

Interventie

Je bibbers de baas

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 20 september 2024

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: van der Zalm-Grisnich (18 april 2024).
Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Je bibbers de baas'. Utrecht:
Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel.....	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	8
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing	15
4. Onderzoek	29
5. Samenvatting Werkzame elementen	32
6. Aangehaalde literatuur	33

Samenvatting

'*Je bibbers de baas*' is een groepsbehandeling voor het omgaan met en verminderen van faalangst bij kinderen in de bovenbouw van het basisonderwijs. Het omvat 10 bijeenkomsten. Ouders en leerkrachten worden intensief betrokken in 2 aparte bijeenkomsten. Cognitieve gedragstherapie is het uitgangspunt van de behandeling, met als onderdelen psycho-educatie, het aanleren van coping strategieën (o.a. ontspanningstechnieken), cognitieve herstructurering, exposure en terugvalpreventie. Voor de behandelaar/trainer is een uitgebreide handleiding beschikbaar, voor de kinderen een werkboek.

Doelgroep

De training is bedoeld voor kinderen uit de bovenbouw van het basisonderwijs (ongeveer 9-12 jaar) die hinder ondervinden van faalangst, en is geschikt voor zowel cognitieve-, sociale- als motorische faalangst. De intermediaire doelgroep zijn ouders en leerkrachten.

Doel

'*Je bibbers de baas*' heeft als doel het verminderen van faalangst bij kinderen uit de bovenbouw van het basisonderwijs, door hen te leren omgaan met hun angst. Hiervoor worden verschillende vaardigheden aangeleerd, zodat het kind kan kiezen welke het beste bij hem past. Door ouders en leerkrachten mee te nemen in dit leer- en veranderproces neemt de effectiviteit van de interventie toe.

Aanpak

In 10 groepsbijeenkomsten van 1,5 uur leren kinderen met '*Je bibbers de baas*' diverse vaardigheden en technieken voor het omgaan met faalangstige gevoelens. De training is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie en is opgebouwd uit de volgende componenten: psycho-educatie, aanleren van copingstrategieën/vaardigheden, cognitieve herstructurering, exposure en terugvalpreventie.

De training voorziet ook in twee psycho-educatiebijeenkomsten (van elk 2 uur) voor ouders en leerkrachten, waarin ook aandacht is voor de mogelijke in standhoudende factoren van ouders (verwachtingen, modelling) en voor pedagogisch klimaat, communicatie en taakspecifieke aanpassingen in de klas.

Materiaal

Voor behandelaars/trainers is de handleiding beschikbaar: 'Faalangstraining voor kinderen. *Je bibbers de baas*'. Met daarnaast te downloaden formulieren op website <https://www.bsl.nl/faalangst>. Voor de kinderen zelf is er een werkboek '*Je bibbers de baas. Werkboek*'.

Onderbouwing

Faalangst is een vorm van angst die opkomt als je iets moet presteren of als je denkt dat je iets moet presteren, terwijl je denkt dat het je niet gaat lukken. Faalangst komt veel voor, prevalentiecijfers worden geschat op 2-20% bij de beoogde doelgroep.

Niet behandelen bij faalangst verhoogt de kans op een chronisch beloop en een reeks aan comorbide klachten zoals angst, laag zelfbeeld, verminderde schoolprestaties, schooluitval.

Denkfouten en automatische gedachten worden aangepakt met cognitieve gedragstherapie. In psycho-educatie wordt uitleg gegeven over faalangst, mogelijke oorzaken van faalangst en de mogelijkheden deze te verminderen. Ook de rol van mindset en acceptatie komen aan de orde. Lichamelijke angstreacties worden beïnvloed met ontspanningstechnieken. Ouders en leerkrachten worden als belangrijke omgevingsfactoren bij de interventie betrokken, omdat de manier waarop zij omgaan met faalangst medebepalend is voor het ontstaan en in stand houden van faalangst bij het kind. Groepstraining heeft, naast lotgenotencontact, het voordeel van extra

blootstelling aan sociale stimuli en de groepsinteractie, wat juist vanwege de angst voor beoordeling door anderen een extra exposure geeft. Daarbij is het kosteneffectief.

Onderzoek

Onderzoek van zeer beperkte omvang (N=5; 2010 en N=6; 2011) naar succes- en faalfactoren wees uit dat de deelnemers na het volgen van de training minder last hadden van faalangst en vermijdingsgedrag. Follow-up na een jaar liet zien dat deelnemers nog minder last van hun faalangst hadden dan direct na afloop van de training. De overstap naar het VO was minder spannend en op het VO hadden ze nog steeds veel baat bij het geleerde.

Een gebruikersonderzoek (N=16; 2020) wijst uit dat de interventie voornamelijk ingezet wordt bij faalangst, maar ook werkzaam blijkt te zijn bij andere angstgerelateerde problematiek. De interventie wordt vaak individueel ingezet, naar tevredenheid, terwijl deze als groepstraining is geschreven. Voornamelijk orthopedagogen en kinder- en jeugdpsychologen zetten de interventie in, vooral binnen de GGZ. De interventie wordt bij een iets bredere leeftijdsgroep ingezet dan de beoogde 9-12 jaar. De interventie wordt hoog gewaardeerd en laat een positief effect zien op de vermindering van faalangst (94%) en toename van sociale vaardigheid (63%), waarbij de inzet van CGT en werkboek als grootste succesfactor wordt gezien.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

'*Je bibbers de baas*' is primair bedoeld voor kinderen uit de bovenbouw (ongeveer 9-12 jaar) van het basisonderwijs die in het dagelijks leven hinder ondervinden van faalangst.

Het gaat hierbij om:

- Cognitieve faalangst: de angst om slechte leer- en denkprestaties te laten zien.
- Sociale faalangst: de angst om afgewezen of negatief beoordeeld te worden.
- Motorische faalangst: de angst om fouten te maken bij het uitvoeren van lichamelijke handelingen.

Intermediaire doelgroep

'*Je bibbers de baas*' richt zich ook op de intermediaire doelgroep: ouders en leerkrachten van kinderen die de interventie volgen. Zo kunnen zij het kind ook helpen in het anders om leren gaan met faalangst doordat ze kennis hebben van aangeleerde kennis en vaardigheden in de kindertraining. Ouders en leerkrachten hebben vaak ook behoefte aan handvatten bij het ondersteunen van hun kind en leerling met faalangst. Bovendien blijkt uit onderzoek dat er daadwerkelijk verband bestaat tussen faalangst bij kinderen en faalangst bij hun ouders (Martin et al., 2003; Elliot & Trash, 2004; Nieuwenbroek, 2006; Martin & Dowson, 2009).

Selectie van doelgroepen

Om vast te stellen of een kind hinder ondervindt van faalangst en mogelijk geïndiceerd is voor de interventie worden door ouders, kind en leerkracht eerst diagnostische vragenlijsten ingevuld: in ieder geval de CBCL en TRF, welke belangrijk zijn om informatie van ouders en leerkracht te verkrijgen. Daarnaast vullen de kinderen zelf vragenlijsten in: PMT-K-2, CBSK, SVL, SCARED-NL (hieruit kan door de diagnosticus eventueel een keuze gemaakt worden, afhankelijk van welke informatie aanvullend nog nodig is op een aanwezig dossier). Bij de CBCL/TRF moet vooral gelet worden op de contra-indicaties externaliserende problematiek en ASS. Bij de PMT-K-2 zijn een hoge negatieve faalangst en een te hoge negatieve faalangst indicatoren om mee te doen. Indicatoren bij de CBSK zijn lage scores op meerdere gebieden of lage scores op schoolvaardigheden, sociale acceptatie en sportieve vaardigheden (die kunnen wijzen op specifieke vormen van faalangst). Bij de SVL zijn weinig schoolplezier, zich niet sociaal aanvaard voelen, lage inschatting van sociale vaardigheden, weinig zelfvertrouwen bij proefwerken en lage motivatie indicatoren. Bij de SCARED-NL is alertheid geboden wanneer er significant hoge scores uitkomen op een specifieke angststoornis. Er kan dan sprake zijn van comorbiditeit, waarbij goed afgewogen moet worden of '*Je bibbers de baas*' het kind voldoende kan helpen. Een hoge score op sociale angst kan wel wijzen op faalangst.

Bovengenoemde vragenlijsten worden ook als voor- en nameting voor de training gebruikt. Vervolgens voert een gedragsdeskundige een intakegesprek met ouder(s) en het kind zelf (de eerste 10 minuten samen, daarna ouders en kind apart), waarin de uitkomst van de vragenlijsten wordt meegenomen. Tenslotte vindt een intakegesprek met de leerkracht plaats.

Uiteraard moeten de uitkomsten van de vragenlijsten in samenhang worden bekeken met alle gespreksgegevens die in de intake zijn verkregen.

Aanmelding vindt vooral rechtstreeks plaats bij jeugdzorgaanbieders, waarbij huisartsen en jeugdteams verwijzers zijn. Wanneer de interventie door een samenwerkingsverband wordt georganiseerd vindt de aanmelding via school plaats.

Indicatiecriteria:

- Er is sprake van faalangst.

- Het kind zit in de bovenbouw van het basisonderwijs (daar kan met redenen van afgeweken worden).
- Het kind is (enigszins) gemotiveerd zich in te zetten voor de training en bereid (thuis)opdrachten te doen.
- Het kind is (enigszins) gemotiveerd zijn eigen angstgedrag (bv. vermijden, uitstellen) te veranderen.
- Het kind is in staat te reflecteren op zijn eigen denken.
- Ouders en leerkracht zijn gemotiveerd en in staat mee te werken.

Contra-indicatiecriteria:

- Zeer druk en/of agressief gedrag geeft te veel onrust en stress in de groep
- Autisme Spectrum Stoornissen, vanwege gebrekkig vermogen tot meta-denken en kritische zelfreflectie, en vanwege moeite met het functioneren in een groep.
- IQ < 70
- Ouders die de Nederlandse taal niet begrijpen en lezen kunnen hun kind onvoldoende steunen bij het volgen van de training, tenzij de trainer in staat is om voor vertaling te zorgen van werkboek en ouderbijeenkomsten.

NB. Een kind met een angstig karakter kan zeker baat hebben bij de training en kan ook meedoen, mits er niet teveel druk op de groep gelegd wordt door een al te grote mate van angst. Daarbij moet echter wel gerealiseerd worden dat alleen deze training mogelijk niet voldoende is om de klachten aan te pakken. Doorgaans zal na of naast de training uitgebreidere, intensieve (en vaak individuele) behandeling nodig zijn.

Betrokkenheid doelgroep

De interventie is in eerste instantie ontwikkeld rond 2001 als groepstraining/behandeling naar aanleiding van een vraag om een faalangsttraining op één basisschool. De eerste opzet is een aantal jaren doorontwikkeld naar aanleiding van opgedane ervaringen van auteur en andere gebruikers, waarin meegenomen is wat ouders, kinderen en leerkrachten teruggaven in de evaluatiegesprekken, zoals het uitbreiden van de metafoor van de gereedschapskist, het verplaatsen van de leerdoelen naar de intake en het samenvoegen van een ouder- en leerkrachtbijeenkomst. In 2020 is een onderzoek gedaan naar gebruikerservaringen wat opnieuw aanleiding gaf tot verdere doorontwikkeling, met name aandacht voor mindset en acceptatie, alsook meer visualisatie bij de theorie en de oefeningen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het leren omgaan met en het verminderen van faalangst bij kinderen in de bovenbouw van het basisonderwijs.

Subdoelen

Subdoelen:

Psycho-educatie: vergroten van kennis over faalangst

- Kinderen weten wat faalangst is, hoe het ontstaat en in stand blijft, dat daar lichamelijke reacties bij horen en wat (ab)normale angst is.
- Kinderen herkennen faalangstsignalen/lichamelijke reacties bij zichzelf.
- Kinderen kunnen een verband leggen tussen gebeurtenissen, gedachten, gevoelens, gedrag en het gevolg.
- Kinderen begrijpen de relatie tussen mindset en faalangst.

Cognitieve herstructurering: aanpakken denkfouten en automatische gedachten

- Kinderen leren omgaan met hun faalangst, er ruimte voor te maken, deze te accepteren en ervaren dat dit helpend is.
- Kinderen hebben inzicht in de relatie tussen gebeurtenis, gedachten,

gevoelens, gedrag en gevolg *en kunnen denkfouten en automatische gedachten aanpakken.*

Exposure: blootstelling aan angst i.p.v. vermijding

- Kinderen kunnen d.m.v. exposureoefeningen zich (stapsgewijs) blootstellen aan hun faalangst.

Coping (kunnen omgaan met)/vaardigheidstraining:

- Kinderen herkennen faalangtsignalen/lichamelijke reacties bij zichzelf *en kunnen deze positief beïnvloeden.*
- Kinderen kunnen zich ontspannen (op verschillende manieren) en kunnen dit toepassen in angstoproepende situaties.
- Kinderen hebben zelfregulatievaardigheden waardoor ze inzicht hebben in en invloed op hun eigen gedachten, gevoelens, gedrag en het gevolg.
- Kinderen ervaren en begrijpen de nadelen (op korte en lange termijn) van het zich niet laten helpen (aangeleerde hulpeloosheid).

Terugvalpreventie/gedragsbehoud:

- Kinderen kunnen zelfstandig de geleerde vaardigheden inzetten en generaliseren, waarbij zij niet meer afhankelijk zijn van de therapeut.

Subdoelen van de intermediaire doelgroep:

Psycho-educatie: vergroten van kennis over faalangst

- Ouders/leerkrachten weten wat faalangst is, hoe het ontstaat en in stand blijft, dat daar lichamelijke reacties bij horen en wat (ab)normale angst is.
- Ouders/leerkrachten kunnen een verband leggen tussen gebeurtenissen, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg en weten hoe de kinderen leren denkfouten en automatische gedachten aan te pakken.
- Ouders/leerkrachten hebben inzicht in de relatie tussen mindset en faalangst en het belang van acceptatie van faalangst.
- Ouders/leerkrachten kennen de opzet en de globale doelen van de training en maken kennis met de werkvormen van de kindtraining.

Modelling: leren van voordoen

- Ouders/leerkrachten hebben vaardigheden voor de aanpak van faalangst bij het kind.
- Ouders/leerkrachten begrijpen dat hun reactie op faalangst van invloed is op de manier waarop het kind hiermee omgaat.
- Ouders/leerkrachten kennen het verband tussen spanning, ademhaling en lichaamssignalen en kunnen ontspanningsoefeningen (helpen) toepassen.

Facultatieve doelen

Wanneer faalangst mede in stand gehouden wordt door gebrekkige sociale vaardigheden of wanneer sociale vaardigheden teruggetrokken worden door faalangst kan het nodig zijn hiervoor enkele trainingsonderdelen toe te voegen. De doelen hiervoor zijn:

- Kinderen kunnen basisemoties herkennen en benoemen, complimenten geven en ontvangen, uitkomen voor hun gevoel en ideeën, nee zeggen en functioneren in een groep.
- Kinderen kunnen voor zichzelf opkomen in sociale (spannende) situaties.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Het groepsprogramma '*Je bibbers de baas*' omvat tien, bij voorkeur wekelijkse, bijeenkomsten van 1,5 uur. Twee gedragsdeskundigen (of een gedragsdeskundige en een leerkracht/intern begeleider van school met ervaring in groepstrainingen) werken met de groep aan de hand van oefeningen die in de handleiding beschreven zijn. Daarbij wordt voor sommige oefeningen een werkboek door de kinderen gebruikt. Dit werkboek bevat ook doelen, huiswerk oefeningen ('klusbladen' genoemd om de soms negatieve associatie met 'huiswerk' te voorkomen) en samenvattingen voor de kinderen.

Het programma voorziet ook in twee ouderbijeenkomsten en één of twee leerkrachtbijeenkomsten van twee uur. De eerste leerkrachtbijeenkomst wordt (bij voorkeur) samen met de eerste ouderbijeenkomst gehouden. De tweede leerkrachtbijeenkomst kan eventueel als een teambijeenkomst voor het hele team van een school gehouden worden. Ook de ouder- en leerkrachtbijeenkomsten hebben een vast programma en staan in de training volledig uitgeschreven. De 1^e ouder/leerkrachtbijeenkomst valt net voor de eerste kinderbijeenkomst. De 2^e rond de 5^e of 6^e kinderbijeenkomst. Van ouders en leerkrachten wordt verwacht dat ze hun kind/leerling ondersteunen bij de huiswerkoefeningen die in het werkboek worden aangegeven. Bij de ouder- en leerkrachtbijeenkomsten hoort een downloadbaar werkboek met samenvattingen, werkbladen en oefeningen die tijdens de bijeenkomsten gebruikt worden.

Het programma is opgezet voor groepen van 6 tot maximaal 8 (bij ervaren trainers) kinderen en twee trainers. De ouder- en leerkrachtgroepen zijn derhalve in ieder geval dubbel zo groot (minimaal 1 ouder en 1 leerkracht per kind).

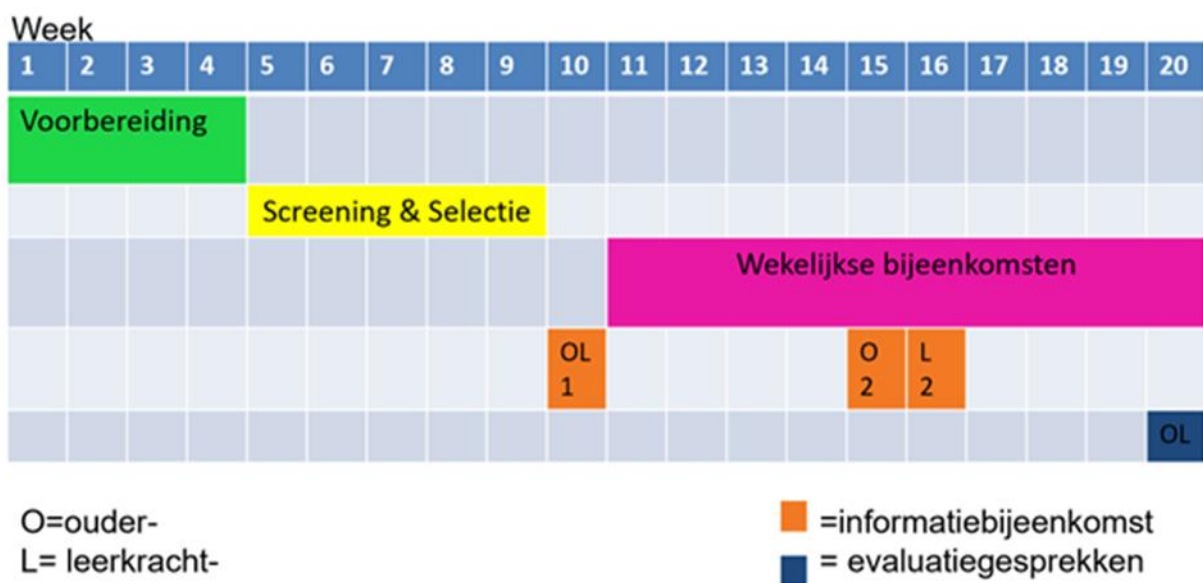
Kinderen worden voor de training geworven via advertenties, flyers en wervingsbrieven van GGZ-praktijken of -instellingen. Daarnaast ook via (nieuws)brieven van scholen en samenwerkingsverbanden Passend Onderwijs.

Voor de selectie- en afrondingsprocedure zijn in de handleiding uitgebreide aanwijzingen opgenomen (inclusief aanwijzingen voor evaluatiegesprek, nameting en eventueel vervolg). Verder is een planningsparagraaf opgenomen waarin de stroomlijning van de kinder- ten opzichte van de ouder- en leerkrachtbijeenkomsten staan aangegeven.

Het tijdpad voor de groepstraining, inclusief selectie- en afrondingsfase, omvat 20 weken, waarin 10 kinderbijeenkomsten, 2 ouderbijeenkomsten en 2 leerkrachtbijeenkomsten zijn gepland (zie schema).

Wanneer een kind een bijeenkomst mist door ziekte of anderszins worden kind en ouder gebeld om bijgepraat te worden, liefst in een gezamenlijk beeldbelgesprek. Ouders weten dan hoe ze het kind kunnen ondersteunen bij het doen en/of maken van de opdrachten voor de volgende bijeenkomst.

Soms is het niet mogelijk het hele groepsprogramma te volgen (vaak uit kostenoverwegingen). Van belang is om dan in ieder geval de meeste essentiële onderdelen aan bod te laten komen: psycho-educatie (inclusief ACT en mindset) en alle onderdelen rondom het GGGGG-model moeten uitgebreid aan de orde komen en geoefend worden, evenals ontspanningstechnieken (ademhaling en spierontspanning).



Inhoud van de interventie

'Je bibbers de baas' leert kinderen, vanuit de achtergrond van de cognitieve gedragstherapie (CGT) en de acceptance and commitment therapy (ACT), hun angstsymptomen onder ogen zien en aan te kunnen en leert om te gaan met situaties die faalangst oproepen. De nadruk ligt in 'Je bibbers de baas' op de CGT. Er wordt geleerd niet-helpende gedachten te herkennen, uit te dagen en te beïnvloeden met helpende gedachten. Om dit op een speelse manier te symboliseren wordt gebruikt gemaakt van de symboolfiguren "Helper" en "Bibber".

Kinderbijeenkomsten

De bijeenkomsten hebben een duidelijke structuur met steeds een aantal vaste elementen. Het programma ziet er steeds als volgt uit:

1. Hoe ging het afgelopen week (kringgesprek)
2. Klussen (huiswerk) bespreken (kringgesprek, soms in 2 kleinere kringen)
3. Variabel onderdeel (leergesprek, oefening of spel)
4. Invullen van de groepsthermometer (beloningsprogramma) en pauze
5. Variabel onderdeel (leergesprek, oefening, ontspanningsoefening of spel)
6. Klus (huiswerk) voor de volgende keer bespreken (kringgesprek)
7. Terugblik op de bijeenkomst (kringgesprek)

De inhoud van de tien kinderbijeenkomsten is als volgt opgebouwd:

	Thema	Inhoud
1.	Kennismaking	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie: wat is (faal)angst • Elkaar beter leren kennen • Groepsnaam en groepsafspraken • Uitleg werkboek en klussen (huiswerk) • Klus: Wie ben jij? + lichaamsseintjes
2.	Soorten faalangst	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: voortzetting kennismaking a.d.h.v. klusbladen • Uitleg van de 'gereedschapskist' die kinderen in de training denkbeeldig gaan vullen • Soorten faalangst • Keuze-onderdeel: Gevoelens uitbeelden of Wat vind je van mij? • Klus: Gevoelens bijhouden
3.	Wat denk je?	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: verband leren zien tussen gebeurtenissen en gevoelens • Eerste uitleg van de 5 G's (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag, gevolg) • Ademhalingsoefening • Klus: top-5-spannende situaties (angsthierarchie)
4.	Aan het werk met de 5 G's	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: top-5-spannende situaties (angsthierarchie) • 5G toepassen op eigen voorbeelden • Keuze-onderdeel: voor jezelf opkomen (assertiviteit) of energizers/ademhalingsoefening/extra 5G schema's • Klus: denken-voelen-doen en goed-gevoel-voorwerp
5.	Ruimte voor faalangst	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: denken-voelen-doen en goed-gevoel-voorwerp • Ruimte voor faalangst (ACT) • Ontspanningsoefening (spieren aanspannen/ontspannen) • Klus: schema 5G's
6.	Anders leren denken	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: schema 5G's • Anders leren denken: m.b.v. 'hulpvragen' gedachten onder de loep nemen • Keuze-onderdeel: nee zeggen (assertiviteit) of energizers/ademhalingsoefening/extra 5G schema's • Klus: anders denken (oefenen met Bibber- en Helpergedachten)
7.	Denk jezelf sterk!	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: anders denken (oefenen met Bibber- en Helpergedachten) • Tussenevaluatie leerdoelen • Gedachten uitdagen • Ontspanningsoefening (fantasierverhaal) • Klus: mijn eigen oefening

8.	Je gereedschap gebruiken	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: voorbespreken Mijn eigen oefening (iets spannend oefenen in de veilige setting van de training) • Welke mindset heb jij? • Keuze-onderdeel: quiz (kennistest) of Ik wil erlangs (assertiviteit) • Klus: Erop af! en Oefenen met mindset
9.	Laat je helpen!	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: Erop af! (nabespreken geoefende enge situatie) en mindset • Ik kan niet lopen: aandacht voor voor- en nadelen van zeggen dat je iets niet kunt • Ontspanningsoefening • Klus: Evaluatie en Ik blijf mijn gereedschap gebruiken!
10.	Afscheid	<ul style="list-style-type: none"> • Klus bespreken: Evaluatie en Ik blijf mijn gereedschap gebruiken! (terugvalpreventie) • Mijn eigen oefening uitvoeren • Eventueel wens oefening (herhaling van een favoriet onderdeel uit de training) • Diploma's en feestje (zo mogelijk samen met ouders en leerkrachten).

Ouder- en leerkrachtbijeenkomsten

De ouder- en leerkrachtbijeenkomsten omvatten steeds de volgende onderdelen:

1. Welkom en uitleg over het programma
2. Ervaringen delen (kringgesprek, soms met oefening)
3. Alleen in 1^e bijeenkomst: leerpunten bespreken (in kleine groepjes)
4. Psycho-educatie (met oefeningen)
5. Ontspanningsoefening
6. Vragenronde (kringgesprek diverse vragen: over de leerstof, hun kind/leerling of over het proces van de training)
7. Terugblik op de bijeenkomst (kringgesprek)

De ouder- en leerkrachtbijeenkomsten zijn inhoudelijk als volgt opgebouwd:

	Voor wie:	Inhoud:
1 ^e (gezamenlijke) bijeenkomst: Wat doen we op de faalangsttraining?	Ouders bij voorkeur samen met leerkrachten, zodat ouders en leerkracht zoveel mogelijk dezelfde terminologie en een zelfde aanpak m.b.t. faalangst leren hanteren naar het kind. Ook uit tijds- en kostenoverwegingen is dit aan te raden	<ul style="list-style-type: none"> • Wat is faalangst • Wat zijn de doelen van de kindertraining • Uitleg van de 5 G's, • Acceptatie en mindset • Ademhalingsoefening • Hoe kunt u helpen bij faalangst?
2 ^e ouderbijeenkomst: Wat kunt u thuis met faalangst?	Inhoud specifiek voor ouders	<ul style="list-style-type: none"> • Delen van ervaringen met faalangst • Hoe kunt u helpen bij faalangst?(vaardigheden voor ouders met ook aandacht voor eventuele eigen faalangst of hoge verwachtingen van het kind) • Ademhalings- en spierontspanningsoefening • Uitleg afrondingstraject
2 ^e leerkrachtbijeenkomst: Wat kunt u op school met faalangst?	Inhoud specifiek voor leerkrachten; kan met de leerkrachten van de deelnemende kinderen óf als geheel team van een school	<ul style="list-style-type: none"> • Delen van ervaringen met faalangst • Wat kunt u doen aan faalangst op school? (invloed veilig schoolklimaat, relationele communicatie en taakspecifieke aanpassingen) • Uitleg afrondingstraject

2. Uitvoering

Materialen

- "Faalangstraining voor kinderen. Je bibbers de baas" (handleiding). Verkrijgbaar via www.bsl.nl
- "Je bibbers de baas. Werkboek". Verkrijgbaar via www.bsl.nl. Website www.bsl.nl/faalangst (downloaden bijbehorende aanmeldingsformulieren, brieven, evaluatieformulieren, werkbladen, diploma's, speelkaartjes, platen, PowerPointpresentaties, werkboek ouder- en leerkrachten)
- De benodigde gestandaardiseerde vragenlijsten voor de selectie (CBCL, TRF, PMT-K-2, CBSK, SVL, SCARED-NL) zijn verkrijgbaar bij de betreffende uitgevers (zie ook www.nji.nl/instrumenten).

Locatie en type organisatie

'Je bibbers de baas' kan zowel in vrijgevestigde praktijken, als in scholen en (GGZ-)instellingen gebruikt worden. Ook Jeugdteams zetten de interventie soms in vanuit een preventieteam. De interventie kan ingezet worden als lichte vorm van hulp (bijvoorbeeld in scholen), maar ook als onderdeel van de behandeling van bredere problematiek.

Op dit moment wordt de interventie voor zover bekend uitgevoerd door: Jeugd-GGZ, in zelfstandige praktijken, in basisonderwijs, door onderwijsbegeleidingsdiensten, samenwerkingsverbanden PO en gehandicaptenzorg.

- x Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren
- x Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning
- x Gespecialiseerde hulp

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De training is opgezet rondom de principes van de cognitieve gedragstherapie. Om deze principes goed over te kunnen dragen aan de kinderen, is het nodig dat een trainer ervaring hiermee heeft, alsook ervaring, kennis en deskundigheid in het werken met kinderen in het algemeen.

De eerste trainer moet daarom orthopedagoog, kinder- en jeugdpsycholoog, gedragswetenschapper (of vergelijkbaar) zijn met een academische opleiding (en BIG en/of SKJ-registratie), die daarnaast beschikt over de volgende competenties: het hebben gevolgd van de basis cursus CGT, voldoende kennis van en ervaring met cognitieve gedragstherapie (bijv. GGGGG model, uitdagen, exposure, experimenten) en vaardigheden hoe deze kennis te kunnen overdragen naar kinderen/ouders/leerkrachten. Het wordt tevens nadrukkelijk aangeraden een workshop of e-learning (via www.concordium.nl/behandelingen/je-bibbers-de-baas) te volgen waarin 'Je bibbers de baas' uitgelegd wordt, specifieke vaardigheden geoefend worden en aandacht is voor tips en tricks en toepassing in bijzondere situaties. De workshop kan op open inschrijving of als in-company training gevolgd worden. Van de uitvoerende organisaties wordt verwacht dat zij supervisie- en intervisiemomenten creëren voor de behandelaren die met het protocol werken. Hierbij dient tenminste een BIG-orthopedagoog generalist, GZ-psycholoog of cognitieve gedragstherapeut aanwezig te zijn.

De tweede trainer kan een (HBO) gedragsdeskundige zijn of een leerkracht/IB-er die ervaring heeft met het geven van groepstrainingen aan kinderen (bv. SOVA-training).

Kwaliteitsbewaking

De trainer (minstens de eerste trainer) dient zich de handleiding en het protocol eigen gemaakt te hebben alvorens met de training te starten. Het wordt nadrukkelijk aangeraden hiervoor een workshop/e-learning te volgen. Daarnaast zal de trainer kennis en ervaring moeten hebben met cognitieve gedragstherapie bij kinderen door het hebben gevolgd van de basis cursus CGT. Bovendien is in de handleiding 'Je bibbers de baas' het gehele intake-

en behandelprotocol gedetailleerd en stapsgewijs uitgeschreven, waarmee eenduidig gebruik wordt bevorderd. Dit zou een goede leidraad moeten zijn om met het protocol te werken en ook inzicht te krijgen in de achterliggende principes, mits de behandelaar thuis is in de cognitieve gedragstherapie. Via de website www.concordium.nl is het mogelijk om intervisievragen aan de auteur te stellen of consultatie aan te vragen. Van de uitvoerende organisaties wordt verwacht dat zij supervisie- en intervisiemomenten creëren voor de behandelaren die met het protocol werken. Hierbij dient tenminste een BIG-orthopedagoog generalist, GZ-psycholoog of cognitieve gedragstherapeut aanwezig te zijn. Behandelaren kunnen hun eigen behandel-effectiviteit evalueren door voor- en na de behandeling het kind en diens ouders een gevalideerde vragenlijst in te laten vullen (bv. CBCL, TRF, PMT-K, CBSK, SVL, SCARED-NL die bij de intake ook gebruikt worden). Ook reflecteren behandelaren achteraf samen op iedere bijeenkomst, waarbij men elkaar opscherpt in het juiste gebruik van het protocol.

Randvoorwaarden

Organisatorisch: De medewerking van ouders en school is vereist voor het welslagen van de interventie. Er moet daarom vooraf goed overwogen worden of ouder- en leerkrachtbijeenkomsten overdag of 's avonds het meeste kans van slagen hebben (i.v.m. oppas, werk van ouders en leerkrachten die mogelijk niet 's avonds nog willen komen). Voor een school kan het betekenen dat een leerkracht uren vrijgeroosterd moet krijgen voor het bijwonen van de leerkrachtbijeenkomsten. Wanneer gekozen wordt voor teambijeenkomsten op school moet daarvoor tijd vrijgemaakt worden. Verder is het noodzakelijk dat er een stille groepsruimte, met privacy en voldoende ruimte beschikbaar is.

Behandelaren hebben naast de directe contacttijd ook voldoende tijd nodig voor het voorbereiden en het afronden/reflecteren van iedere bijeenkomst.

Contextueel: om hun kind goed te kunnen ondersteunen en de training succesvol te maken is het nodig dat ouders kunnen lezen en de Nederlandse taal verstaan en begrijpen.

Implementatie

De handleiding '*Je bibbers de baas*' en het werkboek zijn via (online) boekhandels te verkrijgen. Er wordt een workshop en intervisie aangeboden waarin een behandelaar het protocol goed kan leren begrijpen en toepassen. Het is van belang dat uitvoerders van het protocol (met name de 1^e trainer) de workshop en/of intervisie volgen. Daarnaast zijn op de website www.bsl.nl/faalangst bijbehorende materialen te downloaden die trainers kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van de interventie.

Kosten

De materialen kunnen worden besteld via de uitgever Bohn Stafleu van Loghum (www.bsl.nl). De handleiding kost € 42,99 (2024), het werkboek € 24,99 (2024). Voor ieder kind moet een werkboek worden aangeschaft. Daarnaast kunnen gratis materialen worden gedownload via <https://www.bsl.nl/faalangst>.

Zo nodig kan incidentele externe intervisie gevraagd worden van de ontwikkelaar. De kosten zijn dan € 80,- per uur (2024). De kosten van een workshop/e-learning worden vermeld op <https://concordium.nl/behandelingen/je-bibbers-de-baas/>

Het uitvoeren van het gehele draaiboek, inclusief selectie- en afrondingsprocedure, beslaat een periode van 20 weken.

De kosten zijn afhankelijk van het aantal kinderen dat meedoet met de selectieprocedure. De selectiegesprekken kosten 2-2,5 uur per kind (1 uur gesprek ouders, ½ uur gesprek kind, ½-1 uur verslaglegging).

De afrondingsgesprekken kosten 1,5-2 uur per kind (1 uur gesprek ouders/kind gezamenlijk, ½-1 uur verslaglegging).

De 10 trainingsbijeenkomsten met de kinderen duren 1,5 uur en vergen daarnaast ongeveer een uur voorbereiding en een kwartier evaluatie.

De 2-4 ouder- en leerkrachtbijeenkomsten duren 2 uur en vergen daarnaast ongeveer een uur voorbereiding.

De telefonische evaluaties met de leerkrachten duren 0,5 uur.

Bij een groepsgrootte van 6 kinderen en een selectiegroep van 8 kinderen komt het totaal aantal uren daarmee op: 61,5 - 74,50 uur. Afgezien van de uren die worden geïnvesteerd in werving en overige organisatorische aspecten.

3. Onderbouwing

Probleem

Aard en ernst

'*Je bibbers de baas*' richt zich op de aanpak van faalangst. Faalangst is een vorm van angst die opkomt als je iets moet presteren of als je denkt dat je iets moet presteren, terwijl je bang bent dat het je niet gaat lukken.

Ergene (2003) benoemt in zijn meta-analyse dat de volgende definitie breed geaccepteerd is: *test anxiety* is een onaangename toestand die wordt gekenmerkt door gevoelens van spanning en ongerustheid, zorgelijke gedachten en de activering van het autonome zenuwstelsel wanneer een individu wordt geconfronteerd met evaluatieve situaties waarin prestaties worden gevraagd. Van Lieshout & van Deth (2018) noemen het een conflict tussen denken, voelen en doen. Faalangst is altijd gekoppeld aan een (soms sociale-) taak of een opdracht. Die angst werkt belemmerend en de verwachte prestatie blijft uit. Men moet zich zorgen maken over faalangst bij chronisch onderpresteren en/of geblokkeerd raken, sterk vermijdingsgedrag en een grote lijdensdruk bij het kind (hoofdpijn, buikpijn, slecht slapen) (van Lieshout, 2009).

Alhoewel Putwain et al. (2021) concludeerden dat het construct *test anxiety* te onderscheiden is van een gegeneraliseerde angststoornis of paniekstoornis is faalangst in de DSM-5 niet als een aparte aandoening opgenomen, maar meestal als een onderdeel van sociale angst of gegeneraliseerde angst beschouwd. Hierbij wordt dan vaak verwezen naar 'testangst' of 'prestatieangst' (American Psychiatric Association, 2014). Er zijn aanwijzingen dat sociale angst en faalangst een aantal in stand houdende factoren delen. Zo staat bij beide angstklachten de angst voor een negatieve beoordeling centraal, is er sprake van een sterke zelfgerichte aandacht, spelen lichamelijke symptomen een rol, bijvoorbeeld blozen en trillen, en is er sprake van zelfonderschatting en andere negatieve gedachten en aannames (Nauta, Sportel & de Hullu, 2013). Faalangst wordt door sommige auteurs beschouwd als een specifieke vorm van een sociale angststoornis (McDonald, 2001).

De sociale angststoornis wordt gekenmerkt door angst voor bij de ontwikkeling behorende contacten met volwassenen en leeftijdgenoten. Deze angst treedt vaak het meest prominent op de voorgrond in situaties waarin een kind "beoordeeld" wordt, bijvoorbeeld bij het houden van een spreekbeurt, het verkleden voor de gymnastiekles of een muziekkuitvoering. De angst kan onder die omstandigheden de proporties aannemen van een paniekaanval (Kenniscentrum KJP, z.d.). Ook de angst om beoordeeld te worden in cognitieve- en motorische situaties is gerelateerd aan sociale (faal)angst omdat beoordeeld worden altijd gekoppeld is aan een ander/de groep.

Het verschil tussen een angstklacht (klachten waarbij angstgevoelens en begeleidende lichamelijke klachten een rol spelen) en een angststoornis betreft de ernst van de symptomen, er is sprake van een continuüm. Angstklachten (waar faalangst onder valt) worden ook wel subklinische angststoornissen genoemd (GGZ standaarden, z.d.).

Faalangst bestaat in drie verschijningsvormen, die elkaar kunnen overlappen of tegelijkertijd voor kunnen komen (Nieuwenbroek, 1998)

- *Cognitieve faalangst*. Angst om slechte leer- en denkprestaties te laten zien.
- *Sociale faalangst*. Angst om afgewezen of negatief beoordeeld te worden.
- *Motorische faalangst*. Angst om fouten te maken bij het uitvoeren van lichamelijke handelingen.

Bij faalangst worden lichamelijke spanningsreacties ervaren: innerlijke (o.a. oppervlakkige ademhaling, buikpijn, hartkloppingen) en uiterlijke (o.a. zweten, blozen, trillen).

Nieuwenbroek (1998) en Lens & dePreeuw (1998) maken onderscheid tussen negatieve/passieve faalangst (angst om te falen in taaksituaties) en positieve/actieve faalangst (angst die zorgt voor optimale spanningstoestand die leidt tot betere prestaties). Vanwege normatieve klank van positieve/negatieve faalangst wordt ook wel gesproken van perfectionisten/actieve vermijders tegenover uitstellers/passieve vermijders (de Vries, 2001). Perfectionisten leren juist heel veel, zeer nauwgezet en uit het hoofd. Hun studeertechnieken zijn echter vaak inefficiënt en als er iets misgaat raken ze in paniek.

Passieve vermijders verminderen hun spanning door niet mee te doen, maar zich bezig te houden met andere belangrijke dingen. Ze beschermen zich zo tegen zelfwaardeverlies bij een mindere prestatie. Ten onrechte wordt dit vaak een motivatieprobleem genoemd (Nieuwenbroek, z.d.).

'*Je bibbers de baas*' is geschikt voor alle verschijningsvormen van faalangst.

Omdat er vrijwel geen wetenschappelijke literatuur voorhanden is specifiek over de gevolgen van faalangst bij kinderen en er aanwijzingen zijn dat sociale angst en faalangst een aantal instandhoudende factoren delen (Nauta, Sportel & de Hullu, 2016) wordt mede uitgegaan van de literatuur over sociale angststoornissen.

Bovendien komen Bögels e.a. (2010) in analyse over de plaats van een sociale angststoornis in de DSM-5 tot de conclusie dat faalangst (*pervasive test-anxiety*) er niet alleen voor in aanmerking komt om onder het sociale angstconstruct geschaard te worden, maar ook onder het gegeneraliseerde angstconstruct. Een angstig temperament wordt gezien als een van de meest robuuste voorspellers van angst bij kinderen (Liu & Bell, 2020). Angststoornissen behoren tot de meest voorkomende psychische stoornissen bij kinderen en jongeren (Bennet et al., 2016; Cartwright-Hatton et al., 2006; Polanczyk et al., 2015; Verhulst, 2001). Sociale angst en faalangst kunnen een grote invloed hebben op het leven van adolescenten. Ten eerste tijdens de adolescentie wanneer de klachten ontstaan, ten tweede op latere leeftijd, aangezien faalangst en sociale angst enerzijds vaak een chronisch beloop hebben en anderzijds geassocieerd worden met een reeks aan comorbide klachten - zoals angst, laag zelfbeeld, verminderde schoolprestaties, schooluitval (Wittchen e.a., 2000). Embse (2013) vond aanwijzingen dat de incidentie van *test anxiety* en de invloed ervan op de resultaten toeneemt vanaf de basisschool tot aan de universiteit. Ergene (2003) noemt dat mensen met *test anxiety* eerder kiezen voor een carrière waarin ze niet vaak worden geëvalueerd. Symes & Putwain (2020) zien *test anxiety* als risico (en indicator) voor klinische angst.

Het hebben van een sociale angststoornis hangt samen met allerlei negatieve gevolgen op korte termijn, zoals het hebben van minder vrienden, het leveren van slechtere schoolprestaties en het hebben van een lager gevoel van eigenwaarde (Stein & Kean, 2000). De gevolgen zijn ook op langere termijn merkbaar, zoals de ontwikkeling van angststoornissen, depressie en middelenmisbruik (Wittchen e.a., 2000).

Als falen vaak voorkomt heeft dat negatieve invloed op het zelfbeeld. Een negatief zelfbeeld heeft door bijbehorende negatieve gedachten weer negatieve invloed op faalangst (Lieshout & van Deth, 2018). Eigenwaarde bleek een significante en sterke voorspeller van *test anxiety* (von der Embse et al., 2018). Bryan, Sonnefeld, & Grabowski (1983) noemen naast een laag zelfbeeld ook storend gedrag in de klas en negatieve attitudes tegenover school als gevolg van faalangst. *Test anxiety* bleek in de meta-analyse van von der Embse et al. (2018) significant en negatief gerelateerd aan een breed scala van leerprestaties.

Omvang en spreiding

De richtlijn angst van het NCJ (2016) geeft aan dat er geen inzicht is in de prevalentie van faalangst bij kinderen. Omdat faalangst geen DSM-5-classificatie is wordt het in prevalentiestatistieken niet onderscheiden, waardoor exacte prevalentiegegevens niet bekend zijn.. Er zijn meer prevalentiegegevens bekend over jongeren dan over kinderen in de basisschoolleeftijd. Geschat wordt dat tussen de 10 en 40 procent van de jongeren in verschillende gradaties last heeft van toets- of examenvrees (*test anxiety*), een vorm van cognitieve faalangst. Omdat kinderen tegenwoordig op jongere leeftijd worden getest ontstaat *test anxiety* op jongere leeftijd (Yeo et al., 2016). Het kan al vanaf 7-jarige leeftijd ontstaan en komt vaker voor bij meisjes (Embse et al., 2013). Onder jongeren met een sociale angststoornis bleek bij 75% het maken van toetsen en examens wel de meest voorkomende beangstigende situatie te zijn (Knappe, Beesdo-Baum, Fehm, Lieb & Wittchen, 2012). Daarom, en gezien bovengenoemd continuüm tussen sociale angst en faalangst, worden hier ook prevalentiecijfers van sociale angst genoemd.

Epidemiologisch onderzoek heeft laten zien dat de prevalentiecijfers voor angststoornissen bij kinderen variëren tussen de 2 en 27%. De prevalentiecijfers van de afzonderlijke angststoornissen bij kinderen laten zien dat de specifieke fobie, sociale

angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en separatieangststoornis het meest frequent zijn, met gemiddelde percentages tussen de 2,2 en 3,6%. (Costello, Egger & Angold, 2004).

Pol en Jaspers (2007) zien dat 20% van de kinderen van 11 jaar last heeft van faalangst, 10-15% van de 12-13-jarigen en 30% van de eindexamenkandidaten. Brits onderzoek toont aan dat 16,4% van de leerlingen van middelbare scholen zichzelf als ernstig faalangstig beschouwt. Meisjes hebben er significant meer last van (22,5%) dan jongens (10,3%) (Putwein & Daly, 2014).

Nieuwenbroek (z.d.) stelt dat onderzoek steeds weer uitwijst dat 10-13% van alle jongeren van 12-14 jaar last heeft van faalangst. Hij noemt (niet nader aangeduid) Vlaams onderzoek met een prevalentie van 8% bij 10-11 jarigen.

Specifieke prevalentiecijfers van de 3 verschijningsvormen van faalangst zijn in de literatuur niet voorhanden.

Oorzaken

Bij het ontstaan en in stand houden van faalangst spelen zowel individuele factoren als omgevingsfactoren een rol.

Individuele factoren

Denkfouten, automatische gedachten, vermijding en gebrek aan copingstrategieën

Vanuit cognitief gedragstherapeutisch kader (Ellis, 1962) wordt faalangst verklaard als het gevolg van disfunctionele schema's (denkfouten en automatische gedachten) die zorgen voor het in stand houden van de klachten: bepaalde (prestatie)situaties lokken negatieve cognities uit, daardoor ontstaat angst en vervolgens zelfgerichte aandacht, waarbij alle negatieve reacties bij zichzelf en bij anderen worden geregistreerd (van Lieshout & van Deth, 2018). Ze leveren door hun angst vaak mindere prestaties wat hun aannames bevestigt en tot een neerwaartse spiraal kan leiden. In diverse onderzoeken werd gevonden dat angst samenhangt met een negatievere interpretatie van ambigue situaties, meer vermijding, en het minder goed kunnen bedenken van coping strategieën (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Bögels & Zigterman, 2000). Vermijdingsgedrag dat het opdoen van positieve, corrigerende ervaringen belemmert houdt de faalangst in stand (Nauta, Sportel & de Hullu, 2016).

Lichamelijke angstreacties

Angst wordt gekenmerkt door lichamelijke reacties. Zo ook faalangst: spieren gaan trillen of verstijven van de spanning, de ademhaling stopt of versnelt, de hartslag versnelt, de huid reageert door blozen of zweten, er kan pijn ontstaan enzovoort. Deze spanningsreacties zorgen voor een vicieuze cirkel: ze roepen ook weer meer angst op en kunnen daardoor de angst in stand houden. De spanning beïnvloedt de concentratie en het creatief, oplossingsgericht denken en kan zorgen voor blokkades in handelen en denken (Konijn et al, 2009).

Aangeleerde hulpeloosheid

Aangeleerde hulpeloosheid (Seligman, 1984; Zimbardo, 1985), die ontstaat door het buiten zichzelf leggen van de oorzaak van gebeurtenissen, speelt bij faalangst ook een rol (van Lieshout, 2009). Zowel verwaarlozing (wat ik ook doe, het helpt toch niet) als verwenning (wat ik ook doe, het komt toch vanzelf) kunnen deze hulpeloosheid aanleren. Het kind neemt een slachtofferrol aan omdat hij onvoldoende ervaren heeft dat er een verband bestaat tussen zijn acties en de resultaten ervan.

Negatief zelfbeeld

Negatief zelfbeeld, zeker in combinatie met perfectionisme en verminderde emotionele stabiliteit is bij faalangst sterk bepalend. Lohbeck et al. (2016) verklaren bij kinderen in de basisschoolleeftijd een hoge mate van *test anxiety* door een lager academisch zelfconcept (de perceptie van leerlingen over hun eigen prestaties of vaardigheden in

schoolvakken). Negatieve zelfevaluatie en laag zelfbeeld worden daarnaast ook als gevolg gezien van faalangst. (Asghari et al., 2012).

Veel kinderen met faalangst hebben negatieve overtuigingen over zichzelf en hun competenties. Successen worden toegeschreven aan factoren buiten henzelf, mislukkingen daarentegen worden door hen verklaard uit gebrek aan eigen bekwaamheden (de Vries, 2001).

Zelfbelemmering – het, al dan niet bewust, zichzelf verhinderen een taak uit te voeren – zorgt ervoor dat het falen niet toegeschreven hoeft te worden aan eigen competenties (Martin, Marsh, Williamson, & Debus, 2003). D.m.v. defensief pessimisme – verwachtingen over zichzelf worden naar beneden bijgesteld om niet teleurgesteld te raken wanneer zij alsnog falen - beschermen zij hun eigenwaarde (Martin et al., 2003).

Ontwikkelings- en leerproblemen

Soms heeft faalangst te maken met leerproblemen of gebrekkige studievoordigheden (van Lieshout & van Deth, 2018). Naast of door een leer-, gedrags- of ontwikkelingsstoornis kan faalangst ontstaan, ook als gevolg van de negatieve feedback die de stoornis oproept van de omgeving (van der Zalm-Grisnich, 2009)

Ook bij hoogbegaafde kinderen en jongeren komt faalangst voor. Soms blijven hun prestaties achter doordat ze niet gewend zijn met frustraties om te gaan en zich in te spannen, wat tot verlies van eigenwaarde kan leiden. Soms is hun faalangst moeilijk te herkennen wanneer ze hun angst overschreeuwen door tegenovergesteld gedrag te vertonen (de Vries, 2001).

Kennis

Het is belangrijk om, d.m.v. psycho-educatie, zowel kind als ouders (als leerkracht) een goede uitleg te geven over mogelijke oorzaken van angst, en vooral over de manier waarop die angst kan worden verminderd (Scholing, 2002). Ook omdat de meeste ouders van kinderen met faalangst vragen hebben over de oorzaken van de angst: is het erfelijk, is er een onderliggende oorzaak, ligt het aan opvoeding?

Angst wegstoppen en vermijden

Angstige gevoelens worden doorgaans graag weggestopt of vermeden. Zo ook faalangst. Vanuit de ACT(Acceptance and Commitment Therapy) is het bekend dat het belangrijk is dat kinderen hun angst niet vermijden maar leren op een flexibele manier om te gaan met de obstakels die ze tegenkomen, om de pijn die het leven nu eenmaal brengt te dragen en het lijden los te zien van wie ze zijn. Waarbij acceptatie geleerd wordt van gevoelens, gedachten en gebeurtenissen en in contact met het huidige moment (Samsen & de Heus, 2017). Het is daarom van belang om kinderen te leren hun faalangstige gevoelens en gedachten te accepteren als iets wat blijkbaar bij hen hoort, wat ze niet hoeven weg te stoppen of te vermijden, maar waar ze juist ruimte voor kunnen maken en mee kunnen leren omgaan.

Sociale vaardigheden terug trekken

Mensen met een sociale angststoornis lijken hun (op zich goed ontwikkelde) sociale vaardigheden terug te trekken in angstige situaties waar prestatie en interactie verwacht wordt (Angélico, Crippa & Loureiro, 2010). In dat geval wordt het wenselijk geacht om copingvaardigheden (ontspanningstechnieken of taakconcentratietraining) te ontwikkelen en aan te moedigen.

Omgevingsfactoren

Gezin en school

Er kan ook sprake zijn van erfelijkheid, en tevens van imitatiegedrag en aangeleerd gedrag, die bekrachtigd kunnen worden door de positieve gevolgen voor de jongere op dat moment (Nieuwenbroek, 2001 a en b).

Ouders, gezinsleden, leeftijds- en klasgenoten en leerkrachten kunnen een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van faalangst. Zo kunnen negatieve schoolervaringen, meer nadruk op wat het kind fout doet, een sfeer van competitie, gebrek aan positieve

verwachtingen, waardering die vooral gekoppeld is aan goede prestaties, weinig experimenteerruimte voor falen, te hoge eisen van de omgeving, verkeerde voorbeelden van volwassenen of andere belangrijke anderen en vervelende reacties van leeftijdsgenoten op falen een rol spelen.

Vaak speelt ook te veel bescherming of te weinig stimulans een rol (van Lieshout & van Deth, 2018). Een overbeschermende opvoedingsstijl kan angst in stand houden of versterken. Overbescherming is eerder belastend dan ondersteunend voor het kind. Het helpt niet bij het ontwikkelen van een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen. Het kan het angstniveau juist verhogen (Derksen, 2018).

Kinderen zijn loyaal aan hun ouders en willen hun ouders niet teleurstellen (de Vries, 2017), wat er (vaak onbedoeld) voor kan zorgen dat kinderen zich onder druk gezet voelen om te presteren. Bovendien registreren faalangstige kinderen, door een negatief zelfbeeld negatieve opmerkingen beter dan positieve (van Lieshout & van Deth, 2018). Verder blijkt dat de manier waarop ouders met hun eigen faalangst omgaan (b.v. zelfbelemmering of defensief pessimisme) vaak wordt overgenomen door hun kinderen (Elliot & Trash, 2004; Martin et al., 2003; Martin & Dowson, 2009).

Onzekere of angstige ouders, evenals ouders met een hoog ambitieniveau blijken een klimaat te kunnen scheppen waarin angst bij het kind goed gedijt (Sanders-Woudstra e.a., 1996). Kinderen blijken ook angsten voor nieuwe stimuli te verwerven door het luisteren naar 'dreigingsinformatie' van ouders (instructieleden), onafhankelijk van eigen angstniveaus van het kind (Nimphy et al., 2024).

Ook wanneer een kind voortdurend vergeleken wordt met gezinsleden, zorgt dat voor grote onzekerheid over wie het zelf is en mag zijn (van der Zalm-Grisnich, 2009). Succesvolle individuen in de familie worden gezien als een bron van frustratie voor jongeren, wat tot faalangst kan leiden (Gürses et al, 2010).

Ook de (moeilijkheid van de) taak kan een bron van faalangst zijn, waarbij ook eerdere ervaringen van betekenis zijn (van Lieshout & van Deth, 2018).

Verder kan de manier waarop leerkrachten omgaan met succes en falen en met verschillen tussen leerlingen medebepalend zijn voor kinderen bij het al of niet ontwikkelen van faalangst. Leerkrachten die feedback goed hanteren en die relationeel kunnen communiceren, creëren een voedingsbodem om te komen tot zelfwaardering en zelfafbakening, de pijlers voor een positief zelfbeeld (van Lieshout, 2009).

Aan te pakken factoren/oorzaken

'Je bibbers de baas' richt zich op het aanpakken van instandhoudende factoren van faalangst: de cognitieve processen (angstige gedachten, negatieve overtuigingen) en de responsen (angst, vermijding). Maar ook op de mogelijk instandhoudende factoren van ouders (verwachtingen, modelling) en de invloed van leerkrachtgedrag en pedagogisch klimaat (van Lieshout, 2002, van Lieshout & van Deth, 2018).

Ook wordt aandacht besteed aan de invloed van een vaste/statische- of groei-mindset (Dweck, 2007) op faalangst en is er vanuit de ACT aandacht voor het accepteren van faalangstige gevoelens en gedachten (Samsen & de Heus, 2017). Naast het aanpakken van de cognitieve processen worden copingvaardigheden geleerd (Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Bögels & Zigterman, 2000).

Therapeutische component	Beïnvloedbare factor	Bijbehorend doel	'Je bibbers de baas' aanpak
Psycho-educatie	<p>Kennis</p> <p>(Psycho-educatie: Connolly, 2008; Engels et al., 2015)</p> <p>(Mindset: Blackwell et</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kinderen en ouders/leerkrachten weten wat faalangst is, hoe het ontstaat en in stand blijft, dat daar lichamelijke reacties bij horen en wat (ab)normale angst is Kinderen herkennen faalangtsignalen/lichamelijke reacties bij zichzelf. 	<p>D.m.v. groepsgesprekken (in zowel kindertraining als ouder- en leerkrachttraining) geeft de trainer uitleg over normale en hinder gevende faalangst, hoe faalangst kan ontstaan en hoe het komt dat je angstig blijft (aandacht</p>

	<p>al., 2007; Dweck, 2010)</p> <p>(Zelfvertrouwen: Asghari, 2012)</p> <p>(CGT: o.a. Bögels et al., 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en ouders/leerkrachten hebben inzicht in de relatie tussen mindset en faalangst. • Kinderen en ouders/leerkrachten kennen het verband tussen gebeurtenissen, gedachten, gevoelens, gedrag en het gevolg (en ouders/leerkrachten weten hoe de kinderen leren denkfouten en automatische gedachten aan te pakken). • Ouders/leerkrachten kennen de opzet en de globale doelen van de training en maken kennis met de werkvormen van de kindtraining. 	<p>voor vermindering, verschil tussen en de invloed van een vaste en een groei-mindset, invloed van niet-helpende gedachten).</p>
<p>Cognitieve herstructurering en gedragsexperimenten</p>	<p>Denkfouten, automatische gedachten</p> <p>(ACT: Samsen & de Heus, 2017)</p> <p>(CGT: o.a. Bögels et al., 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen leren omgaan met hun faalangst, er ruimte voor te maken, deze te accepteren (ACT) en ervaren dat dit helpend is. • Kinderen hebben inzicht in de relatie tussen gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en het gevolg en kunnen denkfouten en automatische gedachten aanpakken. • Kinderen hebben zelfregulatievaardigheden geleerd waardoor ze inzicht hebben in en invloed op hun eigen gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg. 	<p>In een groepsgesprek en in oefeningen worden faalangstige gevoelens en gedachten te bespreken als iets dat blijkbaar bij je hoort, wat je niet hoeft weg te stoppen of te vermijden, maar waar je juist ruimte voor kunt maken en mee kunt leren omgaan. Het GGGGG-model wordt uitgelegd en uitgebreid geoefend, zowel in de sessies al thuis en op school. Het werkboek geeft hiervoor veel oefenstof. De techniek uitdagen wordt geleerd en geoefend: bewijs voor en tegen een angstige gedachte wordt nagegaan en er wordt een alternatieve (helpende) gedachte geformuleerd. M.b.v. het GGGGG-schema wordt onderzocht welk (dapper/moedig) gedrag past bij de helpende gedachte.</p>
<p>Exposure</p>	<p>Vermijding</p> <p>(Vermijding: de Jong 2021;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen leren d.m.v. exposureoefeningen zich (stapsgewijs) bloot te stellen aan hun faalangst. 	<p>Met het kind en zijn/haar ouders wordt een angst hiërarchie opgesteld die wordt gebruikt om thuis, op school en in de sessies</p>

	Nauta, Sportel & de Hullu, 2016)		stapsgewijs aan de angstoproepende situatie bloot te stellen, hiermee te oefenen en te ervaren dat de angst na verloop van tijd afneemt en beter te hanteren is.
Modelling (ouders)	Aangeleerd gedrag Dapper gedrag (Gedrag en communicatie ouders: van Lieshout & van Deth, 2018) (Modelling: Connolly, 2008; Engels et al., 2015; Krause & Askwe, 2022, Nimphy et al., 2024)	<ul style="list-style-type: none"> Ouders hebben vaardigheden geleerd voor de aanpak van faalangst bij het kind thuis/op school. Ouders begrijpen dat hun reactie op faalangst van invloed is op de manier waarop hun kind hiermee omgaat. 	In een groepsgesprek in de ouderbijeenkomsten komen aan de orde: erkennen van het probleem, nuchter blijven, het goede voorbeeld geven, samen oplossingen bedenken, omgaan met geruststellen, tussenstappen bedenken, duidelijkheid en structuur bieden, stimuleren, geduld hebben, succes en falen goed helpen uitleggen, samen ontspannen en hulp bij huiswerk. Er is hierbij ook aandacht voor het leren omgaan met (eventuele eigen) faalangst, het zijn van een (dapper) voorbeeld en voor de invloed van signalen en (hoge of lage) verwachtingen die ze naar hun kind uitzenden.
Modelling (leerkrachten)	Aangeleerd gedrag (Gedrag en communicatie leerkracht: van Lieshout, 2002; van Lieshout & van Deth, 2018) (Modelling: Connolly, 2008; Engels et al., 2015, Krause & Askwe, 2022, Nimphy et al., 2024)	<ul style="list-style-type: none"> Leerkrachten weten wat faalangst is en hebben vaardigheden geleerd voor de aanpak van faalangst bij het kind op school. Leerkrachten begrijpen dat hun reactie op faalangst van invloed is op de manier waarop hun leerling hiermee omgaat. 	In de leerkrachtbijeenkomsten komen preventieve en curatieve handvatten m.b.t. faalangst aan de orde: de invloed en het bevorderen van een goed pedagogisch schoolklimaat, de invloed van verschillende manieren van feedback geven, en een aantal taakspecifieke aanpassingen (m.b.t. nieuwe lesstof, toetsen, spreekbeurten, gym).
Coping/vaardigheidstraining	Lichamelijke angstreacties Angstige gedachten	<ul style="list-style-type: none"> Kinderen herkennen faalangstsignalen bij zichzelf en kunnen deze positief beïnvloeden. Kinderen kunnen zich ontspannen en kunnen dit 	In een groepsgesprek wordt stilgestaan bij de diversiteit van lichaamssignalen die je kunt hebben bij faalangst.

	<p>(CGT, zelfregulatie: o.a. van Broeck en Braet, 2011).</p> <p>(Coping: o.a. Nauta & Scholing, 2011)</p> <p>(Coping: Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Bögels & Zigterman, 2000)</p>	<p>toepassen in angstoproepende situaties.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen hebben door zelfregulatievaardigheden inzicht in en invloed op hun eigen gedachten, gevoelens en gedrag en het gevolg. • Ouders/leerkrachten kennen het verband tussen spanning en lichaamssignalen en kunnen ontspanningsoefeningen (helpen) toepassen. 	<p>In groeps- en huiswerkopdrachten wordt m.b.v. het GGGGG-schema onderzocht welk (dapper/moedig) gedrag past bij de helpende gedachte.</p> <p>Daarbij worden ademhalings- en spierontspanningsoefeningen en geleide fantasie thuis en in de sessies geoefend, om deze, samen met helpende gedachten in te kunnen zetten in situaties waar faalangst speelt.</p> <p>Aan ouders/leerkrachten wordt uitgelegd hoe dat werkt en tevens ervaren ze zelf de ontspanningsoefeningen.</p>
	<p>Aangeleerde hulpeloosheid</p> <p>(Seligman, 1984; Zimbar do, 1985; de Vries, 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen ervaren en begrijpen de nadelen (op korte en lange termijn) van het zich niet laten helpen 	<p>In een rollenspel wordt ervaren dat het niet accepteren van hulp er niet voor zorgt dat je de taak die faalangst oproept niet hoeft te doen, of dat je meer aandacht krijgt.</p> <p>Het levert juist eenzaamheid op omdat de ander het op den duur opgeeft om je te willen helpen.</p>
Terugvalpreventie	<p>(Balkom et al., 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen kunnen zelfstandig de geleerde vaardigheden inzetten en generaliseren, waarbij zij niet meer afhankelijk zijn van de therapeut. 	<p>Een afsluitend evaluatiegesprek vindt plaats samen met het kind en de ouders, waarbij ook een nameting wordt gedaan.</p> <p>Er wordt besproken wat er door kind en ouders zelf gedaan kan worden als de klachten terugkomen (vooral 'gereedschapskist' blijven gebruiken) en met wie contact opgenomen kan worden als de klachten hiermee niet verminderen. Ook worden eventuele negatieve gedachten rondom terugval besproken en uitgedaagd. Er wordt vertrouwen uitgesproken dat het kind nu zelfstandig faalangst de baas kan.</p>

			Een follow-up afspraak na 3 en 6 maanden na einde van de behandeling is gebruikelijk.
--	--	--	---

Facultatieve aan te pakken factoren en -doelen:

Kinderen met (sociale) faalangst kunnen goed ontwikkelde sociale vaardigheden hebben, maar in de praktijk bleek een heel aantal van hen naast (of door) hun faalangst ook moeite te hebben met (het gebruiken van) basale sociale vaardigheden. Mensen met een sociale angststoornis lijken hun (op zich goed ontwikkelde) sociale vaardigheden terug te trekken in angstige situaties waar prestatie en interactie verwacht wordt (Angélico, Crippa & Loureiro, 2010). In dat geval wordt het wenselijk geacht om copingvaardigheden (ontspanningstechnieken of taakconcentratietraining) te ontwikkelen en aan te moedigen.

Onderzoek wijst erop dat de meest effectieve manier om sociale problemen van kinderen aan te pakken een combinatie is van gedragstherapeutische technieken met cognitieve elementen, het oefenen van concrete sociale probleemsituaties in een groep met leeftijdsgenoten, en een corresponderende vorm van oudertraining (Carr, 2013; Department of Education 2018).

Wanneer (sociale) faalangst bij een aangemeld kind (mede) veroorzaakt of in stand gehouden wordt door gebrekkige of teruggetrokken sociale vaardigheden, maar een aparte SOVA-training niet mogelijk of wenselijk is, kan gekozen worden om het facultatieve onderdeel 'sociale vaardigheden' uit de handleiding te integreren in de behandeling. Ook het onderdeel 'assertiviteit' is een keuze-onderdeel dat daarbij ingezet kan worden.

Therapeutische component	Beïnvloedbare factor	Bijbehorend doel	"Je bibbers de baas" aanpak
Psycho-educatie Coping/vaardigheidstraining	Sociale vaardigheden Assertiviteit (Angélico, Crippa & Loureiro, 2010) (Carr, 2013; Department of Education 2018)	<ul style="list-style-type: none"> Kinderen leren basisemoties herkennen en benoemen, complimenten geven en ontvangen, uitkomen voor hun gevoel en ideeën, nee zeggen en functioneren in een groep. Kinderen leren voor zichzelf opkomen in sociale (spannende) situaties 	In groepsgesprekken, oefeningen, huiswerk en rollenspellen wordt met deze aspecten geoefend. In een rollenspel wordt ervaren dat je krachtiger voor jezelf op kunt komen als je helpende gedachten inzet.

Verantwoording

Over de effectiviteit van CGT, al dan niet in een groepstraining, bij kinderen met faalangst in de basisschoolleeftijd is vrijwel geen literatuur beschikbaar. Ook Yeo et al. (2016) concluderen dat er weinig onderzoek is gedaan naar programma's voor het omgaan met faalangst bij kinderen op de basisschool. De meta-analyse naar effectieve interventies bij test anxiety van Ergene (2003) toont dat de meest effectieve behandelingen combinaties zijn van vaardigheidsgerichte en cognitieve benaderingen, in deze meta-analyse gaat het om 10-32 jarigen. Yeo et al. (2016) zagen dat met name het trainen in gedragsvaardigheden een significantie vermindering van test anxiety laat zien

in een onderzoek naar Singaporese kinderen van 9-12 jaar. Een review van Dwahan (2024) laat zien dat diverse interventies effectief zijn in het verminderen van test anxiety, waaronder cognitieve gedragsmatige benaderingen, maar dit betreft onderzoek bij adolescenten.

Vanwege de eerder beschreven overlap tussen een sociale angststoornis en faalangst en het continuüm van angstproblemen naar angststoornissen wordt, door het ontbreken van specifieke literatuur over wat werkt bij faalangst in de basisschoolleeftijd, bij de verantwoording ook literatuur betrokken over CGT bij (sociale) angststoornissen bij kinderen.

Combinatie kindertraining met ouder- en leerkrachttraining

Onderzoek van Cobham e.a. (2010) wijst uit dat kinderen met angststoornissen waar een combinatie van cognitieve gedragstherapie en een oudertraining werd gegeven significant minder angst vertoonden na de behandeling dan kinderen die alleen cognitieve gedragstherapie kregen.

Ander onderzoek laat zien dat individuele behandelingen (zonder betrokkenheid van ouders) en behandelingen waarbij ouders wel betrokken worden, even effectief zijn (James et al., 2015; Manassis et al., 2014; Reynolds et al., 2012, Thulin et al., 2014; Wei & Kendall, 2014). Brendel & Maynard (2014) vonden in hun meta-analyse dat ouder-kind CGT effectiever was dan individuele CGT. Volgens Engels et al (2015) heeft ouderbetrokkenheid mogelijk alleen meerwaarde als deze zeer specifiek inzet op het trainen van ouders in het aanmoedigen en belonen van 'dapper gedrag' bij het kind (Manassis et al., 2014).

Een review van Gibby et al. (2017) toont aan dat er op langere termijn (bij studies met een follow-up van minimaal 2 jaar) meer angstvermindering optreedt in CGT mét ouderlijke betrokkenheid dan in de "CGT alleen met het kind " (zonder ouders). Bovendien komt de meerwaarde van ouderlijke betrokkenheid bij de CGT-behandeling van hun kind ook duidelijk naar voren in een review van Sun et al. (2019). Door ouders te betrekken, vooral op lange termijn, kunnen de geleerde technieken beter generaliseren en beklijven in de thuissituatie.

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

Kinderen maken deel uit van een gezinssysteem en een schoolsysteem. Veel angstige kinderen hebben een negatief zelfbeeld. En door een negatief zelfbeeld registreren zij negatieve opmerkingen beter dan positieve. Van belang in de begeleiding van een (faal)angstig kind is dat het weer een positief beeld van zichzelf opbouwt. Essentieel is daarbij het creëren van een goed pedagogisch klimaat. Dit houdt onder andere in dat ouders (en leerkrachten) zich bewust zijn van de impliciete boodschappen die zij geven en welk effect dit heeft (van Lieshout, 2009). Ten aanzien van de relatie tussen hoge verwachtingen van ouders en angst blijkt uit onderzoek door Sanders-Woudstra e.a. (1996) dat onzekere of angstige ouders, evenals ouders met een hoog ambitieniveau een klimaat kunnen scheppen waarin angst bij het kind goed gedijt.

Ouders en leerkrachten worden daarom als belangrijke omgevingsfactoren bij de interventie betrokken, omdat de manier waarop zij omgaan met faalangst en hun prestatieverwachtingen medebepalend zijn voor het ontstaan en in stand houden van faalangst bij het kind. Het gedrag van ouders is een belangrijke factor hierin. Er kan sprake zijn van imitatiegedrag of aangeleerd gedrag. Daarom is bij 'Je bibbers de baas' een korte oudertraining toegevoegd waarin ouders leren omgaan met (eventuele eigen) faalangst, en met de signalen en (hoge of lage) verwachtingen ze naar hun kind uitzenden. Dit wordt gedaan door middel van psycho-educatie. Daarnaast wordt uitleg gegeven over de doelen

en te leren vaardigheden en worden door ervaringsleren de (ontspannings)oefeningen uit de kindertraining geleerd, zodat ze hun kind daarbij goed kunnen ondersteunen.

Leerlingen die het gevoel hebben dat ze 'ertoe doen' gaan beter om met faalangst (Nieuwenbroek, 2001a). Om positief leerkrachtgedrag t.o.v. faalangstige leerlingen te bevorderen wordt daarom in twee leerkrachtbijeenkomsten gewerkt aan inzicht en vaardigheden d.m.v. ACT, (ontspannings)oefeningen en adviezen m.b.t. het ontwikkelen van een veilig schoolklimaat, relationele communicatie en taakspecifieke aanpassingen op school.

Cognitieve gedragstherapie "*Je bibbers de baas*" is gericht op het verminderen van faalangst en is gebaseerd op de leertheorie (gedrag is aangeleerd en wordt door de gevolgen instandgehouden). Faalangst wordt gezien als aangeleerd gedrag, maar heeft ook een existentiële oorsprong vanuit de angst buiten de sociale groep te vallen. Aangeleerd gedrag kan via positieve versterking van gewenst (niet-faalangstig) gedrag en via negatieve versterking van het ongewenste (faalangstige) gedrag worden afgeleerd (van Lieshout, 2002). Denkfouten en automatische gedachten, maar ook aangeleerde hulpeloosheid kunnen door middel van cognitieve gedragstherapie worden beïnvloed. De effecten van cognitieve gedragstherapie bij kinderen en jongeren worden in diverse meta-analyses en reviews beschreven. Het blijkt een waardevolle behandeling om angstsymptomen bij deze doelgroep te verminderen (In-Albon & Schneider, 2006; Cartwright-Hatton, 2004; Silverman, 2008).

Ook meer recent onderzoek laat zien dat cognitief gedragsmatige behandeling bij angst goede effecten heeft: bij kinderen en adolescenten vanaf acht jaar leidt behandeling tot een significante afname van angstklachten in vergelijking met jongeren die op een wachtlijst staan. Gemiddeld is bij 50-70% van jongeren sprake van een verbetering (James et al., 2015; McKinnon et al., 2018; Reynolds et al., 2012; Warwick et al., 2017).

Cognitief-gedragsmatige interventies blijken ook een positieve impact te hebben op het reduceren van faalangst (Bögels et al., 2010). De PASTA-training (Nauta, Sportel & de Hullu, 2016), een cognitief gedragstherapeutische groepstraining specifiek gericht op faalangst en sociale angst, bleek bij jongeren tussen 13 en 15 jaar te leiden tot vermindering van faalangst met een gemiddelde effectgrootte na de training en een grote effectgrootte in de follow up na 12 en 24 maanden.

Sportel (2014) vond eveneens dat CGT bij adolescenten effectief blijkt ten opzichte van een controlegroep in het verminderen van faalangst, direct na de training en ook bij een follow-up na een half jaar. Ook Putwain & Embse (2021) zien een grote afname van *test anxiety* na een cognitieve gedragsinterventie van zes sessies bij 14-16 jarigen. Over de effectiviteit van CGT bij kinderen met faalangst is geen literatuur beschikbaar.

In een cognitief gedragstherapeutische behandeling (CGT) leert de therapeut de jeugdige vaardigheden aan om angstsymptomen aan te kunnen en aan te pakken. Daarnaast wordt de jeugdige de mogelijkheid geboden om in de praktijk te oefenen met het aangaan van de angstsymptomen of met situaties die angst oproepen. Over het algemeen bestaat CGT uit vijf componenten: psycho-educatie, het aanleren van coping strategieën, cognitieve herstructurering, exposure (blootstelling aan het angstige object of de angstige situatie) en terugvalpreventie. Daarnaast wordt vaak gebruik gemaakt van modellering (het voordoen van dapper gedrag) en vormen van beloning (materieel, verbaal, sociaal) (Connolly, 2008; Engels et al., 2015). Positieve modellering blijkt namelijk het angstniveau te verlagen (Krause & Askew, 2022). Ook in '*Je bibbers de baas*' komen deze componenten aan de orde.

Aanpak

'*Je bibbers de baas*' is opgebouwd vanuit de vijf gangbare componenten van CGT, die hier afzonderlijk worden toegelicht.

Groepstraining

Onderzoek toont aan dat cognitieve gedragstherapie zowel individueel als groepsgewijs effectief is (Bodden, 2006; Van der Toorn & Ferdinand, 2004; Scholing, 2002; Liber,

Wedenfelt, van der Leeden & Treffers, 2007; Liber, Utens, van der Leeden & Treffers, 2009).

Maar uit een recentere meta-analyse blijkt dat groepstherapie beduidend beter werkt dan individuele therapie bij angst bij kinderen en jongeren, wat wordt toegeschreven aan de extra blootstelling aan sociale stimuli en de groepsinteractie (Zhou, 2019). Behandeling in groepsverband heeft bovendien het voordeel dat het kosteneffectief is, dat het training van sociale vaardigheden mogelijk maakt en bovendien kunnen kinderen in een groep model staan voor elkaar (Verhulst, 2006).

In de groep kan het kind zelf de nieuw geleerde vaardigheden oefenen in een veilige omgeving, maar ook anderen observeren en helpen. Groepsbeloningen worden ingezet om kinderen te stimuleren hun huiswerk te doen. Belonen verhoogt de motivatie van kinderen en jongeren om de volgende keer dat zij blootgesteld worden aan een moeilijke situatie, deze situatie weer zo goed mogelijk aan te pakken (Carr, 2006).

De vele oefeningen stimuleren de kinderen om actief te leren en om te leren van hun eigen ervaringen. Doordat het een groepstraining is kan ook geoefend worden met de angst voor sociale afkeuring. Het functioneren in een groep, het omgaan met complimenten en het oefenen met assertiviteit (facultatief trainingsonderdeel) zijn met name voor sociaal faalangstige kinderen een extra reden om te kiezen voor een groepstraining.

Psycho-educatie

In psycho-educatie krijgen ouders en kind een goede uitleg over mogelijke oorzaken van angst, en vooral over de manier waarop die angst kan worden verminderd (Scholing, 2002). In *'Je bibbers de baas'* krijgen zowel kind als ouders en leerkracht psycho-educatie hierover. Verder wordt uitgelegd hoe cognitieve gedragstherapie werkt. Voor ouders is hierbij ook aandacht voor het leren omgaan met (eventuele eigen) faalangst en met de signalen en (hoge of lage) verwachtingen die ze naar hun kind uitzenden.

Er wordt ook aandacht besteed aan de invloed van een vaste/statische- of groei-mindset (Dweck, 2007) op faalangst. Een vaste mindset (denkstijl) wordt geassocieerd met prestatiegerichtheid, terwijl een groei-mindset geassocieerd wordt met doelgerichtheid (Blackwell et al., 2007; Dweck, 2010). Mensen met een vaste mindset geloven dat de eigenschappen van mensen vaststaan en dat deze niet veranderbaar zijn, bijvoorbeeld "Ik heb dit tentamen niet gehaald, omdat ik dom ben." Daarentegen geloven mensen met een groei-mindset dat menselijke eigenschappen wel veranderbaar en ontwikkelbaar zijn, bijvoorbeeld "Ik heb dit tentamen niet gehaald, omdat ik niet goed genoeg geleerd heb" (Helmond, Verberg & Overbeek, 2017).

Kinderen met een statische mindset zeggen bij een grote of moeilijke uitdaging sneller 'dit kan ik toch niet' (i.p.v. dit kan ik nóg niet' bij een groei-mindset) en neigen tot vermijden, wat (mede)oorzaak of gevolg van faalangst lijkt te kunnen zijn.

Cognitieve herstructurering en gedragsexperimenten

'Je bibbers de baas' maakt gebruik van elementen uit de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) om kinderen te leren hun faalangstige gevoelens en gedachten te accepteren als iets dat blijkbaar bij hen hoort, wat ze niet hoeven weg te stoppen of te vermijden, maar waar ze juist ruimte voor kunnen maken en mee kunnen leren omgaan. Vanuit de ACT is bekend dat het belangrijk is dat kinderen hun angst niet vermijden maar leren op een flexibele manier om te gaan met de obstakels die ze tegenkomen, om de pijn die het leven nu eenmaal brengt te dragen en het lijden los te zien van wie jij bent. Waarbij acceptatie geleerd wordt van gevoelens, gedachten en gebeurtenissen en in contact met het huidige moment (Samsen & de Heus, 2017). De nadruk in de training ligt echter op de inzet van cognitieve gedragstherapie (CGT).

Het doel van CGT is situaties weer reëler, functioneler of evenwichtiger te leren beoordelen, waardoor gevoelens en gedrag veranderen in een positieve of minder lastige of minder belastende richting (Ten Broeke et al., 2004). CGT in het algemeen en zelfregulatie in het bijzonder bieden het kind een kader om gedachten, gevoelens en gedragingen beter te herkennen, te begrijpen en indien mogelijk ten goede te sturen (van Broeck & Braet, 2011). Bij cognitieve herstructurering worden angstige gedachten nader bekeken, besproken, uitgedaagd en omgezet in helpende gedachten. De therapeut leert het kind

bijvoorbeeld om vragen aan zichzelf te stellen (hoe groot is de kans dat er iets akeligs gebeurt, hoe vaak is het eigenlijk voorgekomen), reikt helpende gedachten aan en spoort samen met het kind gedachtenkronkels en denkfouten op (Nauta et al., 2011). Cognitieve herstructurering bleek effectief te zijn in het verminderen van sociale angst bij kinderen (Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985; Mattick et al., 1989; Norton & Abbott, 2016) en vanwege eerder genoemd continuüm tussen sociale angst en faalangst is de verwachting dat dit ook bij faalangst effectief is. Bij studenten die lijden aan *test anxiety* bleek vooral de combinatie van cognitieve herstructurering en ontspanning te leiden tot de beste testprestaties (Steinmayr et al., 2016).

'*Je bibbers de baas*' maakt gebruik van de cognitieve gedragstherapie omdat die zich richt op correctie van disfunctionele opvattingen en denkfouten met als doel gedrag en gevoel positief te beïnvloeden. Ze richt zich vooral op het hier en nu. Ze is gericht op het doen van gedragsexperimenten, waarbij nieuw gedrag geoefend en getest wordt, in de verwachting dat daardoor de denkfouten en automatische gedachten omgebogen worden. Automatische gedachten worden uitgedaagd en kritisch onderzocht. Interactieve elementen (zoals rollenspellen en groepsopdrachten) kunnen volgens van Rooijen (2018) het effect van preventieprogramma's bij angst verhogen. Daarom worden in "*Je bibbers de baas*" ook rollenspellen en groepsopdrachten gebruikt als exposure en om tot nieuwe interpretaties te komen. Er wordt veelvuldig stilgestaan bij het GGGGG-model (de vijf G's: gebeurtenis, gedachte, gevoel en gedrag/gevolg) dat de basisprincipes van de cognitieve gedragstherapie duidelijk maakt en helpt bij cognitieve herstructurering, om zo te komen tot positievere gedrags- en gevoelsuitkomsten

Ook worden kinderen zich zo bewust van hun gewoonlijke manier van reageren en leren zij alternatieven voor hun (vlucht)gedrag aan.

Exposure

Gecontroleerde blootstelling aan hetgeen waar een kind bang voor is - exposure - is een zeer effectieve behandelmethode binnen de cognitieve gedragstherapie, stelt de Jong (2021), waarbij het best in zoveel mogelijk verschillende situaties wordt geoefend en aandacht is voor zowel angstgevoel als angstverwachting voor en na de exposure-oefening.

"*Je bibbers de baas*" gebruikt hiervoor een angsttrap die met ieder kind wordt opgesteld. Vermoed wordt overigens dat het niet uitmaakt in welke volgorde de situaties van de angsttrap in exposure geoefend worden (Rijkeboer, & van den Hout, 2014). Door te oefenen met beangstigende situaties leren kinderen dat de angst na verloop van tijd afneemt. Bovendien helpt het ze om in te zien dat waar ze bang voor zijn meestal niet gebeurt (en als het toch gebeurt, de consequenties lang niet zo erg zijn als gedacht). Hoe vaker een kind oefent om met een beangstigende situatie om te gaan, hoe gemakkelijker het wordt. Dit oefenen gebeurt in de trainingssessies, maar ook tussentijds in de thuis/schoolsituatie, met altijd ruimte voor nabespreking in de sessies.

Coping strategieën/vaardigheidstraining

Coping kan worden gedefinieerd als: de gedachten en het gedrag waarmee een individu het hoofd biedt aan de interne en externe eisen van een situatie die wordt ervaren als stressvol (Folkman & Moskowitz, 2004). In '*Je bibbers de baas*' worden een aantal coping vaardigheden geleerd om zodoende de mogelijkheden van het kind om om te gaan met de angst te vergroten, omdat angstige kinderen minder goed blijken te zijn in het bedenken van manieren om met een situatie om te gaan (coping) (Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Bögels & Zigterman, 2000). Door het aanleren van coping strategieën wordt het kind geleerd hoe hij controle kan uitoefenen over de angstige (fysiologische) reacties. Coping gedrag wordt ingezet om de angst en exposure aan te kunnen gaan en is niet gericht op vermijding of ontsnapping. Voorbeelden van coping gedrag zijn probleem oplossen, helpende 'zelfspraak', afleiding en ontspanningsoefeningen (Nauta & Scholing, 2011).

De lichamelijke reacties die horen bij angst zorgen ook weer voor toename en instandhouding van angst. Het is belangrijk dat kinderen met faalangst deze lichaamssignalen bij zichzelf herkennen. Kinderen die bang zijn zijn gewoonlijk gespannen

en niet geoefend in het zich ontspannen (Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Kendall et al., 1992). Door het toepassen van ontspanningsoefeningen (in angstige situaties) wordt het lichaam rustiger, wat een positieve invloed heeft op hartslag, ademhaling en spierspanning. Onderzoek heeft aangetoond dat leren ontspannen een werkzaam bestanddeel is voor de behandeling van een angststoornis (Borkovec & Costello, 1993). Yeo et al. (2016) zien ook dat ontspanningsoefeningen positief bijdragen aan behandeluitkomsten van kinderen van 9-12 jaar met *test anxiety* in een groepsgewijze cognitieve gedragsbehandeling. Zich leren ontspannen voorkomt dat de angst te hoog oploopt en blokkades in denken en handelen gaat geven. In '*Je bibbers de baas*' wordt hiervoor gebruikgemaakt van de ontspanningstechnieken van Bernstein e.a. (1993). Hierbij wordt geleerd om verschil te ervaren tussen gespannen en ontspannen spieren waarbij alle spiergroepen van het lichaam betrokken worden. Daarnaast is er aandacht voor het aanleren van een rustige, ontspannen buikademhaling, wat kan mee helpen bij het beïnvloeden van angstgevoelens. Ook ontspanning met behulp van geleide fantasie wordt aangeleerd evenals helpende zelfspraak.

Terugvalpreventie

Hoewel de JGZ-richtlijn angst (NCJ, 2016) geen aanwijzingen geeft voor nut of noodzaak van terugvalpreventie adviseert de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Balkom et al., 2013), alhoewel er geen evidentie bestaat dat terugvalpreventie effectief is, om na een geslaagde CGT-behandeling aandacht te besteden aan het voorkómen van terugval (of in termen van positieve CGT: gedragsbehoud - Bannink & Geschwind, 2019). Zoals hierboven is aangegeven is terugvalpreventie ook één van de vijf gangbare componenten van een CGT-behandeling. Reden waarom dit ook in '*Je bibbers de baas*' een plaats heeft.

Een afsluitend evaluatiegesprek vindt plaats samen met het kind en de ouders, waarbij ook een nameting wordt gedaan. Er wordt besproken wat er door kind en ouders zelf gedaan kan worden als de klachten terugkomen (vooral: 'gereedschapskist' blijven gebruiken) en met wie contact opgenomen kan worden als de klachten hiermee niet verminderen. Ook worden eventuele negatieve gedachten rondom terugval besproken en uitgedaagd. Er wordt vertrouwen uitgesproken dat het kind nu zelfstandig faalangst de baas kan. Een follow-up afspraak na 3 en 6 maanden na einde van de behandeling is gebruikelijk.

In de praktijk blijkt wel eens dat de faalangst tijdens de training nog niet voldoende is afgenomen maar dat pas na een aantal maanden een duidelijk trainingseffect zichtbaar is. Mogelijk is hier sprake van een "sleeper effect". Zo'n effect kan ontstaan wanneer kinderen moeten wennen om het geleerde tijdens een training toe te passen in de praktijk, waardoor het langer duurt voordat de effecten van een training zichtbaar zijn (Kendall, 2011; Van Aar, Leijten, Orobio de Castro, & Overbeek, 2017).

Aantal sessies

'*Je bibbers de baas*' omvat 10 groepsbijeenkomsten. Dit aantal is nodig om voldoende tijd te hebben voor het vormen van een veilige groep, het geven van psycho-educatie en vooral het herhaaldelijk oefenen van copingstrategieën, vaardigheden en cognitieve herstructurering. Omdat het gaat om een nieuwe manier van omgaan met faalangst, zowel in denken als gedrag, is eenmalig aanbieden van de behandelcomponenten niet voldoende, maar is herhaling en inslijping nodig.

Wanneer er redenen zijn waardoor 10 bijeenkomsten echt niet (financieel of praktisch) haalbaar zijn en er de keus gemaakt moet worden tussen geen training of een kortere training kunnen een aantal iets minder essentiële onderdelen weggelaten worden. Dit gaat om groepsvormende onderdelen, inzicht in aangeleerde hulpeloosheid en de ontspanningstechniek geleide fantasie. De effectiviteit van de training is dan mogelijk wel minder. Aanwijzingen voor dit verkorte programma van 6 bijeenkomsten zijn in de handleiding opgenomen.

4. Onderzoek

Onderzoek naar de uitvoering

a. Onderzoek naar succes- en faalfactoren '*Je bibbers de baas*' (2010 en 2011)

Door de auteur van '*Je bibbers de baas*', W.M. van der Zalm-Grisnich, is in 2010 (N=5) en 2011 (N=6) een onderzoek van zeer beperkte omvang gedaan naar ervaringen van de doelgroep en de intermediaire doelgroep. De uitkomsten hiervan zijn niet gepubliceerd.

b. Onderzoeksmethode

Het onderzoek betrof een voormeting en interviews na afloop en na een jaar, met zowel kinderen als ouders/leerkrachten. De deelnemers hebben de gehele training (toen nog in experimentele opzet) doorlopen. Van deze kleine experimentele onderzoeken is geen literatuur voor handen.

c. Samenvatting uitkomsten

De deelnemers aan '*Je bibbers de baas*' gaven aan na de training minder last te hebben van faalangst en vermijdingsgedrag. Er leek sprake van een sleeper-effect, want bij follow-up een jaar na de training hadden de deelnemers nog minder last van hun faalangst dan direct na afloop van de training. Alle deelnemers gaven aan dat de overstap van basis-naar voortgezet door de training minder spannend voor hen was geworden en dat ze nu op het voortgezet onderwijs nog steeds veel baat hadden van de in de training geleerde vaardigheden. Als succesfactoren worden genoemd: lotgenotencontact, (zowel kinderen als ouders) ademhalings- en ontspanningsoefeningen en het G-denken. Het G-denken werd echter door een enkeling als moeilijk ervaren. Enkele kinderen werden vanwege comorbide problematiek doorverwezen voor verdere behandeling.

Bij de overige trainingsgroepen die vóór uitgave van de interventie zijn gegeven (6 groepen van 6-8 deelnemers) is alleen kwalitatief geëvalueerd op tevredenheid. De deelnemers (zowel kinderen als ouders en leerkrachten) waren over het algemeen tevreden tot zeer tevreden over de training.

Vanwege het zeer kleine aantal kinderen dat bij het onderzoek betrokken was kan slechts gesproken worden van positieve tendensen.

a. Onderzoek naar gebruikerservaringen '*Je bibbers de baas*' (2020)

Door de auteur van '*Je bibbers de baas*', W.M. van der Zalm-Grisnich, is in 2020 een onderzoek gedaan naar de gebruikerservaringen. De uitkomsten hiervan zijn niet gepubliceerd.

b. Onderzoeksmethode

Het onderzoek betrof een digitale enquête die in september – december 2020 4 maanden online heeft gestaan op diverse sociale media en actief is uitgezet onder 55 gebruikers die ooit mailcontact zochten met de auteur. Complicerende factor was dat de uitgever niet registreert wie de interventie aanschaft, waardoor rechtstreekse benadering van grotere aantallen gebruikers lastig was. Het aantal respondenten was N=16. M.b.v. Survey Monkey zijn de uitkomsten kwalitatief en kwantitatief geanalyseerd.

c. Samenvatting uitkomsten

Interventie uitgevoerd volgens plan

De meeste gebruikers gebruiken de handleiding altijd of soms (38 en 44%). Het totale programma wordt door 44% op de voet gevolgd. Veel respondenten zetten de interventie individueel in en laten de groepsonderdelen eruit. Afgestemd op behoefte en

behandeldoelen worden bij individuele behandeling onderdelen extra geoefend of 'ingedikt'. Financiële redenen en tijdgebrek worden ook genoemd.

Bij de 19% die de handleiding niet gebruikt bestaat de kans dat de interventie niet volgens plan wordt ingezet. Mogelijk is het werkboek alleen al duidelijk genoeg voor trainers die de interventie al vaak hebben ingezet.

Een voor- en nameting van de behandeling wordt door 38% altijd en door 31% soms gedaan.

Bereik van de interventie

De meeste respondenten hebben meerdere jaren ervaring met het gebruik van '*Je bibbers de baas*'. (63% gedurende 1-4 jaar 37% gedurende 4-10 jaar). De interventie wordt het vaakst ingezet binnen de Jeugd-GGZ (44%) en in zelfstandige praktijken (44%), en verder in basisonderwijs, onderwijsbegeleidingsdiensten, samenwerkingsverband PO en gehandicaptenzorg. De gebruikers zijn voor het overgrote deel orthopedagoog (88 %) en/of kinder- en jeugdpsycholoog (25%).

De beoogde doelgroep van 9-12 jaar wordt bereikt, maar ook veel 8-jarigen, met daarnaast wat uitlopers naar jongere en oudere leeftijd.

Het aantal deelnemers dat met de interventie is bereikt wordt op grond van verkoopcijfers ingeschat op meer dan 5000 kinderen, met hun ouders en leerkrachten.

De interventie is geschreven als groepstraining. Uit het onderzoek blijkt dat deze echter veel vaker ingezet wordt voor individuele behandeltrajecten dan voor groepstrainingen.

De interventie is geschreven als training ter reductie van faalangst bij kinderen in de basisschoolleeftijd van 9 t/m 12 jaar. 81% van de respondenten zet de interventie ook daadwerkelijk in voor het behandelen van enkelvoudige faalangst. 75% van de respondenten zet de interventie in voor faalangst als onderdeel van bredere problematiek en 25% gebruikt de interventie voor de behandeling van andere angstproblematiek en voor piekeren, pesten, fobieën en dwanghandelingen.

Waardering en ervaring

Bij 100% van de gebruikers levert de interventie op wat men ervan verwacht en het werken ermee wordt door 100% als positief ervaren.

Wat concreet genoemd wordt is: vermindering van faalangst, realistischer beeld over angst, wonderbaarlijk positief effect, duidelijke opbouw, de basis van CGT komt goed aan de orde, sluit goed aan op de belevingswereld, aantrekkelijk positief materiaal met goede uitleg.

Er zijn geen tevredenheidscijfers van bereikte kinderen, ouders en leerkrachten maar trainers geven aan dat ze veel positiefs terughoren: inzichtgevend m.b.t. gedachten, heldere uitleg, duidelijke opdrachten en handreikingen, laagdrempelig, nuttig, helpend, positief, veel baat bij, goed toepasbaar. Voor jongere kinderen en kinderen met een lager niveau wordt de interventie soms als te cognitief ervaren, wat ook het gekozen leeftijdsbereik bevestigt.

Succes- en faalfactoren

De belangrijkste factoren die vooral het succes van '*Je bibbers de baas*' veroorzaken zijn de inzet van CGT (94%), het werkboek (75%) en individuele toepassing van trainingsonderdelen (75%).

Positieve veranderingen die door de interventie in gang worden gezet zijn: faalangst nam af (94%), sociale vaardigheid nam toe (63%), bijkomende problematiek nam af (44%), leerresultaten verbeterden (31%), ouders hebben meer handvatten om hun kind in dagelijkse situaties te ondersteunen bij angsten (25%), leerkracht begeleidt het kind beter (19%).

Het werken met eigen leerdoelen was voor 38% van de respondenten een succesfactor en het lotgenotencontact voor 31%, waarbij aangemerkt moet worden dat veel respondenten de interventie individueel hebben ingezet waarbij lotgenotencontact niet aan de orde is. De ouderbijeenkomsten en de leerkrachtbijeenkomsten worden elk door 19% als

succesfactor gezien, waarbij ook weer aangetekend wordt dat deze bij individuele toepassing hoogstwaarschijnlijk niet zijn ingezet.

Financiering van de interventie vanuit de Specialistische-GGZ of vanuit een onderwijsarrangement ging probleemloos. Binnen een Basis-GGZ-traject of in school moest de training vaak ingekort worden vanwege beperkte financiële middelen.

De uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

De handleiding en het werkboek worden door 100% van de respondenten positief beoordeeld. Voor 81% van de respondenten waren alle onderdelen goed uitvoerbaar. 19% gaf aan dat niet alle onderdelen goed uitvoerbaar waren doordat deze groepsinterventie individueel werd ingezet.

Wat wordt in de interventie aangepast op basis van het onderzoek?

Een handleiding voor individuele toepassing is toegevoegd, daarbij wel wijzend op het ontbreken van de positieve effecten van een groepstraining. Ook worden minimale vereisten voor een verkorte (groeps)training beschreven. Verder is een (downloadbaar) werkboek voor ouders en leerkrachten toegevoegd.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Werkzame factoren

Samenvattend zijn de werkzame factoren:

Inhoudelijk:

- Complete benadering: aanpak van lichamelijke aspecten, gedrag, emoties en cognities bij angst.
- Ervaringsleren: veel (huiswerk)oefeningen
- Lotgenotencontact door groepstraining
- Combinatie kindertraining met ouder- en leerkrachttraining
- Opbouw vanuit de vijf gangbare componenten van cognitieve gedragstherapie
- Psycho-educatie
- Exposure (door oefeningen tijdens de sessies en huiswerkopdrachten)
- Modelling (leren van trainers én groepsleden)
- Cognitieve herstructurering (uitdagen van gedachten, aanpakken van denkfouten en automatische gedachten, toepassen van helpende gedachten, aanpak van aangeleerde hulpeloosheid)
- Aanleren van copingstrategieën
- Facultatief onderdeel: sociale vaardigheden en assertiviteit
- Positieve benadering: belonen van oefenen met omgaan met beangstigende situaties (beloond worden en jezelf belonen)
- Meenemen van ouders en leerkrachten in het veranderproces

Praktisch

- Uitgebreide, gedetailleerde handleiding en zeer complete (downloadbare) materialen (o.a. werkboek voor ouders- en leerkrachten)
- Gebruik van een werkboek voor het kind, waardoor het geleerde letterlijk meegaat, nagelezen kan worden en thuis en op school besproken kan worden
- Train-de-trainer d.m.v. workshop, e-learning en intervisie
- Toepasbaar in zowel GGZ als op scholen

6. Aangehaalde literatuur

Aar, J. van., Leijten, P., Orobio de Castro, B., & Overbeek, G. (2017). Sustained, fade-out or sleeper effects? A systematic review and meta-analysis of parenting interventions for disruptive child behavior. *Clinical Psychology Review*, 51, 153-163. Doi:10.1016/j.cpr.2016.11.006

American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.

Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2010). Social anxiety disorder and social skills: A critical review of the literature. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(2), 95-110. <https://doi.org/10.1037/h0100904>

Asghari, A., et al. (2012). Test anxiety and its related concepts: A brief review. *GESJ: Education Science and Psychology*, 3 (22), 3-8.

Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M., Meeuwissen, J.A.C. ((2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 14 maart 2022 van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/angststoornissen/angststoornissen_-_startpagina.html

Bannink, F. & Geschwind, N. (2019). *Positieve CGT, behandelprotocol in 8 sessies*. Amsterdam: Boom uitgevers.

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.

Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.

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

Bernstein, D.A., & Carlson, C.R. (1993). Progressive relaxation: Abbreviated methods. In P.M. Lehrer & R.L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 53-87). New York: The Guilford Press.

Blackwell, L., Trzesniewski, K., & Dweck, C. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Journal of Child Development*, 78(1), 246-263. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00995.x>.

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

Bögels, S. M., Stein, M., Alden, L., Beidel, D., Clark, L., Pine, D., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression & Anxiety*, 27, 168-189. doi:10.1002/da.20670

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.

Borkovec, T.D. & Costello, E. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.

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

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

Broeck, N. van & Braet, C. (2011). Zelfcontrole en cognitieve gedragstherapie bij kinderen. In: P. Prins, J. Bosch en C. Braet (Red.) (2018), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. p.183-223. Houten: BSL Houten.

Bryan, J., Sonnefeld, L., & Grabowski, B. (1983). The relationship between fear of failure and learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 6, 217-222.

Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach (2nd ed.)*. New York, NY: Routledge.

Carr, A. (2013). *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. New York: Routledge.

Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical psychology review*, 26: 7, 817-833.

Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421-436.

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.

Cobham, V.E., Dadds, M.R., Spence, S.H. & McDermott, B. (2010). Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety: A Different Story Three Years Later. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 410-420.

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

Costello, E.J., Egger, H.L., Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In: Ollendick, T.H. & March, J.S.. *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 61-91)

Department for Education (2018). *Mental Health and Behaviour in schools*. Geraadpleegd op 26 mei 2020 van https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/755135/Mental_health_and_behaviour_in_schools_.pdf.

Derksen, J.J.L. (2018). *Preventie psychische aandoeningen: voorkom de etikettenregen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Dhawan, Kabir. (2024). Exam Anxiety in Adolescents and the Efficacy of its Interventions – A Systematic Review. *International Journal of Psychological Studies*, 16. 1. <https://doi.org/10.5539/ijps.v16n3p1>.

Dweck, C. S. (2007). *Mindset: The new psychology of success*. Ballantine Books.

Dweck, C. S. (2010). Even geniuses work hard. N.p. Retrieved from: <https://www.ascd.org/el/articles/even-genius-es-work-hard>.

Elliot, A. J. & Trash, T. M. (2004). The intergenerational transmission of fear of failure. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 30(8), 957-971. <https://doi.org/10.1177/0146167203262024>.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Embse, N. von der et al. (2013). Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000-2010. *Psychology in the schools*, 50 (1), 57-71.

Embse, N. P. von der, Jester, D., Roy, D., & Post, J. (2018). Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 227, 483-493. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.048>

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

Ergene, T. (2003). Effective Interventions on Test Anxiety Reduction: A Meta-Analysis. *School Psychology International*, 24(3), 313-328. <https://doi.org/10.1177/01430343030243004>.

Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review Psychology*, 55, 745-774.

Gibby, B. A., Casline, E. P., & Ginsburg, G. S. (2017). Long-Term Outcomes of Youth Treated for an Anxiety Disorder: A Critical Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(2), 201-225. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0222-9>.

GGZ standaarden (z.d.) *GGZ-standaarden angstklachten en angststoornissen*. Geraadpleegd op 5 augustus 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/introductie>.

Gürses, A., Kaya, Ö., Doğar, Ç., Günes, K., & Yolcu, H. H. (2010) Measurement of secondary school students' test-anxiety levels and investigation of their causes. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 9, 1005-1008. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.276>.

Heimberg, G. R., Becker, E. R., Goldfinger, A. K., & Vermilyea, A. J. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(4), 236-245.

Helmond, P., Verberg, F., Overbeek, G. (2017). De tevredenheid van leerlingen uit het speciaal onderwijs cluster 4 over de online mindset-interventie de Groeifabriek voor jongeren met LVB-problematiek. *LVB Onderzoek & Praktijk, Najaar 2017, Jaargang 15 – nr. 2*, (6-18).

Hout, M. van den, Schruers, K. & Perreijn, S. (2007). De paniekstoornis, fobieën en gegeneraliseerde angst. In: H.T. van der Molen, S. Perreijn & M.A. van den Hout (red.), *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie* (pp. 427-470). Houten: Wolters-Noordhoff.

In-Albon, T., & Schneider, S. (2006). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.

James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 2, 1-90. Art. No.: CD004690. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub4>.

de Jong, R. (2021). *Fighting fears by facing fears: towards improved exposure-based treatment for childhood anxiety disorders*. University of Groningen. <https://doi.org/10.33612/diss.190532225>.

Kendall, P. C. (2011). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (4rd ed.)*. New York: The Guildford Press.

Kendall, P.C., Chansky, T.E., Kane, M.T., Kin, R.S., Kortlander, E., Ronan, K.R., Sessa, F.M., & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth: Cognitive behavioural interventions*. Boston: Allyn and Bacon.

Kenniscentrum KJP (z.d). *Angst bij kinderen en adolescenten*. Geraadpleegd op 5 augustus 2023, van <https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/angst/>

Knappe, S, Beesdo-Baum, K, Fehm, L, Lieb, R, & Wittchen, H.U. (2012). Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 608-616.

Konijn, C. et. al. (2009). *Ontwikkeling van en onderzoek naar het Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J)*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

Krause, L., & Askew, C. (2022). Preventing and reducing fear using positive modelling: A systematic review of experimental research with children. *Behaviour Research and Therapy*, 148, 103992–103992. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103992>.

Lens, W. & dePreeuw, E. (1998). *Studiemotivatie en faalangst nader bekeken. Tussen moeten en kunnen staat willen*. Leuven: Leuvense Universitaire Pers.

Liber, J.M., Widenfelt, B.M. van., Leeden, A.J.M., van der & Treffers, P.D.A. (2007). Groepsbehandeling versus individuele behandeling van kinderen met angststoornissen met cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 4, 36.

Liber, J.M., Utens, L.M.J.W., van der Leeden, A.J.M., & Treffers, P.D.A. (2009). Individuele behandeling of groepsbehandeling: is er verschil? *Kind en adolescent*, 30, 181–194.

Lieshout, T. van (2002). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Lieshout, T. van (2009). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen. Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten (51-64). Geheel herziene druk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lieshout, van T., & van Deth, R. (2018). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen: een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten (pp. 101-117)* (Herz. Ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Liu, R., Bell, M.A. (2020). Fearful Temperament and the Risk for Child and Adolescent Anxiety: The Role of Attention Biases and Effortful Control. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23, 205–228 (2020). <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/s10567-019-00306-z>.

Lohbeck, A., Nitkowski, D. & Petermann, F. A Control-Value Theory Approach: Relationships Between Academic Self-Concept, Interest, and Test Anxiety in Elementary School Children. *Child Youth Care Forum* 45, 887–904 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9362-1>.

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

Martin, A. J., Marsh, H. W., Williamson, A., & Debus, R. L. (2003). Self-handicapping, defensive pessimism, and goal orientation: A qualitative study of university students. *Journal of Educational Psychology*, 95(3), 617–628. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.3.617>.

Martin, A. J., & Dowson, M. (2009). Interpersonal relationships, motivation, engagement, and achievement: yields for theory, current issues, and educational practice. *Review of Educational Research*, 79, 327-365. <https://doi.org/10.3102/0034654308325583>.

Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80115-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80115-7).

McDonald, A. S. (2010). The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educational Psychology*, 21, 89-101.

McKinnon A., Keers R., Coleman J. R. I., Lester K. J., Roberts S., Arendt K., ..., Hudson J. L. (2018). The impact of treatment delivery format on response to cognitive behaviour therapy for preadolescent children with anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 763-772.

Nauta, M.H. & Scholing, A. (2011). Anti-angsttechnieken In: P.J.M. Prins, J.D Bosch & C. Braet (Eds.), *Methoden en technieken van gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Nauta, M.H., Breat, C. & Scholing, A. (2011). Cognitieve interventies bij kinderen en jongeren. In: S.M. Bögels & P. van Oppen. *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Nauta, M., Sportel, E. & de Hullu, E. (2016). PASTA: groepstraining voor faalangst en sociale angst bij adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 2*. (Deel 2; pag 493-517) Amsterdam: Boom.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2016). *JGZ richtlijn: angst*. Utrecht: Trimbos instituut. Geraadpleegd op 1 mei 2019 van <https://www.nji.nl/richtlijnen/jgz-richtlijn-angst>

Nieuwenbroek, A. (1998). *Faalangst en ouders*. Kampen: Kok.

Nieuwenbroek, A. (2001a). Faalangst in de les. *Tijdschrift voor leerlingbegeleiding*, 4,4-7.

Nieuwenbroek, A. (2001b). Erfelijke bibberknieën. *Didaktief en school*, 8, 30-32.

Nieuwenbroek, A. (z.d.). *Veelgestelde vragen over faalangst*. Geraadpleegd op 10 juni 2021 van www.faalangst.nl.

Nieuwenbroek, A. (2006). *Faalangst: kind en ouders, een loyale verbinding!* Geraadpleegd op 31 januari 2022 van <https://www.faalangst.nl/artikelen/artikel26.html>.

Nimphy, C.A., Mitrou, V., Elzinga, B.M. et al. (2024). The Role of Parental Verbal Threat Information in Children's Fear Acquisition: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* (2024). <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00485-4>

Norton, A. R., & Abbott, M. J. (2016). The efficacy of imagery rescripting compared to cognitive restructuring for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 18-28. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.009>.

Pol, A. van der & Jaspers, R. (2007). *Faalangst, signalering en interventie op school*. Geraadpleegd op 25 mei 2011 van www.faalangstinschool.webs.com.

Polanczyk, G., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, (3): 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>.

Putwain, D., & Daly, A. L. (2014). Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. *Educational Studies*, 40, 554-570.

Putwain, D.W., Stockinger, K., von der Embse, N.P., Suldo, S.M., Daumiller, M. (2021). Test anxiety, anxiety disorders, and school-related wellbeing: Manifestations of the same or different constructs? *Journal of School Psychology*. 2021 Oct; 88:47-67. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.08.001>.

Putwain, D.W. & von der Embse, N.P. (2021). Cognitive-behavioral intervention for test anxiety in adolescent students: do benefits extend to school-related wellbeing and clinical anxiety. *Anxiety Stress Coping*. 2021 Jan; 34(1):22-36. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1800656>.

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

Rijkeboer, M. & van den Hout, M (2014, 1 maart). Nieuwe inzichten over exposure. *Tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie*, 47, 2-19.

Rooijen, K. van (2018). Preventie en behandeling van angst, Wat werkt?. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

- Samsen, M & Heus, de, J., (2017). *Acceptance and Commitment Therapy bij kinderen en jongeren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sanders Woudstra, J.A.R., Verhulst, F.C., & Witte, H.F.J. de (red.) (1996). *Kinder- en jeugdpsychiatrie, psychopathologie en behandeling, I*. Assen: Van Gorcum.
- Seligman, M.E.P. (1984), *Helplessness, on depression, development and death* (12th.ed.). New York, Freeman.
- Scholing, A. (2002). Gedragstherapeutische en cognitieve interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent, 23*, 313-336.
- Silverman, W., Pina, A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psycho-social treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 105-130.
- Simon, E, Bos, A. & Bögels, S. (2013) Hoofdstuk 19: Denken + Doen = Durven: preventie van angststoornissen bij kinderen (pp. 443-446). In: Breat, C. & Bögels, S.M. *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 2*. Amsterdam: Boom.
- Sportel, E. (2014). Risicofactoren, persoonskenmerken en behandeling van adolescenten met sociale angst en faalangst. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 40*(6), 430-447.
- Stein, M.B. & Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1606-1630.
- Sun, M., Rith-Najarian, L. R., Williamson, T. J., & Chorpita, B. F. (2019). Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(1), 269-283. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1443459>.
- Steinmayr, R., Crede, J., McElvany, N., & Wirthwein, L. (2016). Subjective well-being, test anxiety, academic achievement: Testing for reciprocal effects. *Frontiers in Psychology, 6*, 1994. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01994>.
- Symes, W and Putwain, D.W., (2020). The Four Ws of Test Anxiety. What is it, why is it important, where does it come from, and what can be done about it. *Psychologica, 63* (2). pp. 31-52. ISSN 0871-4657. https://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_63-2_2
- Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G., & Öst, L. G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*, 185-200.
- Toorn, S. L. M. van der & Ferdinand, R. F. (2004). Angststoornissen bij kinderen: welke psychosociale behandeling is bewezen effectief? *Tijdschrift voor psychiatrie, 46*(3), 167-177.
- Verhulst, F.C. (2001). Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie bij kinderen en adolescenten in de volwassenheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 43*, 777-786.
- Verhulst, F. C. (2006). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: van Gorcum.
- Vries, P. de (2017). *Handboek Ouderbetrokkenheid 3.0* Amersfoort: CPS

Vries, J. de (2001) .). *Faalangst bij leerproblemen*. Utrecht: Seminarium voor Orthopedagogiek, Hogeschool van Utrecht. Geraadpleegd op 9 juni 2021 van <https://www.faalangst.nl/artikelen/artikel08.html>

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

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

Wittchen, H.U., Fuettsch, M., Sonntag, H., Müller, N. & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*, 15, 46-58.

Yeo, L. S., Goh, V. G., & Liem, G. A. D. (2016). School-based intervention for test anxiety. *Child & Youth Care Forum*, 45(1), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9314-1>.

Zalm-Grisnich, van der, W.M. (2009). *Je bibbers de baas. Faalangsttraining voor kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zhou et al 2019. Different Types and Acceptability of Psychotherapies for Acute Anxiety Disorders in Children and Adolescents A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):41-50.

Zimbardo, P.G. (1985). *Psychology and life (11th ed.)* (p.275). Glenview, III.: Scott Foresman.

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.

