of een kindgerichte CGT meer/minder effectief was dan gezinsgerichte CGT. Inclusiecriteria van het onderzoek waren: (1) leeftijd van het kind tussen 8-18 jaar, (2) de primaire behandeldiagnose was een angststoornis (niet zijnde een obsessieve-compulsieve stoornis of post-traumatische stress stoornis), (3) IQ van 80 of hoger, en (4) bereidheid van tenminste één ouder om deel te nemen aan het onderzoek. Exclusiecriteria waren: (1) dreigende suicidaliteit, (2) psychoses, (3) autisme spectrum stoornis, (4) onbehandelde ADHD, (5) het gebruik van medicatie voor angstklachten was toegestaan mits de dosering constant gehouden werd tijdens de behandeling en follow-up. Onderzoeksmetingen werden verricht voor de start van de behandeling, direct na afloop van behandeling, en 3 maanden na behandeling (follow-up). In de tweede publicatie (over de kosten-effectiviteit) is de data van 2<sup>de</sup> follow-up (1 jaar na behandeling) meegenomen. In de derde publicatie zijn er secundaire analyses uitgevoerd op de dataset waarbij gekeken werd of kind- of gezinsgerichte CGT effectiever was wanneer kinderen meer aandachtsproblemen lieten zien.

## Publicatie 1

*Beschrijving van het onderzoek:* Kinderen werden toegewezen aan (1) een behandelconditie ( $n = 109$ ), of (2) een natuurlijke wachtlijstconditie ( $n = 25$ ). Na de wachtlijstconditie, ontvingen 19 (van de 25) gezinnen alsnog CGT behandeling. Vervolgens werden de in totaal 128 kinderen toegewezen aan (1) kindgerichte CGT, of (2) gezinsgerichte CGT. Er deden 76 meisjes en 52 jongens in de leeftijd 8-17 jaar (gemiddelde leeftijd = 12.4 jaar,  $SD = 2.7$ ) mee aan het onderzoek. Van de 128 kinderen deden 126 moeders en 117 vaders mee aan het onderzoek.

*Meetinstrumenten:* angststoornissen zijn in kaart gebracht met de ADIS, angstsymptomen met de SCARED-71 en STAI, angstige cognities met de CATS, en de sociaal-emotionele problemen met de CBCL.

*Uitval (behandel drop-out):* er waren 2 behandel drop-outs in de kindgerichte CGT (DDD) vanwege een gebrek aan motivatie om de behandeling voort te zetten.

*Programma-integriteit:* Elke sessie had een aantal vooropgestelde doelen/activiteiten (bijv. uitleg gezonde versus ongezonde angst, bespreken van de behandel rationale, GGGG, doen van exposures/experimenten, etc.). De audio-opnames van de sessies werden beluisterd waarbij elk doel als volgt werd gecodeerd: 0 = niet bereikt, 1 = een beetje bereikt, 2 = voldoende bereikt, 3 = helemaal (goed) bereikt. Gemiddeld werden de doelen voldoende tot goed bereikt ( $M = 2.4$ ,  $SD = 0.7$ ).

*Uitkomsten:* Allereerst werd in dit onderzoek gekeken naar het mogelijke effect van tijd (geen behandeling). Het bleek dat alle 25 kinderen die waren toegewezen aan de wachtlijstconditie na 3 maanden nog steeds last hadden van hun angststoornis(sen). Daartegenover werd gevonden dat van de kinderen die wel behandeling hadden gekregen (kindgerichte of gezinsgerichte CGT), er 52 kinderen (41%) waren die geen enkele angststoornis meer hadden en dat 71 kinderen (56%) vrij waren van hun primaire angststoornis. Bij de follow-up meting (3 maanden na behandeling) waren deze percentages gestegen naar respectievelijk 52% en 67%. Het bleek ook dat maar 14 kinderen (11%) niet profiteerden van de behandeling; d.w.z. deze kinderen lieten geen vermindering zien in de ernst van hun angststoornissen. Vervolgens werd de kindgerichte conditie vergeleken met de gezinsgerichte conditie. Hieruit kwam naar voren dat direct na behandeling meer kinderen vrij waren van al hun angststoornissen in de kindgerichte CGT dan in de gezinsgerichte CGT. Bij de follow-up meting (3 maanden na behandeling) was het voordeel van de kindgerichte CGT echter verdwenen en was er geen significant verschil meer in het percentage kinderen dat vrij was van zijn/haar (primaire) angststoornissen. Vergelijkbare resultaten werden gevonden met betrekking tot de ingevulde vragenlijsten. Within-group effectsizes voor de kind CGT varieerden van 0.49 tot 1.39, en voor de gezinsgerichte CGT van 0.40 tot 1.16. Verder bleek uit dit onderzoek dat CGT (zowel kindgerichte als gezinsgerichte CGT) minder effectief was wanneer de ouders zelf angststoornissen hadden. Ook bleek dat op sommige maten de kindgerichte CGT effectiever was dan de gezinsgerichte CGT wanneer ouders zelf ook angststoornissen hadden, terwijl de gezinsgerichte CGT effectiever was dan de kindgerichte CGT wanneer ouders zelf geen angststoornissen hadden. Tenslotte bleek dat jongere kinderen meer profiteerden van de behandeling dan oudere kinderen.

## Publicatie 2

*Beschrijving van het onderzoek:* Bodden en collega's voerden op dezelfde sample als

publicatie 1 een kosten-effectiviteitsonderzoek uit. Hierbij werd onderzocht of de gezinsgerichte CGT kosten-effectiever was dan de kindgerichte CGT. Meetmomenten waren dezelfde als hierboven beschreven maar met de toevoeging van een extra meetmoment, namelijk 1 jaar na behandeling. In totaal namen 128 gezinnen deel aan het onderzoek (zie hierboven). Echter, 12 gezinnen werden niet meegenomen in de kosten-effectiviteitsanalyse (van 2 gezinnen was het kind opgenomen en waren de kosten extreem hoog, en van 10 gezinnen ontbraken de kostenvragenlijsten van de voormeting). De kosten-effectiviteitsanalyses zijn daardoor gebaseerd op 116 gezinnen waarvan er 57 toegewezen waren aan de gezinsgerichte CGT en 59 aan de kindgerichte CGT.

*Uitkomsten:* De twee condities (gezinsgerichte CGT en kindgerichte CGT) verschilden niet van elkaar met betrekking tot de kosten, en ook niet met betrekking tot de effecten. Er werd gevonden dat 1 jaar na behandeling 53% van de kinderen die de gezinsgerichte CGT hadden ontvangen, en 68% van de kinderen die de kindgerichte CGT hadden ontvangen, vrij waren van hun angststoornissen (percentages niet significant verschillend). De gemiddelde voor kwaliteit van leven aangepaste levensjaren van de kinderen (met een tijdshorizon van 15 maanden) was in de gezinsgerichte conditie 1.15 en in de kindgerichte conditie 1.18 (niet significant verschillend). De totale kosten bedroegen in de gezinsgerichte CGT € 3.051, en in de kindgerichte CGT € 2.751 (kosten niet significant verschillend). Vanuit de kosten-effectiviteitsanalyses kwam naar voren dat de kans 60% was dat gezinsgerichte CGT (afgezet tegen kindgerichte CGT) zowel minder effectief is als meer kosten met zich meebrengt. Daarnaast werd gevonden dat de kans dat de gezinsgerichte CGT minder kosten met zich meebrengt maar ook minder effectief is dan kindgerichte CGT 35% was. De kans dat gezinsgerichte CGT kosteneffectief is ten opzichte van kindgerichte CGT was ongeveer 37%, echter deze kans nam af naarmate de maatschappij bereid zou zijn om meer te betalen per angstvrij kind. Soortgelijke resultaten werden ook gevonden wanneer er gerekend werd met de voor kwaliteit van leven aangepaste levensjaren.

### Publicatie 3

*Beschrijving van het onderzoek:* Kinderen uit de sample (zoals hierboven beschreven) werden voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag van deze publicatie onderverdeeld in 4 groepen: (1) kinderen met angststoornissen zonder comorbide ADHD kenmerken die kindgerichte CGT hadden ontvangen, (2) kinderen met angststoornissen zonder comorbide ADHD kenmerken die gezinsgerichte CGT hadden ontvangen, (3) kinderen met angststoornissen EN comorbide ADHD kenmerken die kindgerichte CGT hadden ontvangen, en (4) kinderen met angststoornissen EN comorbide ADHD kenmerken die gezinsgerichte CGT hadden ontvangen.

*Meetinstrumenten:* angststoornissen zijn in kaart gebracht met de ADIS, angstsymptomen met de SCARED-71.

*Uitkomsten:* De resultaten lijken te suggereren dat voor de effecten van de behandeling op de langere termijn kinderen met angststoornissen EN comorbide ADHD kenmerken meer profiteren van een gezinsgerichte CGT dan van een kindgerichte CGT.

### **Onderzoek 2 individueel format in curatieve context**

- Algemene informatie
  - Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja

- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja

- Publicaties:

1. Van Steensel, F. J. A., & 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.
2. Van Steensel, F. J. A., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2014). Cost-effectiveness of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety disorders in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(2), 127-137.
3. Van Steensel, F. J. A., Zegers, V. M., & Bögels, S. (2017). Predictors of treatment effectiveness for youth with ASD and comorbid anxiety disorders: It all depends on the family?. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(3), 636-645.

Dit onderzoek was erop gericht de effectiviteit van Denken + Doen = Durven te onderzoeken voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS). In de eerste publicatie wordt een vergelijking gemaakt tussen kinderen met en zonder autisme spectrum stoornissen. In de tweede publicatie wordt voor kinderen met ASS en comorbide angststoornissen een vergelijking gemaakt tussen CGT en treatment as usual (TAU), en in de derde publicatie wordt gekeken naar factoren die mogelijk van invloed zijn op afname in angstklachten voor kinderen met ASS na het hebben gevolgd van CGT. Inclusie criteria: (1) het hebben van een angststoornis, en (2) tenminste één ouder bereid tot deelname aan het onderzoek. Exclusie criteria: (1) IQ < 70, (2) onbehandelde psychotische stoornis, (3) dreigende suïcidaliteit, (4) huidig fysiek of seksueel misbruik. Medicatie werd, indien gebruikt, constant gehouden in de periode voor de behandeling tot 3 maanden na behandeling. Het onderzoek werd uitgevoerd door verschillende GGZ-instellingen in Nederland.

#### Publicatie 1

*Beschrijving van het onderzoek:* Aan het onderzoek namen 174 kinderen in de leeftijd 7-18 jaar deel; 95 kinderen hadden angststoornissen, en 79 kinderen hadden ASS en comorbide angststoornissen. De groep kinderen met angststoornissen bestond uit 46 jongens en 49 meisjes met een gemiddelde leeftijd van 12.85 jaar (SD = 2.81). De groep kinderen met ASS en comorbide angststoornissen bestond uit 58 jongens en 21 meisjes met een gemiddelde leeftijd van 11.76 jaar (SD = 2.68). De groepen verschilden significant van elkaar met betrekking tot de verhouding jongens en meisjes, en met betrekking tot de gemiddelde leeftijd. Hier werd in de analyses voor gecontroleerd. Van de 174 kinderen, werkten 168 moeders en 127 vaders mee aan het onderzoek.

*Meetinstrumenten:* (ernst van de) angststoornissen werden gemeten met de ADIS, angstsymptomen met de SCARED-71, algemene sociaal-emotionele problemen met de CBCL, sociale problemen passend bij ASS met de VISK (CSBQ) en kwaliteit van leven met de EQ-5D.

*Uitval (behandel drop-out):* In de ASS-groep was slechts 1 behandel drop-out (te weinig motivatie) en in de angstgroep waren er 8 behandel drop-outs (1 klinische opname; 3 te weinig motivatie, 4 geen hulp meer nodig).

*Programma-integriteit:* De sessies werden opgenomen en later gecodeerd (volgens dezelfde methode als hierboven echter nu met de codering: 0 = doel is niet bereikt/activiteit is niet uitgevoerd, 1 = doel is enigszins bereikt/activiteit is gedeeltelijk uitgevoerd, 2 = doel is helemaal bereikt/activiteit is helemaal (goed) uitgevoerd. Het gemiddelde voor het bereiken van doelen was 1.43 voor de ASS-groep en 1.39 voor de angstgroep.

*Uitkomsten:* Allereerst werd voor de kinderen met ASS en comorbide angststoornissen de effectiviteit van Denken + Doen = Durven vergeleken met de wachtlijst periode. Er hadden 17 kinderen een wachtlijstmeting, tegenover 62 kinderen die direct CGT ontvingen. Geen van de kinderen in de wachtlijst conditie was vrij van zijn/haar primaire angststoornis, terwijl 39% van de kinderen die CGT ontvingen direct na afloop vrij was van zijn/haar primaire angststoornis (percentages significant verschillend). Op basis van de ernst van de angststoornissen (gemeten met een diagnostisch interview, de ADIS-C/P) en de ernst van de angstsymptomen (gemeten met een angstsymptoom vragenlijst, de SCARED-71) bleek dat de groep kinderen die CGT ontvingen significant meer afname in ernst van de angststoornissen en angstsymptomen rapporteerden dan de groep kinderen die geen CGT hadden ontvangen (wachtlijstmeting).

Vervolgens werd de effectiviteit van Denken + Doen = Durven vergeleken voor kinderen met en zonder ASS. Het bleek dat direct na afloop van de behandeling van de kinderen met angststoornissen 49% vrij was van zijn/haar primaire angststoornis (61% op basis van completer analyses) en dat dit percentage opliep tot 64% twee jaar na behandeling (81% op basis van complete analyses). Voor de ASS groep met comorbide angststoornissen waren deze percentages respectievelijk 41% en 61% (respectievelijk 43% en 67% op basis van completer analyses). De percentages tussen de groepen waren niet significant verschillend. Wel was er een verschil tussen het percentage kinderen wat vrij was van alle angststoornissen: voor de groep kinderen met angststoornissen was dit percentage direct na behandeling 29% (36% op basis van completer analyses) tot 55% twee jaar na behandeling (74% op basis van completer analyses), terwijl dit voor de ASS groep met comorbide angststoornissen lager lag, namelijk op 13% (14% op basis van completere analyses) direct na afloop van behandeling tot 39% (43% op basis van completer analyses) twee jaar na behandeling. Op basis van de ernst van de angststoornissen werd een significant tijdseffect gevonden, wat wil zeggen dat de ernst van de angststoornissen afnam na behandeling (met within-group effect sizes oplopend tot 1.46). Er werd geen significant interactie effect gevonden, wat betekent dat de effectiviteit van Denken + Doen = Durven niet verschillend was voor kinderen met of zonder ASS. Op basis van de ernst van de angstsymptomen werd naast een significant tijdseffect (met effect sizes oplopend tot 1.24) wel een significant interactie effect gevonden. Aanvullende analyses lieten zien dat voor de groep kinderen met ASS en comorbide angststoornissen het effect van Denken + Doen = Durven iets minder groot was (effect sizes tot 0.94, wat nog steeds een groot effect is) in vergelijking met de groep kinderen met angststoornissen, zonder ASS (effect sizes tot 1.25). Naast deze resultaten op de primaire uitkomstmaten, werd ook gevonden dat na de behandeling voor beide groepen de kwaliteit van leven was toegenomen, de ASS symptomen verminderd waren, en dat andere problemen gemeten met de CBCL

(internaliserende problemen, externaliserende problemen en overige problemen) ook verminderd waren.

## Publicatie 2

*Beschrijving van het onderzoek:* Het doel van het onderzoek was de kosteneffectiviteit van Denken + Doen = Durven voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen met autisme spectrum stoornissen (ASS) te onderzoeken. Dit werd gedaan door de reguliere behandeling als vergelijking mee te nemen. Inclusie criteria: (1) kinderen met ASS met comorbide angststoornissen, en (2) deelname van tenminste één ouder aan het onderzoek. Exclusie criteria was hetzelfde als in de studie hierboven. De data van de sample die gebruikt werd in het huidige onderzoek overlapt gedeeltelijk met de ASS sample zoals hierboven beschreven. Er deden 49 kinderen met ASS en comorbide angststoornissen mee aan dit onderzoek, waarvan 24 de behandeling Denken + Doen = Durven ontvingen en 25 reguliere behandeling ontvingen. In de CGT conditie (Denken + Doen = Durven) zaten 20 jongens en 4 meisjes met een gemiddelde leeftijd van 11.00 jaar (SD = 2.62). De reguliere behandelconditie bestond uit 20 jongens en 5 meisjes met een gemiddelde leeftijd van 10.72 jaar (SD = 2.25). Kinderen werden toegewezen aan (1) Denken + Doen = Durven, of (2) reguliere behandeling waarbij deze kon bestaan uit psycho-educatie, medicatie, sociale vaardigheidstraining, individuele-, ouder- of gezinsbegeleiding. Er waren drie meetmomenten: voorafgaand aan behandeling (voormeting), direct na behandeling (3 maanden na de voormeting; nameting), en 3 maanden na afloop van behandeling (6 maanden na de voormeting; follow-up meting). Na 3 maanden reguliere behandeling, werd met de gezinnen overlegd of zij verdere hulp nodig hadden en zo ja of reguliere behandeling vervolgd werd of dat zij alsnog CGT wilden krijgen voor de behandeling van de angststoornissen van hun kind/jongere. Van de 25 gezinnen die 3 maanden reguliere behandeling hadden ontvangen, startten er 11 gezinnen (44%) na de nameting alsnog met CGT.

*Uitkomsten:* Bij de follow-up meting (6 maanden na de voormeting) was 71% van de kinderen die CGT ontvingen vrij van hun primaire angststoornis, tegenover 52% van de kinderen die reguliere behandeling ontvingen (percentages niet significant verschillend). De voor kwaliteit van leven aangepaste levensjaren (met een tijdshorizon van 6 maanden) bedroeg 0.37 voor de CGT conditie en 0.36 voor de reguliere behandelconditie (niet significant verschillend). Met betrekking tot de kosten werd een gemiddeld totaalbedrag van € 7.683 voor de CGT conditie gevonden, en een gemiddeld totaalbedrag van € 7.893 voor de reguliere behandelconditie (kosten niet significant verschillend). Op basis van de kosteneffectiviteitsanalyses voor de kinderen die vrij waren van hun primaire angststoornis, werd gevonden dat CGT een grote kans (94%) had om effectiever te zijn dan reguliere behandeling, echter de kans dat CGT goedkoper dan wel duurder was dan reguliere behandeling was ongeveer gelijk (55% versus 45%). Er werd gevonden dat de kans dat CGT kosteneffectief is ten opzichte van reguliere behandeling gelijk was aan 55%, en dat deze kans steeg wanneer de maatschappij bereid zou zijn om meer geld te betalen voor een kind/jongere met ASS die vrij is van zijn/haar primaire angststoornis. Met betrekking tot de kosteneffectiviteitsanalyses voor de voor kwaliteit van leven aangepast levensjaren, werd een grote kans (78%) gevonden dat CGT effectiever is dan reguliere behandeling, echter ook hier werd gevonden dat de kans dat CGT goedkoper dan wel duurder was ongeveer gelijk was (53% versus 47%). CGT had een kans van 54% om kosteneffectief te zijn ten opzichte van reguliere behandeling, en dit percentage steeg wanneer de maatschappij bereid zou zijn om meer geld te betalen per kwaliteit van leven aangepast levensjaar. De kans dat CGT kosteneffectief is ten

opzichte van reguliere behandeling steeg echter minder sterk bij de voor kwaliteit van leven aangepaste levensjaren in vergelijking met de analyses op basis van een primaire angststoornis-vrij kind/jongere.

### Publicatie 3

*Beschrijving van het onderzoek:* Dezelfde sample als bij publicatie 1 is gebruikt, maar nu zijn enkel de kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS) meegenomen om te kijken naar mogelijke predictoren van verandering.

*Meetinstrumenten:* Als afhankelijke variabelen zijn de ernst van de angststoornissen (gemeten met de ADIS) en de ernst van de angstsymptomen (gemeten met de SCARED-71) genomen. Predictoren waren: geslacht, leeftijd, comorbide symptomen (gemeten met de CBCL), ouderlijke angst (gemeten met de SCARED-A) en gezinstype (4 typen o.b.v. de scores op de FFS).

*Uitkomsten:* Geslacht, leeftijd, comorbiditeit en angst van de moeders waren geen significante predictoren. De angst van de vader en het gezinstype bleek wel significant samen te hangen met de verandering in angstklachten over tijd. Hierbij bleek dat de angstklachten van kinderen met "niet-angstige" vaders sterker over tijd afnamen dan de angstklachten van kinderen met angstige vaders, maar ook dat kinderen met "niet-angstige" vaders meer angstklachten hadden bij aanvang van behandeling. Met betrekking tot het gezinstype bleek dat de angstklachten van kinderen die in "onbetrokken" gezinnen leefden minder sterk afnamen over tijd dan de angstklachten van kinderen die in andere gezinstypen leefden.

### **Secundaire analyses waarbij de data van onderzoek 1 + 2 is samengevoegd.**

- Publicaties:

1. Baartmans, J., van Steensel, F. J. A., Klein, A. M., & Bögels, S. M. (2022). The Role of Comorbid Mood Disorders in Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Social Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 1-9.
2. Baartmans, J. M. D., van Steensel, F. J. A., Klein, A. M., Wiers, R. W. H. J., & Bögels, S. M. (2022). The role of parental anxiety symptoms in the treatment of childhood social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 104157.

In bovenstaande publicaties is voor de analyses gebruik gemaakt van de data van onderzoek 1 en onderzoek 2. Van onderzoek 1 zijn de data van de kinderen met angststoornissen gebruikt die de kindgerichte CGT hadden gevolgd. Van onderzoek 2 zijn de data van de kinderen met angststoornissen (zonder autisme spectrum stoornissen) gebruikt. De data van deze onderzoeken zijn samengevoegd om te kijken naar kinderen met een primaire sociale angststoornis versus kinderen met een andere primaire angststoornis. Dit omdat er uit ander internationaal onderzoek aanwijzingen zijn dat de behandeling voor kinderen met een sociale angststoornis minder goed is. We onderzochten daarom in deze secundaire analyses de mogelijke rol van ouderlijke angst en van comorbide stemmingsproblematiek bij kinderen met en zonder een sociale angststoornis.

### Publicatie 1

*Beschrijving van het onderzoek:* De steekproef omvat 152 kinderen met angststoornissen, en diens ouders. 52 kinderen hadden een primaire sociale angststoornis, 100 kinderen een andere angststoornis, en 37 kinderen hadden een comorbide stemmingsstoornis.



*Meetinstrumenten:* De (ernst van) angststoornissen van het kind zijn gemeten met de ADIS, de ernst van de angstsymptomen met de SACRED-71, internaliserende problematiek is gemeten met de CBCL en kwaliteit van leven is gemeten met de EQ-5D.

*Uitkomsten:* Kinderen met een primaire sociale angststoornis hadden vaker een comorbide stemmingsstoornis dan kinderen met een andere primaire angststoornis. Kinderen met een comorbide stemmingsstoornis hadden hogere angstklachten voorafgaand aan behandeling, maar lieten ook een sterkere daling van angstklachten zien over tijd. Kinderen met een primaire sociale angststoornis bleven slechtere behandeluitkomsten hebben, ook wanneer gecontroleerd werd voor het hebben van een comorbide stemmingsstoornis.

### Publicatie 2

*Beschrijving van het onderzoek:* De steekproef is dezelfde als bij publicatie 1.

*Meetinstrumenten:* De (ernst van) angststoornissen van het kind zijn gemeten met de ADIS, de ernst van de angstsymptomen met de SACRED-71. Daarnaast rapporteerden ouders over hun eigen angstklachten middels de SCARED-A.

*Uitkomsten:* Kinderen met een primaire sociale angststoornis waren minder vaak vrij van hun angststoornis(sen) na behandeling dan kinderen met een andere primaire angststoornis, maar de ouderlijke angst leek hierin geen rol te spelen. De angstklachten van kinderen met een primaire sociale angststoornis namen minder sterk af dan de angstklachten van kinderen met een andere primaire angststoornis in de periode voor- en na behandeling. In de periode na de behandeling werd geen verschil gevonden in de daling van angstklachten tussen kinderen met een primaire sociale angststoornis en kinderen met een andere primaire angststoornis. De angst van de moeders nam af over tijd. De angst van de vaders nam alleen af in de periode voor- en na behandeling van het kind. Kinderen met ouders met hogere eigen angstklachten voorafgaand aan de behandeling, lieten een sterkere daling in de ernst van de angststoornissen zien dan kinderen met ouders met lagere eigen angstklachten (en dit was niet verschillend voor kinderen met een primaire sociale angststoornis). De afname in ouderlijke angstklachten hing samen met de afname van de angstklachten van het kind, maar dit was niet verschillend voor kinderen met een primaire sociale angststoornis.

### **Onderzoek 3 individueel format in curatieve context**

- Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja

- Publicaties:

Van Doorn, M. E. M., Jansen, M., Bodden, D. H. M., Lichtwarck-Aschoff, A., & Granic, I. (2017). A randomized controlled effectiveness study comparing manualized cognitive

behavioral therapy (CBT) with treatment-as-usual for clinically anxious children. *Journal of Clinical Trials*, 7(5), 2167-0870.

*Beschrijving van het onderzoek:* RCT waarbij 88 Kinderen met angstklachten in de leeftijd van 8-13 jaar werden toegewezen aan DDD individueel of treatment as usual (TAU). Er waren 4 onderzoeksmetingen: voorafgaand aan behandeling, direct na afloop van behandeling, 6 maanden en 12 maanden na behandeling.

*Meetinstrumenten:* de SCARED werd gebruikt om angstklachten te meten en de CBCL werd gebruikt om sociaal-emotionele problemen te meten. Verder werd de werkalliantie gemeten door de TASC en de opvoedstijl van ouders door de EMBU.

*Uitval (behandel drop-out):* 11 kinderen in de DDD conditie en 6 kinderen in de TAU conditie maakten de behandeling niet af. Het aantal drop-outs was niet significant verschillend tussen de condities.

*Uitkomsten:* In beide condities namen de angstklachten na behandeling af met within-group effect sizes van 0.42 tot 1.65 voor de DDD (CGT) conditie, en 0.63 tot 1.17 voor de TAU conditie (waarbij tevens in 96% van de gevallen de behandeling gebaseerd was op CGT principes). In de meeste gevallen werden geen significante verschillen gevonden tussen de condities. Echter, wanneer op subschaal niveau gekeken werd dan werden er voor enkele uitkomstmaten betere effecten gevonden voor TAU in vergelijking met DDD op de sociale angstschaal (moederrapportage) gemeten bij de nameting en 6-maanden follow-up, en op de internaliserende schaal van de CBCL ten tijde van de nameting. Analyses gebaseerd op completers laten echter een inconsistent beeld zien; op sommige schalen en meetmomenten worden betere effecten voor DDD gezien, terwijl op andere schalen en meetmomenten betere effecten voor TAU worden gezien.

#### **Onderzoek 4 individueel format (modulair) in curatieve context**

- Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

- Publicatie

Van Steensel, F.J.A., Telman, L.G.E., Maric, M., & Bögels, S.M. (2022). Modular CBT for childhood anxiety disorders: evaluating clinical outcomes and its predictors. *Child Psychiatry and Human Development*.

*Beschrijving van het onderzoek:* Aan het onderzoek namen 106 kinderen in de leeftijd 7-17 jaar met angststoornissen deel (gemiddelde leeftijd = 11.04, SD = 2.44). Zij werden behandeld middels Denken + Doen = Durven, maar de therapeuten (samen met het gezin) hadden de vrijheid om het aantal sessies te bepalen en ook om gedeeltelijk de inhoud van de sessies te kiezen (NB. psycho-educatie en het bespreken van terugval was verplicht, en het doen van exposure werd ten zeerste aangeraden). Therapeuten rapporteerden welke elementen zij van het DDD programma gebruikten waarbij slechts

3% van de therapietijd besteed werd aan onderdelen die buiten het DDD programma vielen). Er waren 4 meetmomenten waarop kinderen en ouders vragenlijsten invulden; voorafgaand aan de behandeling, na 5 sessies, na afloop van behandeling en 10 weken later.

*Meetinstrumenten:* angststoornissen en comorbide stoornissen werden in kaart gebracht met de SCID-junior, angstsymptomen werden gemeten met de SCARED-71, en sociaal-emotionele problemen met de BPM (verkorte versie van de CBCL).

*Uitkomsten:* Ten tijde van de follow-up (10 weken na behandeling) was 58% (intent to treat analyses) tot 70% (completer analyses) van de kinderen hersteld van zijn/haar primaire angststoornis. 52% (intent to treat analyses) tot 63% (completer analyses) voldeed 10 weken na behandeling niet meer aan de criteria voor een angststoornis (vrij van alle angststoornissen). Angstsymptomen namen significant af tussen de voormeting en de follow-up, met een within-group effect size van 0.98. De afname van angstsymptomen werd niet significant beïnvloed door leeftijd, geslacht, comorbiditeit of ouderlijke angst/depressie symptomen. Echter het hebben van een gegeneraliseerde angststoornis hing samen met een sterkere afname in angstklachten. Ouderlijke betrokkenheid (aanwezigheid tijdens sessies) hing tevens samen met een sterkere afname in angstklachten, maar alleen voor kinderen met comorbide problemen.

### **Onderzoek 5 individueel en groepsformat in curatieve context**

- Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

- Publicatie:

Jongerden L., Oort, F., Bögels, S. M. (2015). Therapist, therapy factors and outcomes of CBT for childhood anxiety: Practice makes perfect. Chapter in a dissertation: Jongerden, L. (2015). Child anxiety in mental health care: Closing the gaps between research and clinical practice.

*Beschrijving van het onderzoek:* Dit onderzoek betreft een implementatie onderzoek naar DDD individueel en DDD groep. Na een aantal implementatie activiteiten om DDD te implementeren in NL (congres gekoppeld aan de verschijning van de handleiding en werkboeken, lezingen, workshops, flyers) werden therapeuten en gezinnen gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Er namen 150 kinderen met angststoornissen deel die bij zorginstellingen in Nederland aangemeld waren vanwege angstklachten; 48 kinderen ontvingen DDD-groep en 102 kinderen ontvingen DDD-individueel. Kinderen en ouders vulden een angst vragenlijst in voorafgaand, na afloop en 3 maanden na afloop van behandeling.

*Meetinstrumenten:* angstsymptomen werden gemeten met de SCARED-71.

*Uitval (behandel drop-out):* er waren 7 behandel drop-outs: 1 vanwege het overlijden van een ouder, 1 vanwege onbehandelde ADHD, 5 vanwege een gebrek aan motivatie om de behandeling voort te zetten.

*Programma-integriteit:* Door de therapeut zelf werd geregistreerd in hoeverre hij/zij de verschillende doelen per sessie behaald had (0 = niet behaald, 1 = gedeeltelijk behaald, 2 = helemaal behaald). De 'treatment adherence' was groter voor DDD-groep (M = 1.66, SD = 0.23) dan voor DDD-individueel (M = 1.44, SD = 0.30).

*Uitkomsten:* Angstsymptomen namen significant af tussen de voormeting en de follow-up (within-group effect size voor-nameting was 0.73, en voormeting-follow-up 0.89). De angstsymptomen van de kinderen die de interventie in groepformat hadden ontvangen waren ten tijde van de nameting minder sterk gedaald dan de angstsymptomen van de kinderen die de interventie individueel hadden ontvangen. Ten tijde van de follow-up meting (3 maanden na behandeling) werd er geen significant verschil meer gevonden in de afname van angstklachten tussen het individuele- en groepsformat. De 'treatment adherence' scores en ouderlijke betrokkenheid hingen niet significant samen met de afname in angstklachten. Meer klinische ervaring van de therapeut of het hebben behandeld van meer kinderen met angststoornissen ging samen met een sterkere daling in de angstklachten van de kinderen. Het krijgen van meer supervisie of het hebben gevolgd van een specifieke training in de interventie, ging niet samen met de daling van angstklachten over tijd.

## **Onderzoek 6 groepsformat in preventieve context**

### - Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja

### - Publicaties:

1. Simon, E., Bögels, S. M., & Voncken, J. M. (2011). Efficacy of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(2), 204-219.
2. Simon, E., Dirksen, C., Bögels, S., & Bodden, D. (2012). Cost-effectiveness of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention program. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(2), 287-296.

Dit onderzoek is een RCT waarbij hoog-angstige kinderen toegewezen werden aan een ouder-gerichte interventie, kindgerichte interventie, of geen interventie. De effectiviteit (publicatie 1) en kosten-effectiviteit (publicatie 2) werden onderzocht. De kindgerichte interventie is later uitgegeven onder de naam Leer te Durven. Er waren 3 onderzoeksmetingen: een voormeting en 2 follow-ups (1 en 2 jaar later).

### Publicatie 1

*Beschrijving van het onderzoek:* er waren 74 mediaan-angstige kinderen en 183 hoog-angstige kinderen. Van de laatste groep werd 69 toegewezen aan de ouder-gerichte

interventie, 58 aan de kind-gerichte interventie, en 56 ontving geen interventie. Kinderen waren 8 tot 13 jaar en zaten in de groepen 5, 6, 7 of 8 van de basisschool.

*Meetinstrumenten:* Angststoornissen werden gemeten met de ADIS, angstsymptomen met de SCARED-71.

*Programma-integriteit:* De programma-integriteit werd onderzocht door de opnames van de sessies te beluisteren. De doelen die per bijeenkomst vooraf waren opgesteld werden door onafhankelijke codeurs beoordeeld als zijnde doel niet (0), een beetje (1), voldoende (2) of goed (3) behaald. Voor de kindgerichte interventie was het doel gemiddeld genomen voldoende tot goed behaald ( $M = 2.72$ ,  $SD = 0.23$ ).

*h* Op basis van de uitkomstmaat 'ADIS verbetering', werden geen significante verschillen gevonden tussen de condities voor de 1-jaars follow-up, maar wel voor de 2-jaars follow-up. Ten tijde van de 2-jaars follow-up was het percentage kinderen met een 'ADIS verbetering' hoger voor kinderen die de interventie hadden gevolgd in vergelijking met de kinderen die geen interventie hadden ontvangen. Er werd geen significant verschil gevonden op deze uitkomstmaat tussen de interventie-condities (ouder-gerichte versus kind-gerichte interventie). De percentages kinderen die een 'ADIS verbetering' hadden waren: 53% voor de kind-gerichte interventie, 45% voor de ouder-gerichte interventie, en 23% voor de conditie geen interventie. De angstsymptomen (gemeten door de SCARED) namen af, maar de afname in angstklachten verschilde niet significant tussen de condities.

## Publicatie 2

*Beschrijving van het onderzoek:* het onderzoek maakt gebruik van dezelfde data van hoog-angstige kinderen als hierboven beschreven, maar nu om de kosten-effectiviteit te onderzoeken.

*Meetinstrumenten:* de ADIS is gebruikt als uitkomstmaat (percentage kinderen wat een verbetering liet zien op basis van de ADIS) en kosten werden in kaart gebracht door middel van een kostenvragenlijst.

*Uitkomsten:* Voor de maatschappij zou het niet kosten-effectief zijn om geen interventie aan hoog-angstige kinderen aan te bieden. Vanuit de analyses komt echter geen eenduidig beeld naar voren of de kind-gerichte of de ouder-gerichte interventie de voorkeur heeft; in sommige scenario's (wanneer ouders zelf angstig zijn) lijkt de ouder-gerichte interventie de voorkeur te hebben, terwijl in andere scenario's (vanuit een gezondheidszorg perspectief, wanneer de doelgroep jongens zijn, en wanneer kinderen in groep 7 of 8 zitten) de kind-gerichte interventie gunstiger zou zijn.

## **Onderzoek 7 groepsformat in preventieve context**

- Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

- Publicaties: in concept

*Beschrijving van het onderzoek:* dit betreft een kleinschalig onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van de ROM-data van één van de instellingen die deelnam aan het implementatie onderzoek van Leer te Durven. Het hoofddoel was het onderzoeken van de tevreden van de deelnemers (zie hierboven, paragraaf 4.1). Daarnaast werd op vrijwillige basis gevraagd of kinderen een extra vragenlijst wilden invullen om de effecten van de interventie te meten. Dit deden 26 kinderen (7 jongens, 19 meisjes; gemiddelde leeftijd = 9.77 jaar).

*Meetinstrumenten:* kinderen vulden de RCADS-25 in. De RCADS-25 heeft een totaalschaal, een angstschaal en een depressieschaal. Een score van 12 of hoger op de angstschaal wordt gezien als een verhoogde (klinische) score (Klaufus et al., 2020). Er is geen cutoff beschikbaar voor de depressieschaal.

*Uitkomsten:* Gepaarde t-toetsen laten zien dat de kinderen voor en na de training wat betreft de totaalscore en de depressie schaal geen significante verandering rapporteren. Voor de angstschaal is een trend zichtbaar ( $.05 < p\text{-waarde} < .10$ ) waarbij de kinderen na de training een lagere angstscore rapporteerden dan voor de training (Cohen's  $d$  within-group = 0.29). Van de 26 kinderen, hadden 9 kinderen (35%) voorafgaand aan de training een verhoogde score op de angstschaal. Na afloop van de training, hadden nog maar 4 kinderen (15%) een verhoogde score. Voor deze 9 kinderen met verhoogde scores voorafgaand aan de training, was er een grote daling zichtbaar in angst/depressie symptomen zichtbaar (M totaalscore voor de training = 24.67, SD = 5.45; M totaalscore na de training = 17.78, SD = 10.43; Cohen's  $d$  within-group = 0.83).

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

Inhoudelijk gezien zijn de werkzame elementen binnen de interventie:

- Psycho-educatie waarin uitleg gegeven wordt over angst
- Coping vaardigheden aanleren hoe kinderen om kunnen gaan met angst
- Cognitieve technieken inzetten om gedachten op te sporen, uit te dagen en helpende gedachten te formuleren
- Exposure (en/of gedragsexperimenten) waarbij kinderen blootgesteld worden aan hun angstige situatie
- Terugvalpreventie

NB. exposure wordt gezien als het meest werkzame element binnen de interventie.

## 6. Aangehaalde literatuur

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)*. <http://www.psychiatry.org/dsm5>

Baartmans, J., van Steensel, F. J. A., Klein, A. M. & Bögels, S. M. (2022). The Role of Comorbid Mood Disorders in Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Social Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 1-9.

Baartmans, J. M. D., van Steensel, F. J. A., Klein, A. M., Wiers, R. W. H. J. & Bögels, S. M. (2022). The role of parental anxiety symptoms in the treatment of childhood social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 104157.

Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M. & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-199.

Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 21(3), 457-478.

Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjørn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 284-288.

Bodden, D. H. M., Bögels, S. M. & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy*, 47, 418-425.

Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., ... & Appelboom-Geerts, K. C. (2008a). 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.

Bodden, D. H. M., Dirksen, C. D. & Bögels, S. M. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: A cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 487-497.

Bodden, D. H., Dirksen, C. D., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., ... & Appelboom-Geerts, K. C. (2008b). Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(4), 543-564.

Boer, F., & Bögels, S. M. (2002). Angststoornissen bij kinderen: Genetische en gezinsinvloeden. *Kind en Adolescent*, 23, 167-178.

Bögels, S. M. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met het cognitief gedragstherapeutisch protocol Denken + Doen = Durven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Bögels, S. M. & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review, 28*, 539-528.

Bögels, S. M. & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 205-211.

Braet, C. & Bögels, S. (2020). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. Boom uitgevers: Amsterdam.

Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S. & Baker, J. R. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of abnormal child psychology, 41*(1), 81-95.

Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European child & adolescent psychiatry, 28*(1), 131-143.

Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 170-176.

Costello, E. J., Egger, H. L. & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*, 631-648.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S. & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus, 9*(3), 369-388.

Cummings, C. M., Caporino, N. E. & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological bulletin, 140*(3), 816. (D'Agati et al., 2019).

Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical psychology review, 20*(4), 509-531.

Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behavior Research and Therapy, 39*, 1411-1427.

In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 15-24.

Ishikawa, S.-I., Okajima, I., Matsuoka, H. & Sakano, Y. (2007). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health, 12*, 164-172.

Jongerden L., Oort, F. & Bögels, S. M. (2015). Therapist, therapy factors and outcomes of CBT for childhood anxiety: Practice makes perfect. Chapter in a dissertation: Jongerden, L. (2015). Child anxiety in mental health care: Closing the gaps between research and clinical practice.

- Kreuze, L. J., Pijnenborg, G. H. M., de Jonge, Y. B. & Nauta, M. H. (2018). Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of Anxiety Disorders, 60*, 43-57.
- Lebowitz, E. R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E., ... & Leckman, J. F. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and anxiety, 30*(1), 47-54.
- 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*(6), 1163.
- Mammarella, I. C., Donolato, E., Caviola, S. & Giofrè, D. (2018). Anxiety profiles and protective factors: A latent profile analysis in children. *Personality and Individual Differences, 124*, 201-208.
- Maric, M., van Steensel, F. J. & Bögels, S. M. (2018). Parental involvement in CBT for anxiety-disordered youth revisited: family CBT outperforms child CBT in the long term for children with comorbid ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders, 22*(5), 506-514.
- Mathews, B. L., Koehn, A. J., Abtahi, M. M., & Kerns, K. A. (2016). Emotional competence and anxiety in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review, 19*, 162-184.
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M. C., Passaniti, E., D'Arrigo, V. G. & Vitiello, B. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BMC public health, 7*(1), 1-6.
- McLeod, B. D., Wood, J. J. & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 155-172.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H. & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour research and therapy, 34*(3), 265-268.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E. & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 45-52.
- Murray, L., Creswell, C. & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological medicine, 39*(9), 1413-1423.

Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B. & Espada, J. P. (2012). Spanish validation of the spence children's anxiety scale. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(2), 271-281.

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J. & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(11), 1142-1150.

Rapee, R. M., Schniering, C. A. & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341.

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.

Siebelink, B. M. & Treffers, A. D. (2001). *ADIS-C. Nederlandse bewerking van Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Swets Test Publishers.

Silverman, W. K. & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version, Child Interview Schedule*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Simon, E., Bögels, S. M. & Voncken, J. M. (2011). Efficacy of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 204-219.

Simon, E., Dirksen, C., Bögels, S. & Bodden, D. (2012). Cost-effectiveness of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention program. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 287-296.

Simon, E., Driessen, S., Lambert, A. & Muris, P. (2020). Challenging anxious cognitions or accepting them? Exploring the efficacy of the cognitive elements of cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy in the reduction of children's fear of the dark. *International Journal of Psychology*, 55(1), 90-97.

Stuijzand, S., Creswell, C., Field, A. P., Pearcey, S., & Dodd, H. (2018). Research Review: Is anxiety associated with negative interpretations of ambiguity in children and adolescents? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), 1127-1142.

Telman, L. G., Van Steensel, F. J., Verveen, A. J., Bögels, S. M. & Maric, M. (2020). Modular CBT for Youth Social Anxiety Disorder: A Case Series Examining Initial Effectiveness. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(1), 16-27.

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

van der Bruggen, C. O., Stams, G. J. J. M. & Bögels, S. M. (2008). The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1257-1269.

Van Doorn, M. E. M., Jansen, M., Bodden, D. H. M., Lichtwarck-Aschoff, A. & Granic, I. (2017). A randomized controlled effectiveness study comparing manualized cognitive behavioral therapy (CBT) with treatment-as-usual for clinically anxious children. *Journal of Clinical Trials*, 7(5), 2167-0870.

Van Steensel, F. J., Bögels, S. M. & Dirksen, C. D. (2012). Anxiety and quality of life: Clinically anxious children with and without autism spectrum disorders compared. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 731-738.

Van Steensel, F. J. A. & 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.

Van Steensel, F. J. A., Dirksen, C. D. & Bögels, S. M. (2014). Cost-effectiveness of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety disorders in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(2), 127-137.

Van Steensel, F.J.A., Telman, L.G.E., Maric, M. & Bögels, S.M. (2022). Modular CBT for childhood anxiety disorders: evaluating clinical outcomes and its predictors. *Child Psychiatry and Human Development*.

Van Steensel, F. J. A., Zegers, V. M. & Bögels, S. (2017). Predictors of treatment effectiveness for youth with ASD and comorbid anxiety disorders: It all depends on the family?. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(3), 636-645.

van Steensel, F. J., Telman, L. G., Maric, M. & Bögels, S. M. (2022). Modular CBT for Childhood Anxiety Disorders: Evaluating Clinical Outcomes and its Predictors. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12.

Velting, O. N., Setzer, N. J. & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 42-54.

Wante, L., Braet, C., Bögels, S. M. & Roelofs, J. (2021). *SCID-5 Junior: Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorder for Children*. Boom: Amsterdam.

Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... & Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy*, 57, 1-12.

Whiteside, S. P., Sim, L. A., Morrow, A. S., Farah, W. H., Hilliker, D. R., Murad, M. H., & Wang, Z. (2020). A meta-analysis to guide the enhancement of CBT for childhood anxiety: exposure over anxiety management. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(1), 102-121.

Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmissions of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology, 31*, 364-374.

Zaboski, B. A., & Storch, E. A. (2018). Comorbid autism spectrum disorder and anxiety disorders: a brief review. *Future neurology, 13*(1), 31-37.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

