

Interventie

Cool Little Kids

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 29 november 2024

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Rapee, R.M., Lau, E.X., Kennedy, S.J.,
Nederlandse bewerking door Van Sevenbergen, J., Komrij, N.L., van Triest, E., de Ru, J.,
Scheper, F. & Mayer, B.N. & Vreeke, L.J. (17 oktober 2024).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Cool Little Kids'. Utrecht: Nederlands
Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting	4
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
2. Uitvoering.....	11
3. Onderbouwing	14
4. Onderzoek	19
5. Samenvatting Werkzame elementen	27
6. Aangehaalde literatuur	28

Samenvatting

De Cool Little Kids (CLK) interventie is een preventief programma voor ouders van kinderen in de leeftijd van 3-6 jaar die van nature meer verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag vertonen ten opzichte van hun leeftijdsgenootjes. In zes bijeenkomsten krijgen ouders uitleg over de rol van temperament en de rol van hun eigen gedrag op het verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag bij hun kind. De ouders leren technieken om beter om te gaan met het verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag en hun kind te begeleiden, met als doel om angst en verlegenheid bij hun kind te verminderen en mogelijk latere angstproblemen en stoornissen te voorkomen. De interventie is ontwikkeld met elementen uit de cognitieve gedragstherapie, wordt gegeven door twee getrainde professionals in groepen van ouders (of ouderparen) van zes t/m acht kinderen per keer en maakt gebruik van een werkboek voor ouders met verschillende (huiswerk)opdrachten die ouders stimuleren om de geleerde vaardigheden zelf toe te passen.

Doelgroep

De doelgroep van de CLK-interventie zijn kinderen in de leeftijd van 3-6 jaar, die van nature meer verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag vertonen ten opzichte van hun leeftijdsgenootjes (hierna: peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament). Deze kinderen zijn vaak verlegen bij vreemden en in nieuwe of onbekende situaties, minder spraakzaam dan andere kinderen van dezelfde leeftijd en hebben de neiging om dicht bij ouder/verzorger te blijven.

Doel

Het hoofddoel van de CLK-interventie is om de ontwikkeling van angststoornissen en andere internaliserende problemen zoals depressie te voorkomen bij kinderen in de leeftijd van 3-6 jaar met een angstgevoelig temperament.

Aanpak

De interventie wordt gegeven door twee getrainde professionals en heeft een vaste structuur en opbouw, bestaande uit zes groepsbijeenkomsten. In deze bijeenkomsten leren ouders onder anderen over het ontstaan van angst, gedragsinhibitie, de rol van hun eigen gedrag en graduele exposure technieken.

Materiaal

Voor de uitvoerders van de interventie is er een handboek beschikbaar, waarin alle stappen van de interventie gedetailleerd staan beschreven. Voor de ouders die deelnemen aan de interventie is een werkboek beschikbaar, bestaande uit zowel theorie als praktische (huiswerk)opdrachten.

Onderbouwing

Angststoornissen zijn één van de meest voorkomende psychische aandoeningen onder kinderen en ontstaan vaak al op relatief jonge leeftijd. Om deze reden is het belangrijk om in te zetten op vroegtijdige preventie. Peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament hebben een tot wel zes keer zo grote kans op het ontwikkelen van een angststoornis op latere leeftijd. In de literatuur wordt dit temperamentskenmerk ook wel gedragsinhibitie genoemd. Kinderen met een angstgevoelig temperament vertonen van nature vaak verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag dat al heel jonge leeftijd

zichtbaar is, waardoor het een geschikte indicator is voor preventie. Naast gedragsinhibitie richt de CLK-interventie zich ook op andere bekende risicofactoren voor het ontwikkelen van angstproblemen bij kinderen, zoals ouderlijke angst en de overbeschermend opvoedgedrag.

Onderzoek

Twee Australische Randomized Controlled Trials (RCT) naar het oorspronkelijke Engelstalige CLK programma hebben aangetoond dat kinderen van ouders die de CLK-interventie hebben gevolgd, significant minder last hadden van angststoornissen tot wel 11 jaar na de interventie, ondanks er geen verschillen waren gevonden in de mate van gedragsinhibitie (Rapee et al., 2005; Rapee et al., 2010; Rapee, 2013). Hiernaast bleek uit de resultaten van een procesevaluatie van de pilotstudie van de Nederlandse versie van de CLK-interventie, dat de interventie goed uitvoerbaar is en dat deze wordt gewaardeerd door zowel de deelnemers als de uitvoerders (Koldijk, 2019). Momenteel wordt er in Nederland een grote RCT uitgevoerd door de Universiteit Leiden die de (kosten)effectiviteit van de CLK-interventie in Nederland onderzoekt. De resultaten hiervan worden verwacht in 2024.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De CLK-interventie is ontworpen voor kinderen in de peuter- en kleuterleeftijd (3-6 jaar) met een angstgevoelig temperament. Peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament laten van nature in verschillende situaties vaak verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag zien in bijvoorbeeld contact met vreemden en in nieuwe of onbekende situaties. Ook zijn ze minder spraakzaam dan andere kinderen van dezelfde leeftijd en hebben de neiging om dicht bij ouder/verzorger te blijven. Ondanks dat er een verhoogd risico is op het ontwikkelen van emotionele problemen en stoornissen op latere leeftijd, biedt de vroege kindertijd ook veel kansen om dit te voorkomen. Ouders spelen daarin een belangrijke rol. Daarom is deze preventieve interventie geschreven voor de ouders van jonge kinderen met een angstgevoelig temperament.

Intermediaire doelgroep

De ouders/verzorgers van peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament vormen de intermediaire doelgroep van de CLK- interventie: de CLK-interventie wordt aan hen gegeven. Ouders/verzorgers kunnen alleen deelnemen of samen met hun (ex-)partner.

Selectie van doelgroepen

Selectie doelgroep

Ouders/verzorgers komen in aanmerking voor de CLK-interventie als zij (1) de Nederlandse taal voldoende beheersen en (2) een kind hebben in de leeftijd van 3-6 jaar (3) met een angstgevoelig temperament. Het angstgevoelige temperament kan worden vastgesteld met de Behavioral Inhibition Questionnaire-Short Form (BIQ-SF; Vreeke, 2013). Uit een eerder, grootschalig Nederlands onderzoek zijn normen verzameld, ouders met een kind die scoren in de top 20% (>42 punten) van de BIQ-SF zijn geschikt voor deelname in de interventie. Er is hierbij geen bovengrens gedefinieerd. Het screenen met de BIQ-SF voorafgaand aan deelname in de interventie is niet verplicht, maar wordt wel sterk aanbevolen om te waarborgen dat de deelnemende ouders tot de juiste doelgroep behoren.

Contra-indicaties

Hoewel kinderen met additionele problemen, zoals autisme, ook baat kunnen hebben bij de CLK-interventie (Bischof et al., 2018), worden ouders aangeraden om hiernaast ook zorg specifiek gericht op deze problematiek te zoeken. De CLK-interventie is niet bedoeld voor kinderen wiens probleem met name liggen in het gedrag (zoals oppositioneel) of de aandacht (zoals ADHD). Aangezien de CLK-interventie preventief bedoeld is, is de interventie ook niet geschikt voor de ouders van kinderen waarbij er al een angststoornis is gediagnosticeerd of die reeds in behandeling zijn voor angstproblemen.

Daarnaast is de CLK-interventie niet geschikt voor gezinnen waarin er sprake is van ernstige problematiek in de thuissituatie, opvoedproblemen bij ouders en/of psychische problemen of verslavingsproblemen bij ouders. Ook ernstige angstproblemen bij ouders zijn redenen waardoor ouders niet deel kunnen nemen aan de CLK-interventie.

Betrokkenheid doelgroep

De oorspronkelijke interventie is ontwikkeld door een team van Australische psychologen (Rapee et al., 2005). De Engelstalige CLK-interventie is in samenwerking met de ontwikkelaars vertaald naar het Nederlands (Rapee et al., 2010). Bij de implementatie van de Nederlandstalige CLK-interventie zijn de ouders betrokken door middel van een procesevaluatie van de pilotstudie die is uitgevoerd in Amsterdam (Koldijk, 2019). Op basis van deze procesevaluatie zijn er geen veranderingen doorgevoerd. Ook worden de ouders betrokken bij de procesevaluatie van een RCT die momenteel wordt uitgevoerd in Nederland.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de CLK-interventie is om de ontwikkeling van angststoornissen en andere internaliserende problemen zoals depressie te voorkomen bij kinderen in de leeftijd van 3-6 jaar met een angstgevoelig temperament (i.e., de top 20% hoogst scorende kinderen op verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag zoals gemeten met de gedragsinhibitie vragenlijst BIQ-SF).

Subdoelen

Ook wordt gewerkt aan het opbouwen van zelfvertrouwen en het ontwikkelen van vaardigheden om angst en andere negatieve emoties te beheersen (via de ouders).

Kinderen van 3-6 jaar met een angstgevoelig temperament

- Het verminderen van mogelijk beginnende angstsymptomen naast verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag.
- Zelfvertrouwen opbouwen en vaardigheden beheersen om angst en andere negatieve emoties te reguleren terwijl zij opgroeien.

Ouders van kinderen van 3-6 jaar met een angstgevoelig temperament

- Het begrip over angst, eventuele oorzaken en risicofactoren voor angst en gerelateerde emotionele problemen zoals depressie vergroten.
- Begrip hebben van de rol van overbescherming en controle op de angsten bij hun kind en verschillende manieren leren om met hun kind om te gaan.
- Hun kind kunnen begeleiden om de angsten onder ogen te zien (in-vivo exposure).
- Eenvoudige strategieën kunnen uitvoeren zoals het uitdagen van angstige gedachten die hen helpen om te gaan met hun eigen zorgen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De CLK-interventie heeft een vaste structuur. De interventie bestaat uit zes ouderbijeenkomsten van ongeveer 90 minuten per keer: de eerste vier bijeenkomsten vinden wekelijks plaats, de vijfde bijeenkomst twee weken later en de zesde bijeenkomst vier weken na de vijfde bijeenkomst. De interventie wordt uitgevoerd door twee getrainde professionals in groepen van ouders (of ouderparen) van zes t/m acht kinderen per keer. Dit kunnen dus maximaal 16 ouders per groep zijn.

Inhoud van de interventie

Werving en selectie van deelnemers

Verwijzing door middel van screening:

Deelnemers kunnen geworven worden door middel van een screening met de BIQ-SF. De BIQ-SF is momenteel opgenomen in de digitale vragenlijst 'Jij en Je Gezondheid' van de GGD Amsterdam. Deze vragenlijst is onderdeel van het periodieke gezondheidsonderzoek van de jeugdgezondheidszorg onder vijfjarigen in de gemeentes die vallen onder de GGD Amsterdam, GGD West-Brabant, GGD Flevoland, GGD Drenthe en GGD Groningen. Indien ouders boven de afkapwaarde van 42 scoren, worden zij gewezen op de mogelijkheid om deel te nemen aan de CLK-interventie. Ook kan de jeugdarts in een gesprek deze mogelijkheid met hen bespreken.

Verwijzing door een professional:

Professionals die met (ouders/verzorgers van) peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament in aanraking komen, kunnen hen ook doorverwijzen naar de CLK-interventie.

Zonder verwijzing:

Omdat er geen officiële verwijzing nodig is om deel te nemen aan de CLK-interventie, is het ook mogelijk dat ouders zich zelfstandig aanmelden.

Selectie van geschikte deelnemers:

De uitvoerders van de interventie wordt aangeraden om voorafgaand aan de start van de eerste bijeenkomst van de CLK-interventie, na te gaan of de ouders die zich hebben aangemeld voldoen aan alle in- en exclusiecriteria. Dit kan worden gedaan door het afnemen van de BIQ-DF en het uitvragen van de contra-indicaties met een telefonische screening. Hierdoor wordt gewaarborgd dat de deelnemers baat zouden kunnen hebben bij de CLK-interventie.

Inhoud interventie

Eerste bijeenkomst:

De eerste bijeenkomst focust zich op het onderwijzen van ouders in het van nature voorkomende verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag en de mogelijke relatie met angstproblemen op latere leeftijd. Er wordt besproken dat angst een normale emotie is maar ook wordt besproken wanneer angst een probleem wordt. Ouders krijgen uitleg over de oorzaken en verschillende vormen van angst en leggen de angsten en risicofactoren vast die relevant zijn voor hun kinderen. Daarnaast worden de doelen en uitgangspunten van de CLK-interventie in deze eerste bijeenkomst besproken door de ouders hierover te informeren en te motiveren voor de CLK-interventie. Ouders worden tenslotte gevraagd om dagelijks bij te houden in wat voor situaties hun kinderen verlegen, teruggetrokken en/of geremd of al mogelijk angstig zijn. Voor de therapeuten is het belangrijk om een balans te zoeken tussen voldoende informeren maar ook niet onnodig ouders bang maken, waarbij het uitgangspunt moet zijn dat ouders meer grip krijgen en handvatten om hun kind te helpen (erger te voorkomen).

Tweede bijeenkomst:

In de tweede bijeenkomst worden niet-helpende manieren om met angst bij kinderen om te gaan zoals overbescherming, vermijding, ongeduldig worden en controlerend opvoedgedrag besproken. Daarnaast worden verschillende helpende manieren aan om met het verlegen, teruggetrokken en/of geremde gedrag van hun kind om te gaan besproken, zoals dapper gedrag modelleren, niet te snel in te springen en dapper gedrag belonen. Ouders vullen een werkblad in waarin ze nadenken over het vervangen van niet helpende strategieën in helpende strategieën, en bedenken ze beloningen die ze later in

de CLK-interventie in kunnen zetten. Als huiswerk worden ouders gevraagd om de situaties bij te houden waarin ze hun kind helpen of waarin ze hun kind de situatie laten vermijden.

Derde bijeenkomst:

De derde bijeenkomst gaat over de principes van exposure en de ontwikkeling van graduele exposure hiërarchieën: ouders krijgen uitgelegd dat om angsten te overwinnen het belangrijk is om deze aan te gaan. Hierbij wordt verteld dat de angsten van hun kind geleidelijk aangegaan moeten worden, van kleinere angsten naar grotere angsten. Ouders worden gevraagd om na te denken na over de specifieke angsten van hun kind. Dit kunnen situaties zijn als het niets durven vertellen voor de klas (voor kleuters die deelnemen), het spannend vinden om bij een vriendje of vriendinnetje te gaan spelen of "hallo" zeggen tegen mensen wanneer zij het kind begroeten. Vervolgens krijgen ouders uitleg over het maken van een stappenplan waarin in kleine stapjes wordt toegewerkt naar het overwinnen van grotere angsten van hun kind. Ouders maken tijdens deze bijeenkomst zelf stappenplannen voor de specifieke angsten van hun kind en worden aangemoedigd om hier thuis zoveel mogelijk mee te oefenen. In het genoemde voorbeeld waarin het kind niets durft te vertellen voor de klas zou het kind bijvoorbeeld eerst thuis kunnen oefenen met iets voor papa iets vertellen, daarna voor papa én mama wat vertellen, daarna voor opa of oma iets vertellen; en zo dus in kleine stapjes toewerken naar een steeds spannendere situatie met als einddoel iets vertellen voor de klas. In het voorbeeld waarin een jonger kind het kind geen "hallo" terug durft te zeggen tegen mensen wanneer zij het kind begroeten kan ook in kleine stapjes toegewerkt worden naar het einddoel: 's ochtends hallo zwaaien naar de buurman/buurvrouw, hallo zeggen tegen oma als ze op bezoek komt, hallo zeggen tegen vrienden van mama wanneer zij op bezoek komen. Aan het eind van de sessie wordt stilgestaan bij de mogelijke invloeden van de eigen angsten van ouders bij het uitvoeren van de oefeningen met hun kind.

Vierde bijeenkomst:

In de vierde bijeenkomst worden de ervaringen van ouders met de exposure stappenplannen besproken. Indien nodig worden de exposure hiërarchieën aangepast en aanvullende hiërarchieën worden opgesteld. In deze bijeenkomst wordt ook besproken dat eigen verwachtingen en overtuigingen soms in de weg kunnen staan, en krijgen ouders ook uitleg over de rol van gedachten en overtuigingen over een gebeurtenis op de emoties die ze ervaren (Bv; partner is laat thuis -> hij/zij heeft een auto-ongeluk gehad -> angst). Als de gedachten en overtuigingen veranderen zullen de emoties ook anders zijn (Bv: Partner is laat thuis -> hij/zij zit vast in een vergadering -> lichte irritatie). Besproken wordt hoe ouders zelf dit soort automatische gedachten kunnen herkennen en kunnen uitdagen (Bv: welk bewijs is er voor deze gedachte?) en veranderen in een realistische gedachten. Ouders worden aangemoedigd om deze techniek zelf thuis te gaan gebruiken.

Vijfde bijeenkomst:

In de vijfde bijeenkomst worden de uitdagingen en moeilijkheden met de exposure hiërarchieën besproken en het voortzetten van oefenen hiermee wordt aangemoedigd.

Zesde bijeenkomst:

In de zesde en laatste bijeenkomst wordt de vooruitgang van de kinderen en worden toekomstige uitdagingen (bijvoorbeeld: het starten van een nieuw schooljaar) besproken.

Ouders worden aangemoedigd om doelen te stellen voor de aankomende maanden en de geleerde technieken in de aankomende jaren te blijven gebruiken.

2. Uitvoering

Materialen

Uitvoering

- Nederlandse vertaling van een gestructureerd handboek voor de uitvoerders van de CLK-interventie. Dit handboek bevat achtergrondinformatie en gedetailleerde uitleg over wat er bij elke bijeenkomst besproken moet worden.
- Nederlandse vertaling van een werkboek voor deelnemende ouders. Dit handboek bevat theorie en de praktische (huiswerk) opdrachten per bijeenkomst die tijdens de interventie worden besproken.
- Het draaiboek van de train-de-trainer voor nieuwe uitvoerders van de CLK-interventie.
- Het CLK-werkboek voor ouders en het handboek voor de uitvoerders van de CLK-interventie zijn verkrijgbaar via Dr. L.J. Vreeke

Werving

- Flyers en posters.
- Een website van het onderzoeksproject.

Locatie en type organisatie

De CLK-interventie kan worden uitgevoerd op verschillende plekken waar getrainde uitvoerders werken met de hieronder genoemde kwalificaties. D.w.z.: basisvoorzieningen zoals het CJG, de GGD of door de preventie afdeling van GGZ-instellingen. Ouders hebben geen verwijzing nodig van een huisarts om te kunnen deelnemen aan de interventie.

X Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren

X Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning

0 Gespecialiseerde hulp

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De uitvoerders van de CLK-interventie zijn werkzaam binnen het CJG, de GGD of door de preventie afdeling van GGZ-instellingen.

- Zij dienen te beschikken over een HBO- of WO-diploma op het gebied van psychologie of pedagogiek.
- Ook dienen zij kennis te hebben van cognitieve gedragstherapie en training in standaard therapeutische vaardigheden voor het werken met kinderen en families.
- Daarnaast dienen zij de Cool Little Kids train-de-trainer te hebben gevolgd. In deze train-de-trainer krijgen de uitvoerders uitleg over Cool Little Kids, wordt het handboek voor de uitvoerders en het werkboek voor ouders doorgenomen en oefenen de uitvoerders met de uitvoering. De train-de-trainer duurt één dagdeel en een sessie voorafgaand aan de CLK-interventie.
- Door het waarborgen van bovenstaande competenties wordt geacht dat de uitvoerders van de CLK-interventie in staat zijn om aan de hand van de eerdergenoemde inclusiecriteria en contra-indicaties vast te stellen of een ouder geschikt is voor deelname aan de interventie. Ook als een deelnemer tijdens de CLK-interventie, door bijvoorbeeld mogelijk toenemende problematiek, meer baat heeft bij andere of aanvullende hulp, kunnen de uitvoerders deze deelnemer doorverwijzen naar de huisarts of een andere geschikte interventie binnen de uitvoerende organisatie.

Kwaliteitsbewaking

Train-de-trainer

Om de kwaliteit van de interventie van de interventie te kunnen waarborgen, dienen alle uitvoerders de Cool Little Kids train-de-trainer te hebben gevolgd (zie opleiding en competenties van de uitvoerders).

Gestructureerd handboek voor uitvoerders

Ten tweede wordt de kwaliteit van de interventie geborgd door het feit dat de uitvoerders zich aan het Cool Little Kids handboek voor uitvoerders dienen te houden. Dit handboek is zeer gestructureerd en hierin staan alle onderdelen die besproken dienen te worden staan uitgeschreven.

Intervisie

Ten derde vindt er ook intervisie plaats: gecertificeerde uitvoerders kunnen naast hun collega's binnen dezelfde uitvoerende organisatie ook overleggen met uitvoerders van andere uitvoerende organisaties en de ontwikkelaar van de Nederlandstalige versie van de interventie. Op dit moment gebeurt dat minimaal 2x per CLK-interventie. Voorafgaand aan de start van de CLK-interventie wordt er met de uitvoerders een moment rond de derde bijeenkomst van de CLK-interventie afgesproken voor intervisie. In de intervisie van een uur in worden lastige situaties besproken, worden tips uit eerdere interventiegroepen uitgewisseld en worden vragen van de uitvoerders beantwoord.

Randvoorwaarden

Om de CLK-interventie goed te kunnen uitvoeren zijn de volgende randvoorwaarden van toepassing:

- Er dienen minimaal twee uitvoerders (zoals is beschreven bij opleiding en competenties van de uitvoerders) voor de uitvoering van de interventie binnen de uitvoerende instelling beschikbaar te zijn.
- Er dient een locatie te zijn waar de interventie uitgevoerd kan worden (bijvoorbeeld een klaslokaal of zaaltje), welke toegankelijk is voor de deelnemende ouders. Deze randvoorwaarde vervalt als de CLK-interventie online gegeven wordt.
- De financiering van de interventie dient door de uitvoerende instelling geregeld te worden. Financiering kan bijvoorbeeld worden aangevraagd bij de gemeente van de uitvoerende instelling.

Implementatie

Op dit moment wordt de CLK-interventie uitgevoerd in de gemeentes Amsterdam, Den Haag en Rotterdam. Als uit onderzoek blijkt dat de CLK-interventie de ontwikkeling van angstproblemen kan voorkomen bij peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament, wordt de CLK-interventie verder geïmplementeerd in Nederland. Er zal dan eerst een symposium worden georganiseerd over het vroegtijdig screenen en de behandeling van angstgevoelige kinderen om de CLK-interventie onder de aandacht te brengen. Dit symposium wordt georganiseerd door de onderzoekende instelling, de Universiteit Leiden.

Er wordt naar gestreefd dat het CJG, de GGD of door de preventie afdeling van GGZ-instellingen in samenwerking met de financierder (bijvoorbeeld de gemeente) de interventie kunnen aanvragen bij de interventie-eigenaar. Deze instellingen zijn dan zelf verantwoordelijk voor het werven van en de communicatie naar de deelnemers. Gemeentes waarin gebruik wordt gemaakt van een gezondheidsvragenlijst ter screening

waarin de BIQ-SF is opgenomen (bijvoorbeeld op het consultatiebureau of het periodiek gezondheidsonderzoek van de jeugdgezondheidszorg) kunnen gebruik maken van een verwijzingsstelsel om ouders en kinderen die in aanmerking komen voor de interventie te identificeren en door te verwijzen naar de uitvoerende GGZ-instelling (zie hoofdstuk 1.3 Aanpak, werving van deelnemers). Hierdoor kan de aanvoer van geschikte deelnemers worden bewerkstelligd.

Kosten

Gebaseerd op de procesevaluatie die in 2019 uitgevoerd is, is de schatting van de kosten van één interventie ongeveer €7650,- euro in totaal voor een groep van zes tot acht ouders. Deze kosten bestaan uit 96 uur personeelskosten voor de twee uitvoerders gezamenlijk. Dit is inclusief de train-de-trainer, coördinatie, werving, intakegesprekken, voorbereiden, voor- en nabespreken. In deze kosten zijn ook €350,- opgenomen voor zaalhuur en kosten voor bijvoorbeeld kopieën en koekjes (Koldijk, 2019). Op dit moment zijn er geen kosten verbonden aan de licentie en samenwerking met de oorspronkelijke programma eigenaar. Na het afronden van het huidige onderzoek naar de CLK-interventie worden daar nieuwe afspraken over gemaakt.

3. Onderbouwing

Probleem

De CLK-interventie is ontwikkeld voor peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament, die in de hoogste 20% scoren op verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag zoals gemeten met de gedragsinhibitie vragenlijst BIQ-SF. Deze kinderen zijn minder spraakzaam dan andere kinderen van dezelfde leeftijd in nieuwe, onbekende situaties en bij onbekende mensen. Ook hebben ze de neiging om dicht bij ouder/verzorger te blijven, ontdekken ze niet graag nieuwe situaties en 'warmen ze langzaam op' in contact met andere kinderen van hun leeftijd.

De CLK-interventie is bedoeld om ouders te helpen om de ontwikkeling van angststoornissen te voorkomen bij peuters en kleuters met dit angstgevoelige temperament.

Angststoornissen ontstaan vaak op relatief jonge leeftijd. Het zijn één van de meest voorkomende psychische aandoeningen onder kinderen; studies tonen aan dat 8 tot 20% van alle kinderen hier voor de leeftijd van 16 jaar last van krijgt (Polanczyk et al., 2015; Zwirs et al., 2007). De individuele en maatschappelijke gevolgen van angststoornissen zijn groot. Het belemmert de psychosociale ontwikkeling, leidt tot verminderde school- of werkprestaties en veroorzaakt groot persoonlijk lijden. Onbehandelde angststoornissen resulteren daarom in een slechtere kwaliteit van leven (Nederlands Jeugdinstituut, 2021). De geschatte kosten van angststoornissen zijn in Nederland meer dan 20 miljoen euro per jaar (Bodden, Dirksen, et al., 2008).

Internaliserende problemen, zoals angst, worden gekenmerkt door het feit dat deze naar binnen zijn gericht en daardoor voornamelijk storend zijn voor het individu zelf. Het gevolg hiervan is dat angstproblemen vaak moeilijk zichtbaar zijn voor de buitenwereld en het daardoor lastig is om ze te detecteren. Dit is in het bijzonder het geval bij jonge kinderen die minder ontwikkelde verbale capaciteiten hebben en zich in het algemeen minder goed kunnen uitdrukken (Liu et al., 2011; Tandon et al., 2009). Ondanks dat er effectieve behandelingen bestaan ter behandeling van angstproblemen, komen om deze redenen veel kinderen en volwassenen met een angststoornis nooit bij een behandelaar terecht. Volgens een Nederlandse studie is dit percentage maar liefst 39% (Ten Have et al., 2012). Deze studie laat ook zien dat de gemiddelde tijd tussen het ontstaan van de klachten en het eerste zorgcontact gemiddeld 12 jaar is. Om deze reden is vroegtijdige preventie van groot belang.

Het niet interveniëren op jonge leeftijd bij kinderen met een angstgevoelig temperament kan ervoor zorgen dat de angstproblemen pas laat worden opgespoord, waardoor de angsten al een grote rol zijn gaan spelen in het leven van de kinderen.

Oorzaken

Voor de ontwikkeling van een angststoornis is er niet één specifieke oorzaak aan te wijzen; het is een samenspel van diverse beschermende factoren en risicofactoren. Deze factoren kunnen te maken hebben met persoonlijke kenmerken van het kind als van de omgeving waarin het kind opgroeit. Het kind heeft hierbij ook een invloed op zijn omgeving. Resultaten van diverse onderzoeken laten een transactioneel model van angst en opvoeding zien, waarin wederkerige relaties bestaan tussen opvoedingsgedrag en

angst bij kinderen (Drake & Ginsburg 2012; McLeod et al. 2007; van der Bruggen et al. 2008; Gouze et al., 2017), en het is mogelijk dat deze effecten groter worden naarmate kinderen ouder worden. Bij beschermende factoren kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een positief zelfbeeld en veerkracht (e.g. Mammarella, Donolato, Caviola & Giofrè, 2018). Hieronder worden een aantal risicofactoren verder toegelicht.

- 1) Biologische factoren en ouderlijke angst:
De gevoeligheid voor de ontwikkeling van angststoornissen is voor een gedeelte genetisch bepaald. Kinderen waar van één of beide ouders last hebben van een angststoornis hebben een aanzienlijk verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis (Lawrence, Murayama, & Creswell, 2019; Micco et al., 2009). Dit risico op angststoornissen is 1,76 tot 3,91 keer groter dan kinderen waarvan de ouders geen angststoornis hadden. Hiernaast hebben meisjes een twee keer zo grote kans om een angststoornis te ontwikkelen ten opzichte van jongens (Beesdo et al., 2009).
- 2) Omgevingsfactoren:
Omgevingsfactoren, zoals het overlijden of het gescheiden worden van een dierbare (inclusief een scheiding van ouders), ziekte of mentale problemen van een gezinslid en een onveilige thuissituatie door bijvoorbeeld problemen, alcohol of drugsproblemen) geven een verhoogd risico op de ontwikkeling van angstproblemen (Beesdo et al., 2009; Grover et al., 2005).
- 3) Angstgevoelig temperament - gedragsinhibitie:
Gedragsinhibitie is een temperamentskenmerk dat al vroeg in de kindertijd kan worden geïdentificeerd. Kinderen met dit temperament vertonen verlegen, teruggetrokken en/of geremd gedrag wanneer ze worden geconfronteerd met nieuwe situaties of onbekende personen (White et al., 2011). De mate van gedragsinhibitie is grotendeels stabiel over de tijd; peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament vertonen dit gedrag ook vaak op oudere leeftijd (Fox et al., 2005). Peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament hebben een tot wel zes keer zo grote kans om op latere leeftijd een angststoornis te ontwikkelen (Chronis-Tuscano et al., 2009; Clauss & Blackford, 2012).
- 4) Overbeschermend opvoedgedrag van ouders:
Onderzoek heeft aangetoond dat verschillende opvoedgedragingen van ouders geassocieerd zijn met angst bij kinderen. Overbeschermend of controlerend opvoedgedrag beperkt de ontwikkeling van coping vaardigheden van het kind, terwijl het ontwijkend gedrag versterkt. Door dit gebrek aan vaardigheden kan het kind angstige reacties ontwikkelen wanneer hij/zij in aanraking komt met stressoren (Platt et al., 2016). Onderzoek heeft aangetoond dat ouders die zelf angstiger zijn ook de neiging hebben om overbeschermer te zijn (Clarke, Cooper, & Creswell, 2013; Edwards et al., 2010).

Aan te pakken factoren

De CLK-interventie richt zich op veranderbare risicofactoren: (1) gedragsinhibitie en (2) overbeschermend opvoedgedrag. Hiernaast wordt er ook aandacht besteed aan (3) de invloed van ouderlijke angst. Door het aanpakken van deze factoren en de bijbehorende subdoelen, wordt getracht het hoofddoel van de interventie te behalen. Het hoofddoel van de interventie zal echter pas op de lange termijn zichtbaar zijn.

(1) Gedragsinhibitie

De subdoelen voor de uiteindelijke doelgroep kinderen van 3-6 jaar die hierbij aansluiten zijn:

- Voorkomen dat het verlegen, teruggetrokken en/of geremde gedrag zich ontwikkelt tot een angstprobleem.
- Zelfvertrouwen opbouwen en vaardigheden ontwikkelen om angst en andere negatieve emoties te beheersen terwijl zij opgroeien

De subdoelen voor de doelgroep ouders van kinderen van 3-6 jaar die hierbij aansluiten zijn:

- Het begrip van angst en angststoornissen in jonge kinderen vergroten
- Het begrip van de oorzaken en risicofactoren voor angst en gerelateerde emotionele problemen vergroten
- Hun kind kunnen begeleiden om de angsten onder ogen te zien (in-vivo exposure)

(2) Overbeschermend opvoedgedrag

De subdoelen voor de doelgroep ouders van kinderen van 3-6 jaar die hierbij aansluiten zijn:

- Het begrip van angst en angststoornissen in jonge kinderen vergroten
- Het begrip van de oorzaken en risicofactoren voor angst en gerelateerde emotionele problemen vergroten
- Begrip hebben van de rol van overbescherming en controle in het verhogen van angst bij hun kind vergroten en verschillende manieren leren om met hun kind om te gaan.

(3) Ouderlijke angst

De subdoelen voor de doelgroep ouders van kinderen van 3-6 jaar die hierbij aansluiten zijn:

- Het begrip van angst en angststoornissen in jonge kinderen vergroten
- Het begrip van de oorzaken en risicofactoren voor angst en gerelateerde emotionele problemen vergroten
- Eenvoudige strategieën kunnen uitvoeren die hen helpen om te gaan met hun eigen zorgen

Verantwoording

De aanpak van de CLK-interventie kan verantwoord worden op basis van empirische kennis uit verschillende meta-analyses.

De CLK-interventie maakt gebruik van **cognitieve gedragstherapie** (CGT; Rapee et al., 2005) gericht op de ouders van deze angstgevoelige kinderen. CGT wordt gezien als de meest evidence based methodiek om angstproblemen te voorkomen en verminderen bij kinderen en jongeren.

Bij jonge kinderen in de peuter- en kleuterleeftijd spelen **ouders en hun opvoedgedrag** een grote rol in het algemeen (Baumrind, 1966) en meer specifiek op de ontwikkeling van angstproblemen (o.a. van der Bruggen, 2008). Dit onderstreept het belang van de focus op de ouders van deze jonge angstgevoelige kinderen.

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat **groepsbehandelingen** voor ouders van jonge kinderen één van de meest effectieve interventies zijn (e.g., Barlow et al., 2016).

Ook is bekend dat programma's ter preventie van angstproblemen met name goed werken als ze **gestructureerd** zijn, waarbij er **concrete doelen** zijn opgesteld en de **uitvoerders getraind** zijn (van Rooijen, 2018).

Tenslotte is de CLK-interventie een vorm van **selectieve, geïndiceerde preventie**, en richt zich daarmee op kinderen die al beginnende angstproblemen hebben, om te voorkomen dat deze klachten zich ontwikkelen tot een angststoornis. Dit is een zeer efficiënte methode om gezondheidsproblemen te voorkomen (Mackenbach & Stronks, 2016).

1) Cognitieve Gedragstherapie (CGT) bij angst

Uit diverse reviews en meta-analyses blijkt dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) de best onderzochte en meest bewezen interventie is om angststoornissen bij kinderen en jongeren te voorkomen en verminderen (Compton et al., 2004; Connolly, 2008; Higa-McMillan et al., 2016; In-Albon & Schneider, 2007; James et al., 2015; Silverman et al., 2008; Reynolds et al., 2012, Walkup et al., 2008). Studies laten overtuigend zien dat CGT, zowel op de korte als op de lange termijn beter werkt dan een wachtlijstcontrole conditie (Warwick et al., 2017; James et al., 2015), en blijkt ook effectiever dan psycho-educatie en praten met kinderen en ouders zonder actief te oefenen (Kendall et al., 2008). Ook recente Nederlandse studies tonen aan dat op exposure gebaseerde CGT het meest empirische bewijs heeft voor de behandeling voor angststoornissen bij kinderen (e.g., de Jong, 2021).

Hoewel er verschillende CGT-behandelingen zijn voor angst bij kinderen zijn er vaak een aantal vaste onderdelen, namelijk psycho-educatie, exposure, doelen stellen, cognitieve herstructurering en probleemoplossingsvaardigheden, beloningsstrategieën en terugvalpreventie. Chorpita en Daleiden (2009) destilleerden werkzame elementen uit 84 Randomized Controlled Trials (RCT's) uit niet-farmacologische behandelingen gericht op angststoornissen. Ze keken naar de effectiviteit van de behandelingen en onderzochten welke elementen in de meest effectieve behandelingen voorkwamen. Zij concludeerden dat exposure, ontspanningsoefeningen, cognitieve strategieën, modeling, psycho-educatie bij kind en psycho-educatie bij ouders, complimenteren en beloningen elementen waren die in de meer succesvolle behandelprogramma's voorkwamen (Chorpita en Daleiden, 2009). Als ouders bij de behandelingen worden betrokken dan is met name psycho-educatie belangrijk (Bodden, Bögels, et al., 2008; Liber et al., 2008; Nauta et al, 2003).

In de CLK-interventie wordt gebruikt gemaakt van verschillende van deze werkzame elementen. Ouders leren aan de hand van **psycho-educatie** en verschillende **praktische oefeningen** hoe angst, gedachten en (vermijdings)gedrag samenhangen, hoe **exposureoefeningen** kunnen helpen om in kleine stappen de angst te overwinnen, en is er aandacht voor opvoedtechnieken zoals het aanmoedigen van het kind om spannende dingen te doen en het kind te **belonen voor 'dapper gedrag'**. Hierdoor krijgen ouders meer begrip over de angsten van hun kind, en de mogelijke oorzaken en risicofactoren (waaronder overbescherming en hun eigen angsten) en leren zij hoe zij hier mee om kunnen gaan. Ook is er aandacht voor **terugvalpreventie** in de laatste sessie, waardoor kinderen, middels hun ouders, te leren zelfvertrouwen op te bouwen en vaardigheden te ontwikkelen om angst en andere negatieve emoties te beheersen terwijl zij opgroeien

2) Betrekken van ouders en hun opvoedgedrag

Angststoornissen komen voor in families. Hoewel erfelijkheid hier een rol in speelt, blijkt uit meta-analyses ook dat angstproblemen niet volledig door genetische factoren verklaard kunnen worden en dat de rol van omgevingsinvloeden aanzienlijk is (e.g.,

Hettema et al., 2001). Met name opvoeding wordt gezien als een belangrijke omgevingsinvloed in de voorspelling van angst (Aunola & Nurmi, 2005), waarbij het specifiek in de peuter- en kleutertijd belangrijk lijkt, wanneer de gezinsomgeving een grote rol speelt in het leven van kinderen (Baumrind, 1966). Ouders kunnen daarom een belangrijke rol spelen bij de behandeling van angstige kleuters (e.g., Monga et al., 2009), wat het belang onderstreept van de focus op de ouders van deze jonge angstgevoelige kinderen.

Door ouders te betrekken in de behandeling krijgen zij meer inzicht in de rol van hun eigen opvoedgedrag op het verlegen, teruggetrokken en/of geremde gedrag van hun kind en kunnen de opvoedfactoren die bijdragen aan het in stand houden van angst (Baumrind, 1996) aangepakt worden. Daarnaast kan het de generalisatie van de behandeling uitkomsten vergemakkelijken (Barmish & Kendall, 2005).

3) Groepsbehandelingen voor ouders

Reviews hebben aangetoond dat groeps-behandelingen voor ouders één van de meest effectieve interventies zijn om emotionele en gedragsproblemen bij jonge kinderen te verminderen (Barlow et al., 2016). De voordelen van deelnemen in een groep met andere ouders is dat ze voor support en acceptatie van andere ouders kunnen zorgen, en hun eigen ervaringen normaliseren (Michelson et al., 2013). Daarnaast tonen studies naar groepsbehandelingen bij gedragsproblemen voor ouders aan dat deze het opvoedgedrag en opvoed self-efficacy kunnen verbeteren en in ieder geval op korte termijn opvoedstress kunnen verminderen (Furlong et al., 2012; Barlow et al., 2012; Wittkowski et al., 2016).

4) Gestructureerde interventie met concrete doelen en getrainde professionals

De CLK-interventie heeft een vaste structuur, zie hoofdstuk 1.3. De interventie bestaat uit zes bijeenkomsten van ongeveer 90 minuten per keer: de eerste vier bijeenkomsten vinden wekelijks plaats, de vijfde bijeenkomst twee weken later en de zesde bijeenkomst vier weken na de vijfde bijeenkomst. De interventie wordt uitgevoerd door twee getrainde professionals in groepen van zes t/m acht ouders (of ouderparen) per keer.

Concrete doelen

In elke bijeenkomst zijn er concrete doelen gespecificeerd. Dit zijn de subdoelen als is omschreven in hoofdstuk 1.2. De activiteiten van de verschillende bijeenkomsten zijn daarom gericht op het behalen van deze specifieke doelen, waardoor het aannemelijk is dat deze gehaald worden.

5) Secundaire, geïndiceerde preventie

De CLK-interventie is gericht op ouders van peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament tussen 3-6 jaar. Een angstgevoelig temperament is een indicator voor mogelijke angststoornissen op latere leeftijd, maar is op zichzelf nog geen angststoornis. Door te focussen op de ouders van alleen deze jonge angstgevoelige kinderen, worden de kinderen met het grootste risico op het ontwikkelen van angststoornissen preventief behandeld wat efficiënter lijkt te zijn is dan een universele aanpak (Mackenbach & Stronks, 2016). Deze methode is in vergelijkbare interventies ook effectief gebleken in het voorkomen van internaliserende problemen (Kosters et al., 2015; Stockings et al., 2015; Hugh-Jones et al., 2021).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Onderzoek 1: Procesevaluatie van de pilotstudie van de Cool Little Kids interventie in Amsterdam

a) **Artikel**

Koldijk, M. (2019). Procesevaluatie van het angst preventieprogramma Cool Little Kids. GGD Amsterdam.

b) **Methode**

Type onderzoek en onderzoekspopulatie:

Het onderzoek betreft een procesevaluatie van de pilotstudie van de CLK-interventie. De pilotstudie is uitgevoerd in het schooljaar 2018-2019, te Amsterdam. De pilotstudie bestond uit twee interventie groepen met 16 ouders in totaal (12 vrouwen en vier mannen), waaronder vier ouderparen.

Onderzoeksmethode:

Het doel van het onderzoek was om de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat is het bereik van de CLK-interventie?
Dit is onderzocht door te kijken naar hoe de werving en doelgroepselectie is verlopen.
- Is de CLK-interventie uitgevoerd volgens plan?
Dit is onderzocht met behulp van observaties tijdens de tweede en vijfde bijeenkomst van de interventie met behulp van een gestandaardiseerd observatieformulier.
- Hoe waarden uitvoerders en deelnemers de CLK-interventie?
Dit is onderzocht bij negen ouders en de vier uitvoerders van de interventie met behulp van semigestructureerde diepte-interviews.
- Wat heeft de CLK-interventie opgeleverd?
Dit is onderzocht met behulp van de semigestructureerde interviews bij negen ouders.

c) **Resultaten**

Bereik van de CLK-interventie

Deelnemers zijn geworven via Ouder- en Kindcentra (OKC's), kinderdagverblijven, basisscholen en voorscholen. Alle deelnemende ouders hebben de BIQ-SF ingevuld waaruit bleek dat kinderen van twee ouders geen verhoogde score hadden. Gedurende de bijeenkomsten van de interventie zijn er drie ouders afgehaakt.

Uitvoering volgens plan

Alle uitvoerders waren opgeleid om de interventie te kunnen geven. Alle bijeenkomsten hebben plaatsgevonden waarbij het draaiboek helemaal gevolgd is. Alle deelnemers hebben het werkboek ontvangen en de theorie gelezen. Sommige ouders hadden niet het volledige werkboek gelezen, maar alleen de dingen die voor hem/haar van toepassing waren. Alle deelnemers hadden het huiswerk gemaakt, maar niet alle deelnemers hadden elke opdracht uitgevoerd. Uit de observaties bleek dat alle deelnemers betrokken waren bij de interventie. Eén deelnemer sprak Engels en begreep daardoor de inhoud van de interventie wat minder goed en was ook wat minder betrokken ten opzichte van de andere deelnemers.

Waardering van de CLK-interventie

De deelnemers gaven aan positief te zijn over (het niveau) van de bijeenkomsten, het werkboek en de uitvoerders. Vier ouders gaven aan een lagere opkomst (minder dan zes deelnemers per groep) jammer te vinden, omdat ze op die manier

zelf ook minder gemotiveerd raakte. Ook de uitvoerders waren positief over de uitvoering van de interventie.

Opgeleverde resultaten van de CLK-interventie

Deelnemers gaven aan meer inzicht te hebben gekregen in de invloed die ze als ouder kunnen hebben op de angsten van hun kind. Acht van de negen ouders gaven aan dat het sinds de interventie beter gaat met hun kind. Ook gaven de ouders aan de geleerde vaardigheden te blijven toepassen.

Onderzoek 2: Procesevaluatie Cool Little Kids interventie in Nederland (in uitvoering)

a) Artikel

Komrij, N.L., Vreeke, L.J., Scheper, F., Kösters, M., Westenberg, P.M., In preparatie

Informatie over het lopende onderzoek is te vinden op de website:

www.universiteitleiden.nl/cool-little-kids

b) Methode

Type onderzoek en onderzoekspopulatie

Het huidige onderzoek naar de CLK-interventie omvat naast het onderzoek van de effectiviteit van de interventie (zie 4.2.3) ook een procesevaluatie. Hiermee wordt de tevredenheid, de uitvoering en implementatie van de Cool Little Kids interventie in Nederland nader onderzocht. Het onderzoek loopt van december 2020 t/m 2024 en wordt uitgevoerd vanuit de Universiteit Leiden in samenwerking met verschillende praktijkpartners, waaronder de GGD Amsterdam, MOC 't Kabouterhuis, Prezens en Youz. Tussen september 2021 en juni 2023 starten er 12 groepen met de CLK-interventie. Het beoogde aantal deelnemers aan deze 12 groepen is 85.

Onderzoeksmethode:

De hoofddoelen van de procesevaluatie zijn:

- Het onderzoeken van de 'treatment integrity' van de CLK-interventie.
Dit wordt onderzocht met observaties a.d.h.v. een observatiechecklist die is gebaseerd op de CLK-handleiding voor uitvoerders.
- Het onderzoeken van de tevredenheid van ouders en andere relevante stakeholders (Bv: huidige uitvoerders, financierders) over de CLK-interventie.
Dit wordt onderzocht a.d.h.v. vragenlijsten over de tevredenheid over de CLK-interventie, die ouders na de laatste bijeenkomst van de CLK-interventie invullen. Hiernaast worden er aanvullende semigestructureerde interviews uitgevoerd met ouders en de andere stakeholders.
- Het onderzoeken van het bereik van de CLK-interventie.
Dit wordt onderzocht door het wervings- en selectieproces van deelnemers aan de CLK-interventie in kaart te brengen.
- Het onderzoeken van toekomstige implementatiemogelijkheden van de CLK-interventie in Nederland.
Dit wordt onderzocht a.d.h.v. gesprekken en semigestructureerde interviews met potentiële uitvoerders van de CLK-interventie.

c) Resultaten

Treatment integrity van de CLK-interventie

Vanwege de coronamaatregelen die tijdens de onderzoeksperiode golden, is de CLK-interventie online uitgevoerd. Aangezien dit voor zowel ouders als trainers als positief werd ervaren, wordt de CLK-interventie momenteel nog steeds online

uitgevoerd via het videotelefonie softwareprogramma Zoom. De eerste resultaten laten zien dat de trainers de trainers ook online goed in staat zijn om het CLK-protocol te volgen.

Tevredenheid over de CLK-interventie

De 21 ouders die sinds september 2021 de CLK-interventie hebben afgerond, laten zien dat zij tevreden zijn met de inhoud en vorm van de interventie. De resultaten van de tevredenheidsvragenlijst laat zien dat de gemiddelde score op de algemene tevredenheid 4.1 is (range loopt van 1 t/m 5 waarbij 1 staat voor een lage tevredenheid en 5 staat voor een hoge tevredenheid). De tevredenheid van de andere stakeholders is op dit moment nog niet onderzocht.

Bereik van de CLK-interventie

Tussen september 2021 en juni 2022 hebben 178 ouders interesse getoond in deelname aan de CLK-interventie. Van hen zijn er 25 deelnemers geëxcludeerd van deelname, vanwege o.a. het niet beheersen van de Nederlandse taal en contra-indicaties. 65 ouders doen momenteel mee aan het onderzoek. De overige ouders staan momenteel of op de wachtlijst voor de CLK groepen die starten in het najaar van 2022, of is het nog onduidelijk of zij willen deelnemen.

Ouders zijn tot nu toe het vaakst interventie geworven via flyers en posters of andere online promotie over het onderzoeksproject (~60%). Hiernaast is 25% van de ouders geworven via de 'Jij en Je Gezondheid' vragenlijst (zie hoofdstuk 1.3) of via een doorverwijzing van een professional. Van de overige ouders is het niet bekend hoe zij bij het onderzoeksproject terecht zijn gekomen. Ouders zijn woonachtig in verschillende plaatsen in heel Nederland, maar komen het vaakst uit Amsterdam en omgeving. Alle geïncludeerde ouders voldoen aan de gestelde inclusiecriteria (zie 1.1).

Implementatiemogelijkheden van de CLK-interventie

Momenteel wordt de interventie uitgevoerd door Prezens en MOC 't Kabouterhuis in Amsterdam, Youz in Den Haag, Indigo in Rotterdam. De uitvoering verloopt tot nu toe goed. Er lopen momenteel ook gesprekken met de GGD Hollands Midden en de GGD Groningen rondom de mogelijkheden voor toekomstige implementatie en zijn er verschillende andere uitvoerende organisaties die hun interesse in de CLK-interventie kenbaar gemaakt hebben. Momenteel worden de verschillende mogelijkheden van implementatie in de praktijk in kaart gebracht en onderzocht.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Onderzoek 1: Australische Randomized Controlled Trial naar de effecten van de Cool Little Kids interventie

- Algemene informatie

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

a) **Artikelen**

1.1 Resultaten van de één jaar follow-up:

Rapee, R.M., Kennedy, S.J., Ingram, M., Edwards, S.L., Sweeney L. (2005).
Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool

children. *J Consult Clin Psychol*, 73(3), 488-497.

1.2 Resultaten van de drie jaar follow-up:

Rapee, R.M., Kennedy, S.J., Ingram, M., Edwards, S.L., Sweeney, L. (2010) Altering the Trajectory of Anxiety in At-Risk Young Children. *Am J Psychiatry*, 167, 1518-1525.

1.3 Resultaten van de elf jaar follow-up:

Rapee, R.M. (2013) The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: follow-up into middle adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 54(7), 780-788.

b) **Methode**

Doelgroep en type onderzoek:

Het hoofddoel van het onderzoek was het onderzoeken van de effectiviteit van de CLK-interventie op het voorkomen en verminderen van angststoornissen bij peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament. Het onderzoek is uitgevoerd onder 146 peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament in de leeftijd van drie tot zes jaar en hun ouders. 90% van deze kinderen voldeed bij aanvang van de studie ook aan de criteria van een angststoornis. Het onderzoek betrof een RCT: kinderen en hun ouders werden willekeurig ingedeeld in een groep die ouder-educatie kreeg (de CLK-interventie) en een monitor groep (geen interventie).

Meetinstrumenten:

Gedragsinhibitie werd gemeten met behulp van twee vragenlijsten ingevuld door de ouders van het kind (TABC-R en STSC) en gedrag observaties in het laboratorium. De aanwezigheid van angststoornissen (primaire uitkomstmaat) werd gemeten met behulp van een klinisch interview (ADIS-C) met de moeder van het kind. Op twee en drie jaar follow-up (artikel 1.2) en op elf jaar follow-up (artikel 1.3) werd de mate van angstsymptomen ook gemeten met behulp van een vragenlijst (SCAS; SCASp) ingevuld door de moeders en het kind zelf.

Op elf jaar follow-up (artikel 1.3) werd aanvullend de mate van negatief denken door het kind (CATS), de mate van symptomen van depressie (SMFQ; SMFQp), de impact van de angstsymptomen op het leven van het kind (CALIS) en het aantal bezoeken aan een GGZ-professional gemeten.

Responspercentage:

- 1.1 - één jaar follow-up:
Volledige data op één jaar follow-up was verkregen van 116 kinderen (responspercentage van 80%).
- 1.2 - drie jaar follow-up:
Volledige data op drie jaar follow-up was verkregen van 121 kinderen (responspercentage van 83%)
- 1.3 - elf jaar follow-up:
Volledige data op elf jaar follow-up was verkregen van 103 kinderen (responspercentage van 71%). Er waren geen significante verschillen tussen de kinderen waar wel en geen data van beschikbaar was (op basis van de variabelen gemeten op baseline).

c) **Resultaten**

Uitvoering van de interventie:

95% van de moeders en 45% van de vaders uit de interventie conditie heeft ten minste één bijeenkomst bijgewoond. In 45% van de gevallen is er ten minste één bijeenkomst bijgewoond door beide ouders samen. De meeste sessies (vijf of zes)

zijn bijgewoond door 73% van de moeders, 23% van de vaders en in 22% door de moeder en vader samen.

Effectiviteit van de interventie:

Voorafgaand aan de interventie was het gemiddelde aantal angststoornissen op basis van het klinisch interview per kind 2.1 in de interventiegroep 2.1 en 1.8 in de monitorgroep.

- 1.1 - één jaar follow-up
Het gemiddeld aantal angststoornissen per kind op basis van het klinisch interview was op één jaar follow-up significant lager in de interventiegroep ten opzichte van de monitorgroep (0.7 versus 1.1). De mate van gedragsinhibitie bleek op één jaar follow-up niet significant te verschillen tussen de twee groepen.
- 1.2 - drie jaar follow-up:
Het gemiddeld aantal angststoornissen per kind op basis van het klinisch interview was op twee en drie jaar follow-up significant lager in de interventiegroep ten opzichte van de monitorgroep (0.63 en 0.57 versus 0.97 en 1.03 respectievelijk). De mate van angstsymptomen op basis van de vragenlijst bleek ook lager te zijn in de interventiegroep ten opzichte van de monitorgroep, maar dit verschil was niet significant.
De mate van gedragsinhibitie was in beiden groepen significant afgenomen over de tijd, maar er was geen verschil in de mate van gedragsinhibitie tussen de interventie- en monitorgroep.
- 1.3 - elf jaar follow-up:
Het gemiddeld aantal internaliserende problemen (angststoornissen en depressie) per kind op basis van het klinisch interview was bij meisjes op 11 jaar follow-up significant lager in de interventiegroep ten opzichte van de monitorgroep (0.79 versus 1.53). Bij jongens was dit gemiddelde ook lager in de interventiegroep (0.85 versus 0.77), maar dit verschil was niet significant. De mate van angstsymptomen op basis van de vragenlijst bleek significant lager te zijn significant lager te zijn in de interventiegroep ten opzichte van de monitorgroep voor zowel jongens als meisjes bij de rapportage door de moeders. Bij de zelfrapportage door het kind was dit verschil niet significant. Er waren geen significante verschillen in de andere gemeten variabelen.

- Bij alle drie de follow-up momenten zijn er geen negatieve effecten gevonden,

Onderzoek 2: Australische Randomized Controlled Trial naar de effecten van de Cool Little Kids interventie

Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. nee*

- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant nee*

** Als bij één van de vragen hierboven 'nee' is geantwoord is het belangrijk dat hieronder in de beschrijving van het onderzoek goed naar voren komt dat het doel, de doelgroep, de aanpak en het theoretisch model van de bestudeerde interventie voldoende overeenkomen met de Nederlandse situatie en/of de op dit werkblad beschreven interventie.*

- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja

a) Artikelen

1.1 Resultaten van de één jaar follow-up:

Bayer, J. K., Beatson, R., Bretherton, L., Hiscock, H., Wake, M., Gilbertson, T., Mihalopoulos, C., Prendergast, L. A., & Rapee, R. M. (2018). Translational delivery of Cool Little Kids to prevent child internalizing problems: Randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(2), 181–191.

1.2 Resultaten van de twee jaar follow-up:

Bayer, J. K., Prendergast, L. A., Brown, A., Harris, L., Bretherton, L., Hiscock, H., Beatson, R., Mihalopoulos, C., & Rapee, R. M. (2021). Cool Little Kids translational trial to prevent internalising: two-year outcomes and prediction of parent engagement. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(3), 211–219.

1.3 Resultaten van de vijf jaar follow-up:

Bayer, J. K., Brown, A., Prendergast, L. A., Bretherton, L., Hiscock, H., Mihalopoulos, C., Nelson-Lowe, M., Gilbertson, T., Noone, K., Bischof, N., Beechey, C., Muliadi, F., & Rapee, R. M. (2022). Follow-up of the Cool Little Kids translational trial into middle childhood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 63(1), 88–98.

b) Methode

Doelgroep en type onderzoek:

Het hoofddoel van het onderzoek was het onderzoeken van de effectiviteit van de CLK-interventie op het voorkomen van internaliserende problemen bij kleuters met een angstgevoelig temperament in de populatie. Het onderzoek is uitgevoerd onder 545 ouders van geïnhibeerde kinderen van vier jaar oud. In dit onderzoek zijn de ouders geworven met behulp van screeningsvragenlijsten, die verspreid werden onder 307 voorscholen in Melbourne (uiteindelijk deelname van 78% van deze scholen). Het onderzoek betrof een RCT: kinderen en hun ouders werden willekeurig ingedeeld in de interventiegroep en een controlegroep. Meetmomenten vonden plaats direct na de interventie en na één (artikel 2.1), twee (artikel 2.2), drie, vier en vijf jaar (artikel 2.3) follow-up.

Meetinstrumenten:

Angststoornis diagnoses (primaire uitkomstmaat) werd gemeten met behulp van een klinisch interview (ADIS-C) met een ouder van het kind en met een vragenlijst (PAS-R en SCAS). Hiernaast werden er oudervragenlijsten gebruikt om gedragsinhibitie (ATP approach/inhibition scale), de mate van internaliserende problemen van het kind (SDQ en CMFWQ) opvoedingsfactoren (PBC en APQ) en de mentale gezondheid van de ouders (DASS-21) te meten. Bij de drie, vier, en vijf jaar follow-up werden depressieve klachten van het kind ook gemeten met behulp van een ouder- en kindvragenlijst (SMFQ).

Responspercentage:

- 2.1 - één jaar follow-up
Het aantal ouders met een ingevulde vragenlijst en/of waarbij het klinische interview is uitgevoerd op één jaar follow-up was 498 (responspercentage van 91%).
- 2.2 - twee jaar follow-up
Het aantal ouders met een ingevulde vragenlijst en/of waarbij het klinische interview is uitgevoerd op twee jaar follow-up was 469 (responspercentage van 86%).
- 2.3 - Vijf jaar follow-up
Het aantal ouders met een ingevulde vragenlijst en/of waarbij het klinische interview is uitgevoerd op vijf jaar follow-up was 456 (responspercentage van 84%).

c) Resultaten

Uitvoering van de interventie:

Alle zes de bijeenkomsten van de interventie zijn uitgevoerd, deelname aan de bijeenkomsten voor ouders was op vrijwillige basis. 34% van de ouders heeft vijf of zes bijeenkomsten bijgewoond, 27% drie of vier bijeenkomsten, 19% één of twee bijeenkomsten en 18% ontving alleen het ouderwerkboek. De redenen van het missen van de bijeenkomsten waren ziekte (n=55), gebrek aan kinderopvang (n=33) en gebrek aan tijd (n=25). 20% van de ouders gaf op één jaar follow-up aan de opgedane vaardigheden nog te gebruiken. 53% van de ouders gaf aan dit zelden te doen.

Effecten van de interventie:

- 1.1 – één jaar follow-up:
Het percentage kinderen met een gediagnosticeerde angststoornis was op één jaar follow-up iets lager in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep (44.2% versus 50.2%, $p=0.427$). Op basis van de SDQ was het percentage kinderen dat in de abnormale range van internaliserende problemen scoorde op één jaar follow-up minder in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep (24% versus 33%, $p=0.014$). Bij kinderen met angstige ouders, resulteerde de interventie in een reductie van angststoornissen en internaliserende problemen. Er waren geen verschillen in het opvoedgedrag en de mentale gezondheid van ouders tussen de interventie- en controlegroep op één jaar follow-up.
- 1.2 – twee jaar follow-up:
De angst symptomen op basis van de PAS-R waren op twee jaar follow-up lager in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep (gemiddelde van 36 versus 39, $p=0.47$). Kleine, niet significante verschillen werden gevonden in internaliserende problemen van het kind op basis van de CMFWQ (gemiddelde van 2.2 versus 2.3) en het percentage kinderen met een angststoornis (38% versus 43%, $p=0.242$).
- 1.3 – vijf jaar follow-up:
Bij de vijf jaar follow-up waren er geen significante verschillen gevonden in de mate van klinische angst tussen de kinderen uit de interventie- en de controlegroep (58% versus 56%, $p=0.772$). Ook zijn er geen significante verschillen gevonden in de mate van klinische depressie (21.8% versus 22.2%. $p=0.961$).
- Bij alle drie de follow-up momenten zijn er geen negatieve effecten gevonden.

Onderzoek 3: Nederlandse Randomized Controlled Trial naar de effecten van de Cool Little Kids interventie (in uitvoering)

Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja*

- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant ja*

** Als bij één van de vragen hierboven 'nee' is geantwoord is het belangrijk dat hieronder in de beschrijving van het onderzoek goed naar voren komt dat het doel, de doelgroep, de aanpak en het theoretisch model van de bestudeerde interventie voldoende overeenkomen met de Nederlandse situatie en/of de op dit werkblad beschreven interventie.*

- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja

- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja

Momenteel wordt er door de Universiteit Leiden een onderzoek uitgevoerd naar de (kosten)effectiviteit van de Nederlandse versie van de CLK-interventie. Dit onderzoek betreft een randomized controlled trial en wordt uitgevoerd in samenwerking met onder andere de GGD Amsterdam MOC 't Kabouterhuis, Prezens en Youz. Voor dit onderzoek zullen er naar verwachting ongeveer 170 ouders en kinderen worden onderzocht, waarvan de helft de CLK-interventie krijgt en de andere helft een boek met algemene opvoedtips ontvangt (controlegroep). Voorafgaand, direct na en 6 en 12 maanden na de interventie zullen de ouders uit beide condities een vragenlijst invullen en deelnemen aan een klinisch interview over de angstklachten van hun kind. De resultaten van dit onderzoek worden in 2024 verwacht.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Samengevat gaat de Cool Little Kids interventie uit van een aantal werkzame elementen:

- Het maakt gebruik van verschillende CGT-elementen: psycho-educatie, exposure, inzetten van beloningen en terugvalpreventie.
- Het bevat een gestructureerde aanpak met concrete doelen die vastligt in handleiding, waarbij uitvoerders getraind worden in de methode middels een train-de-trainer module.
- Het is gericht op de ouders en hun opvoedgedrag aangezien die bij jonge kinderen een grote rol in het algemeen spelen en meer specifiek op de ontwikkeling van angstproblemen.
- Het wordt gegeven in de vorm van groepsbehandelingen, één van de meest effectieve interventies om emotionele en gedragsproblemen bij jonge kinderen te verminderen.
- Het maakt gebruik van een zeer efficiënte methode om gezondheidsproblemen te voorkomen door gebruik te maken van secundaire, geïndiceerde preventie. De CLK-interventie richt zich daarmee op peuters en kleuters met een angstgevoelig temperament, om te voorkomen dat deze klachten zich ontwikkelen tot een angststoornis.

6. Aangehaalde literatuur

- Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development, 76*(6), 1144-1159. doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00840.xi1
- Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *The Cochrane database of systematic reviews*, CD003680. doi: 10.1002/14651858.CD003680.pub3.
- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programs for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Systematic Review*. doi: 10.1002/14651858.CD002020.pub4
- Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should Parents Be Co-Clients in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 569–581. doi: 10.1207/s15374424jccp3403_12
- Baumrind, D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development, 1966*, 37, 887-907.
- Bayer, J. K., Beatson, R., Bretherton, L., Hiscock, H., Wake, M., Gilbertson, T., Mihalopoulos, C., Prendergast, L. A., & Rapee, R. M. (2018). Translational delivery of Cool Little Kids to prevent child internalising problems: Randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 52*(2), 181–191. <https://doi.org/10.1177/0004867417726582>
- Bayer, J. K., Brown, A., Prendergast, L. A., Bretherton, L., Hiscock, H., Mihalopoulos, C., Nelson-Lowe, M., Gilbertson, T., Noone, K., Bischof, N., Beechey, C., Muliadi, F., & Rapee, R. M. (2022). Follow-up of the Cool Little Kids translational trial into middle childhood. *Journal of child psychology and psychiatry, 63*(1), 88–98
- Bayer, J. K., Prendergast, L. A., Brown, A., Harris, L., Bretherton, L., Hiscock, H., Beatson, R., Mihalopoulos, C., & Rapee, R. M. (2021). Cool Little Kids translational trial to prevent internalizing: two-year outcomes and prediction of parent engagement. *Child and adolescent mental health, 26*(3), 211–219.
- Bischof, N. L., Rapee, R. M., Hudry, K., & Bayer, J. K. (2018). Acceptability and caregiver-reported outcomes for young children with autism spectrum disorder whose parents attended a preventative population-based intervention for anxiety: A pilot study. *Autism research, 11*(8), 1166–1174. doi: 10.1002/aur.1963
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 32*(3), 483-524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002

- Bodden, D. H., Dirksen, C. D., & Bogels, S. M. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 487-497. doi:10.1007/s10802-007-9194-4
- Bodden, D.H.M., Bögels, S.M., Nauta, M.H., Haan, E. de, Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A.G., & Appelboom-Geerts, K.C.M.M. (2008). Child versus family cognitive behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394.
- Chorpita, B.F., & Daleiden, E.L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 566-579.
- Chronis-Tuscano, A., Degnan, K. A., Pine, D. S., Perez-Edgar, K., Henderson, H. A., Diaz, Y., . . . & Fox, N. A. (2009). Stable early maternal report of behavioral inhibition predicts lifetime social anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9), 928-935. doi:doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181ae09df
- Clarke, K., Cooper, P., & Creswell, P. (2013). The parental overprotection scale: Associations with child and parental anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 151, 618-624, doi:10.1016/j.jad.2013.07.007
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066-1075. doi: 10.1016/j.jaac.2012.08.002
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D. Albano, A. M. Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959. doi: 10.1097/01.chi.0000127589.57468.bf.
- Connolly, S. D. (2008). Praktijkrichtlijnen voor diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen. *Kind en Adolescent Review*, 15(1), 5-41.
- 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>
- Drake, L. K., & Ginsburg, G. S. (2011). Parenting practices of anxious and non-anxious mothers: A multi-method multi-informant approach. *Child and Family Behavior Therapy*, 33, 299-321.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Kennedy, S., (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51, 313-321. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02160.x

- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, 56, 235-262. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141532
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T. & Hutchings, J., Smith, S.M., & Donnelly, M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. (2012). *Campbell Systematic Reviews*,2. doi: 10.4073/csr.2012.12
- Gouze, K.R., Hopkins, J., Bryant, F.B., & Lavigne, J.V., (2017). Parenting and Anxiety: Bi-directional Relations in Young Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 1169–1180.
- Grover, R. L., Ginsburg, G. S., & Ialongo, N. (2005). Childhood predictors of anxiety symptoms: a longitudinal study. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2), 133-153. doi:10.1007/s10578-005-3491
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578. doi:10.1176/appi.ajp.158.10.1568
- Higa-McMillan, C.K., Francis, S.E., Rith-Najarian, L., & Chorpita B. F., (2016). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45:2, 91-113, doi: 10.1080/15374416.2015.1046177
- Hugh-Jones, S., Beckett, S., Tumelty, E., & Mallikarjun, P. (2021). Indicated prevention interventions for anxiety in children and adolescents: a review and meta-analysis of school-based programs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 849-860. doi:10.1007/s00787-020-01564-x
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15-24. doi: 10.1159/000096361.
- 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 of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub3
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 282–297. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.282
- Koldijk, M. (2019). *Procesevaluatie van het angst preventieprogramma Cool Little Kids*. GGD Amsterdam.

- Kosters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., & Koot, H. M. (2015). Indicated Prevention of Childhood Anxiety and Depression: Results from a Practice-Based Study up to 12 Months After Intervention. *Am J Public Health, 105*(10), 2005-2013. doi:10.2105/AJPH.2015.302742
- Lawrence, P. J., Murayama, K., & Creswell, C. (2019). Systematic review and meta-analysis: Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*, 46–60. doi:10.1016/j.jaac.2018.07.898
- Liber, J.M., Van Widenfelt, B.M., Utens, E.M.W. J., Ferdinand, R.F., Leeden, A. van der, van Gastel, W., & Treffers, P.D.A. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 886-893
- Liu, J., Chen, X., & Lewis, G. (2011). Childhood internalizing behaviour: Analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(10), 884-894. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01743.x
- Mackenbach, J. P., & Stronks, K. (2016). *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mammarella, I.C., Donolato, E., Caviola, S., & Giofrè, D (2018). Anxiety profiles and protective factors: A latent profile analysis in children. *Personality and Individual Differences, 124*, 201-208. doi:10.1016/j.paid.2017.12.017.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 155–172. doi:10.1016/j.cpr.2006.09/002.
- Micco, J. A., Henin, A., Mick, E., Kim, S., Hopkins, C. A., Biederman, J., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2009). Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1158–1164. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.02
- Michelson D, Davenport C, Dretzke J, Balow, J., & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*, 18-34. doi: 10.1007/s10567-013-0128-0
- Monga, S., Young, A., Owens, M. (2009). Evaluating a cognitive behavioural group program for five to seven year old children: A pilot study. *Depression and Anxiety, 27*, 243–250. doi: 10.1002/da.20551
- Nauta, M.H., Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G., & Minderaa, R.B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1270-1278.

- Nederlands Jeugdinstituut. (2021). *Angst - gevolgen*.
<https://www.nji.nl/AngstProbleemschets-Gevolgen>
- Platt, R., Williams, S. R., & Ginsburg, G. S. (2016). Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry and Human Development, 47*(1), 23-34. doi:10.1007/s10578-015-0540-4
- Polanczyk, G. V., 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. doi:10.1111/jcpp.12381
- Rapee, R. M. (2013). The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalizing: follow-up into middle adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(7), 780-788. doi:10.1111/jcpp.12048
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 488-497. doi:10.1037/0022-006X.73.3.488
- Rapee, R. M., Kennedy, S. J., Ingram, M., Edwards, S. L., & Sweeney, L. (2010). Altering the Trajectory of Anxiety in At-Risk Young Children. *American Journal of Psychiatry, 167*, 1518-1525. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09111619
- 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*(4), 251-262. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.005.
- Silverman, W.K., Pina, A.A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907.
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2015). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine, 46*(1), 11-26. doi:10.1017/s0033291715001725
- Ten Have, M., van Dorsselaer, S., & de Graaf, R. (2012). *Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht.
- Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing disorders in early childhood: a review of depressive and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*(3), 593-610. doi:10.1016/j.chc.2009.03.004
- Van der Bruggen, C. O., Stams, G. J. J. M., & Bogels, S. M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic

review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1257–1269.
doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01898.

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

Vreeke, L. J. (2013). *Early Screening of an Anxiety-prone Temperament in Young Dutch Children with a Multi-ethnic Background*. Erasmus University Rotterdam.

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. S., & Kendall, P. C. (2008). Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753–2766. doi:10.1056/NEJMoa0804633.

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. doi: 10.1016/j.cpr.2016.12.002

White, L. K., McDermott, J. M., Degnan, K. A., Henderson, H. A., & Fox, N. A. (2011). Behavioral inhibition and anxiety: the moderating roles of inhibitory control and attention shifting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(5), 735-747. doi:10.1007/s10802-011-9490-x

Wittkowski, A., Dowling, H., & Smith, D.M. (2016). Does engaging in a group-based intervention increase self-efficacy in parents of preschool children? A systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3173-3191. doi: 10.1007/s10826-016-0464-z.

Zwirs, B. W., Burger, H., Schulpen, T. W., Wiznitzer, M., Fedder, H., & Buitelaar, J. K. (2007). Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *Journal of abnormal child psychology*, 35(4), 556–566. doi: 10.1007/s10802-007-9112-9.

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.

