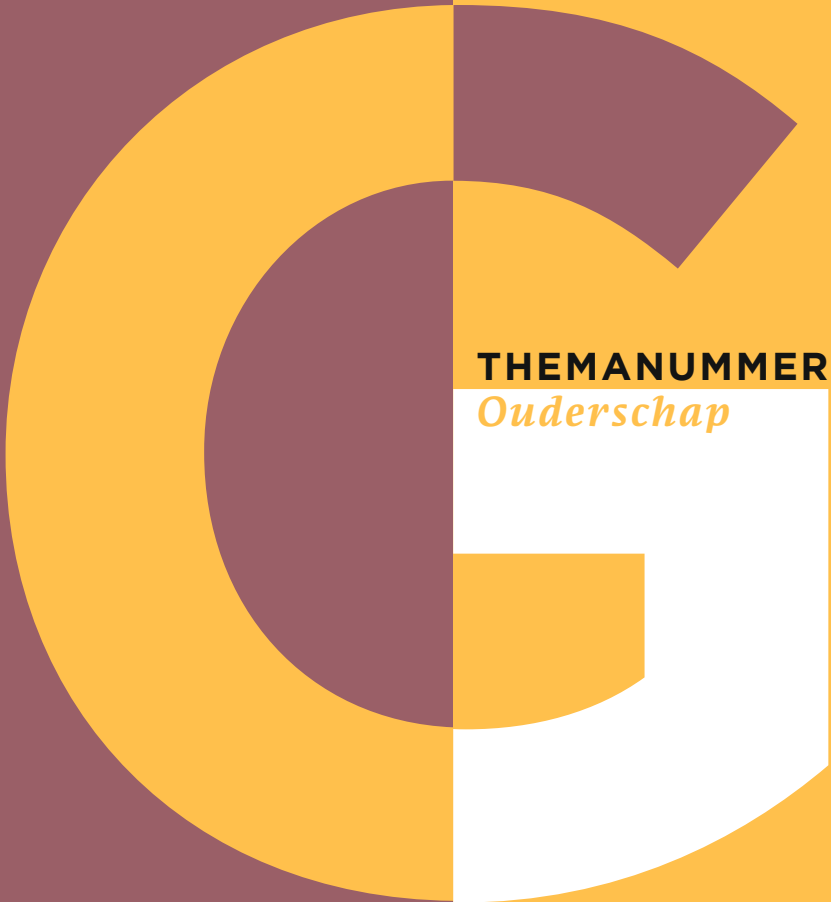


GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*

A large, stylized letter 'G' is the central graphic. It is composed of two main colors: a dark maroon and a bright yellow. The 'G' is split vertically, with the left half being maroon and the right half being yellow. The top and bottom curves of the 'G' are also split, with the maroon side on the left and the yellow side on the right. The 'G' is set against a background that is split vertically into maroon and yellow. On the left and right sides of the cover, there are vertical bars of alternating maroon and yellow segments.

THEMANUMMER

Ouderschap

JAARGANG 55 NUMMER 4 DECEMBER 2022

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Else Salemink, *hoofredacteur*
Elise Debeer
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Jaap Lancee
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Sandra Verbeken
Janneke Wolters, *redactiesecretaris*

Redactieraad

dr. Anika Bexkens, prof. dr. Claudy Bockting,
prof. dr. Paul Boelen, prof. dr. Theo K.
Bouman, prof. dr. Caroline Braet, dr.
Suzanne van Bronswijk, dr. Vincent van
Bruggen, prof. dr. Iris Engelhard, dr. Klaske
Glashouwer, prof. dr. Dirk Hermans, prof.
dr. Jan de Houwer, prof. dr. Jos de Keijser, dr.
Ellen R. Klaassens, dr. Rianne de Kleine, em.
prof. dr. Kees Korrelboom, prof. dr. Ernst
Koster, prof. dr. Marije van der Lee, prof. dr.
Sandra Mulkens, prof. dr. Saskia van der
Oord, dr. Kaya Peerdeman, prof. dr. Rudi De
Raedt, prof. dr. Filip Raes, dr. Jeffrey
Roelofs, prof. dr. Agnes Scholing, prof. dr.
Christiaan Schotte, prof. dr. Anne Speckens,
prof. dr. Philip Spinhoven, prof. dr. Johan
Vlaeyen, dr. Marisol Voncken, prof. dr.
Reinout Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Weltevreden 61
3811 NR Amersfoort
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tv.g.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen
(opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam
(basisontwerp)

© 2022

Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 520 0120
abonnementen@bua.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap.

Voor de actuele prijzen en mogelijke abonnementsvormen, zie:
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever



.....

We hebben een mooie afsluiter van het jaar 2022: een themanummer over het onderwerp ouderschap. Themanummers kunnen op verschillende manieren ontstaan. Soms zijn ze een initiatief van een aantal leden van de vaste redactie, zoals bij het themanummer over netwerkmodellen, soms geven jullie als lezers aan (via e-mail, gesprekken op bijvoorbeeld het najaarscongres of in een enquête) wat je graag in een themanummer zou zien. Het huidige nummer over ouderschap is het resultaat van suggesties in een enquête: er was duidelijk behoefte aan een nummer dat gewijd werd aan kinderen en jongeren. Dit sloot naadloos aan bij de behoeften en doelen van de sectie Kinder- en Jeugdgedragstherapie van de VGCT. Ik ben heel blij dat Juliëtte Liber en Joke Smit, respectievelijk aantredend en scheidend voorzitter van de sectie, de organisatie op zich namen. In mei 2021 hadden we een eerste overleg, waarna zij dit gehele nummer hebben samengesteld. Een uitdagend, maar ook waardevol proces, want nu ligt er dit mooie themanummer, dat als het goed is dus aansluit bij jullie behoeften.

In dit nummer krijg je informatie over verschillende facetten van ouderschap: in relatie tot psychische klachten, maar ook in relatie tot behandeling. Je zult lezen over gehechtheidsontwikkeling, ouders en gezinnen; toegepast op onder andere emotie-eten, angst en depressie bij kinderen en jongeren. Het themanummer bevat ook een nabeschouwing met een inhoudelijke reflectie op de verschillende bijdragen. Het lijkt mij dat de sectie hiermee haar doel 'leden informeren over nieuwe ontwikkelingen in het vakgebied waarbij de wetenschappelijke insteek wordt geborgd' fantastisch behaald heeft.

Op deze plaats dank ik, naast alle auteurs die een bijdrage leverden, Juliëtte Liber en Joke Smit hartelijk voor het samenstellen van dit fraaie nummer. Ik geef hun graag het woord voor een inleiding op het thema.

Elske Saleminck
Hoofdredacteur

Inleiding

JOKE SMIT & JULIËTTE LIBER

Binnen de sectie Kinder- en Jeugdgedragstherapie van de VGCT leeft al langer de behoefte om de mogelijkheden van de cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van psychische klachten bij kinderen en jeugdigen, en het betrekken van belangrijke anderen daarbij, zichtbaarder te maken. Zo zien we in het werkveld een soms wat eenzijdige en nauwe opvatting van cognitieve gedragstherapie, en wel als een methodiek die alleen werkt met protocollen gericht op de psychische klachten van individuele jeugdigen. Die nauwe opvatting lijkt samen te gaan met het idee dat cognitieve gedragstherapie beperkt is tot protocollen die uitgewerkt zijn in toegankelijke en aantrekkelijke werkboeken die bij afgebakende populaties jeugdigen effectief zijn. Naar onze mening klopt dit perspectief niet en kan het ertoe leiden dat cognitieve gedragstherapie te eenzijdig wordt opgevat en toegepast.

Weisz en collega's hebben in hun artikel (2019) laten zien dat de effectiviteit van psychotherapie bij kinderen en jeugdigen de afgelopen 50 jaar niet is toegenomen, sterker nog, bij sommige problematiek misschien zelfs wel is afgenomen. Dit is een zorgelijke bevinding. Wanneer we kijken naar meta-analyses gericht op cognitief-gedragstherapeutische behandeling van internaliserende en externaliserende problematiek in reguliere klinische settings (*routine clinical care*), wordt een significant en groot effect gerapporteerd (Wergeland et al., 2021: internaliserende problemen, $g = 1,50$; Riise et al., 2021: externaliserende problemen, $g = 0,91$). Weisz en collega's (2019) geven verschillende verklaringen voor de tegenvallende resultaten na 50 jaar effectiviteitsonderzoek. Zij wijzen onder andere op het risico van het eenzijdig scholen van behandelaren in technieken (protocollen) en van het onvoldoende scholen in de onderliggende theorie die evidence-based practice mogelijk maakt. Naar onze mening dient een kind- en jeugdgedragstherapeut zowel theoretisch gedegen onderlegd te zijn als veelzijdig, flexibel en creatief, en tevens in staat te zijn de uitgewerkte protocollen op maat en onderbouwd te vertalen naar de mogelijkheden en behoeften van het kind in en met zijn context.

Specifiek bij het werken met kinderen en jeugdigen dient benadrukt te worden dat de cognitief gedragstherapeut dan altijd te maken heeft met de context van het kind, het systeem waarin het kind opgevoed wordt, en de invloed van dit systeem op ontstaan en instandhouding van de problematiek.

Dit is van toepassing op de hele brede range lopend van *infant mental health* tot en met transitiepsychiatrie. De invloed van de context op de problemen van het kind kan binnen de cognitieve gedragstherapie inzichtelijk worden weergegeven in een gedegen holistische theorie. Dat vraagt van kind- en jeugdgedragstherapeuten dat zij kennis hebben van ontwikkelingspsychologie en orthopedagogiek, en dat zij kunnen werken met of via de ouders of andere betrokkenen uit het systeem of de context. Dit kan vorm krijgen in ouderbegeleiding, oudermediatietherapie of ouder- en systeembehandeling. In veel klinische settings wordt het werken met de ouders standaard gescheiden van de individuele therapie van het kind, maar binnen de cognitieve gedragstherapie is dit soms niet wenselijk. Zeker wanneer de ouderbehandelaar geen kennis heeft van cognitieve gedragstherapie, kan het moeilijk zijn om de ouders zodanig op passende wijze te betrekken dat ze de behandeling van het kind goed ondersteunen in de thuissituatie. Wij vinden het belangrijk dat er binnen de kind- en jeugdgedragstherapie aandacht is voor het werken met ouders en systemen als een van de elementen waarmee we onze behandelingen kunnen verbeteren.

De sectie Kinder- en Jeugdgedragstherapie heeft er daarom voor gekozen dit themanummer te wijden aan het thema ouderschap in de breedste zin van het woord. De verschillende bijdragen geven weer hoe ouders betrokken kunnen worden bij de behandeling van hun kind en welk effect dit heeft op de resultaten.

Guy Bosmans en collega's beschrijven in hun artikel de ontwikkeling van een leertheoretisch verklaringsmodel van hechtingsproblematiek. Zij beschrijven daarbij hoopvolle implicaties voor de behandeling van deze problematiek vanuit cognitief-gedragstherapeutisch en systemisch perspectief. Ook beschrijven Bosmans en collega's hoe de inzichten en ervaringen die zij hebben opgedaan met de behandeling vanuit dit verklaringsmodel hebben geleid tot nadenken over hervormingen in de opleiding tot cognitief gedragstherapeut in België, een pleidooi dat aansluit bij de visie van de sectie Kinder- en Jeugdgedragstherapie.

Ook Roseriet Beijers en collega's nemen systemische aspecten mee in hun studie naar emotie-eten. Zij onderzoeken in een longitudinale studie het verband tussen enerzijds de kwaliteit van de ouder-kindrelatie en hechting op zeer jonge leeftijd van het kind, en anderzijds emotie-eten op 12- en 16-jarige leeftijd. Deze studie sluit mooi aan bij de hernieuwde belangstelling voor de invloed van hechting binnen de cognitieve gedragstherapie. Gezien de huidige toename van eetproblemen na de coronapandemie is dit bovendien een zeer actueel onderwerp.

Bonny van Steensel en collega's beschrijven hoe zij onderzocht hebben op welke manier ervaren steun zowel vanuit kindperspectief als vanuit ouderperspectief invloed heeft op de mate waarin kinderen van angstbehandeling profiteren. Hoewel de mate van ervaren steun niet direct samen lijkt te hangen met de effectiviteit van de behandeling van angstklachten bij kinderen, levert

dit onderzoek wel interessante inzichten en nieuwe vragen op rondom de rol van ouders of het systeem bij de behandeling van kinderen en jeugdigen.

Ten slotte beschrijven Bernet Elzinga en collega's hoe zij in samenwerking met de praktijk een interventie hebben ontwikkeld specifiek voor ouders van depressieve adolescenten. Deze ouders ervaren vaak onmacht (en lange wachtlijsten). Ook dit onderwerp is na de coronapandemie een nog belangrijker thema geworden en tevens een voorbeeld van de variatie in de wijze waarop ouders betrokken kunnen worden bij de cognitieve gedragstherapie van hun kinderen.

Al met al een boeiende variatie aan artikelen, die op diverse manieren het belang laten zien van het werken met ouders in, of in combinatie met, de behandeling van hun kind. Wij hopen echter dat dit nummer niet alleen enthousiast ontvangen wordt door cognitief gedragstherapeuten die met jeugdigen werken, want uit het collegiale veld weten we dat cognitief gedragstherapeuten 'natuurlijk' ook ouders betrekken. We hopen juist dat lezers uit het bredere veld en cognitief gedragstherapeuten die met volwassenen werken deze artikelen met interesse zullen beschouwen. Ook in de behandeling van volwassenen, die veelal zelf opvoeder zijn, is de invloed van ouderschap op de eigen problematiek en vice versa een belangrijk thema. Kennis van ouderschap en van de resultaten uit de onderzoeken die in deze artikelen worden beschreven, geven hopelijk een breed lezerspubliek stof tot nadenken en inspiratie om breder te kijken naar de cliënt en het cliëntsysteem.

De nabeschuiving op dit nummer, geschreven door Lisbeth Utens in samenwerking met Luuk Stapersma, geeft daartoe een voorzet. De auteurs reflecteren daarin gedegen en grondig op de onderzoeken die in de artikelen zijn beschreven. Voor de klinische praktijk ondersteunen zij de visie dat aandacht voor de ouder-kindrelatie van belang is als een transdiagnostische benadering. Zij ondersteunen ook het pleidooi om in de opleiding van kind- en jeugdgedragstherapeuten aanvullende training en supervisie in specifieke systemische gespreksvoering nader gestalte te geven. Hopelijk blijft dit pleidooi niet beperkt tot opleidingen voor kind- en jeugdgedragstherapeuten.

We zijn alle auteurs zeer dankbaar dat zij speciaal voor dit themanummer een bijdrage hebben geschreven. Wij wensen u veel leesplezier en inspiratie toe!

Joke Smit is gz-psycholoog, cognitief gedragstherapeut VGCT, docent en supervisor VGCT, en scheidend voorzitter sectie Kinder- en Jeugdgedragstherapie.

Juliëtte Liber is orthopedagoog-generalist, cognitief gedragstherapeut VGCT, universitair docent en aantredend voorzitter sectie Kinder- en Jeugdgedragstherapie.

Correspondentieadres: Joke Smit, Praktijk Eefde, Rustoordlaan 10, 7211 AX Eefde.

E-mail: ja.smit@praktijkeefde.nl. Juliëtte Liber, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, afdeling Ontwikkelingspsychologie, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht. E-mail: j.m.liber@uu.nl.

Literatuur

- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., & Öst, L. G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101954.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14, 216-237.
- Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., & Öst, L. G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918.

Gehechtheidsontwikkeling in leertheoretisch perspectief

Handvatten voor (gedrags)therapeutisch
werken met gezinnen

GUY BOSMANS, MARIAN BAKERMANS-KRANENBURG, LEEN VAN
VLIERBERGHE, MARTINE VERHEES, BRAM VERVLIT, DIRK HERMANS 
MARINUS VAN IJZENDOORN

Samenvatting

Er is groeiende interesse bij hulpverleners om gehechtheidstheorie te gebruiken bij het begeleiden van kinderen, jongeren en gezinnen. Maar het metaforische taalgebruik van die theorie staat het praktisch handelen soms wat in de weg. Daarom hebben wij een meer concrete leertheorie over gehechtheid ontwikkeld om in de praktijk mee aan de slag te gaan. Volgens deze leertheorie ontwikkelt gehechtheid zich via een aangeboren, biologisch verankerd systeem waardoor kinderen leren in welke mate ze kunnen vertrouwen op hun gehechtheidsfiguur en tijdens stress steun bij hen kunnen zoeken. We baseren onze leertheorie op onderzoek naar leren en conditioneren dat meer inzicht geeft in de individuele ontwikkeling van gehechtheid bij kinderen. Vanuit dit theoretische model kunnen hulpverleners hun communicatie met gezinnen organiseren, een functieanalyse van gezinsinteracties uitvoeren en specifieke strategieën formuleren die de ontwikkeling van veilige gehechtheid stimuleren. Hierbij schenken we speciale aandacht aan interventies gericht op discriminatieve stimuli en bekrachtigers (antecedente- en consequente-controlestrategieën) en op voorwaardelijke prikkels (exposuretherapie). Dit artikel illustreert hoe onze leertheorie over gehechtheid praktische handvatten aanreikt om gehechtheid beter te begrijpen en om gehechtheidsproblemen te behandelen.

Trefwoorden: gehechtheid, leertheorie, kinderen, jongeren

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Gehechtheidstheorie biedt een waardevol kader om relationele dynamieken tijdens ouder-kindinteracties te begrijpen, maar de oorspronkelijke, narratief geformuleerde theorie biedt weinig handvatten voor (gedrags)therapie.
- ▶ Analyse van bestaand onderzoek en nieuwe studies suggereren dat de ontwikkeling van veilige versus onveilige gehechtheid deels begrepen kan worden als een leerproces met klassieke en operante leercomponenten.
- ▶ Dit inzicht kan vertaald worden naar concreet en toetsbaar klinisch handelen dat de effectiviteit van bestaande gedragstherapeutische interventies kan versterken.

INLEIDING

.....

Bowlby (1969) ontwikkelde zijn gehechtheidstheorie vanuit het in zijn tijd innovatieve idee dat ouders niet enkel belangrijk zijn voor het voeden van hun baby. Dankzij zijn werk werd duidelijk dat baby's niet alleen willen drinken, maar tijdens stress of verdriet ook behoefte hebben aan de nabijheid, steun en zorg van stabiel aanwezige gehechtheidsfiguren. Dit kunnen de ouders zijn, maar evengoed andere personen met wie de kinderen frequent en langdurig contact hebben, variërend van andere familieleden, adoptie- of pleegouders tot leefgroepopleiding en leerkrachten. Het belangrijkste inzicht was dat variatie in de kwaliteit van de ervaren zorg ertoe bijdraagt dat kinderen veiliger of onveiliger gehecht raken (de Wolff & van IJzendoorn, 1997). Veiliger gehechte kinderen ontwikkelen meer vertrouwen in de zorg die door anderen geboden kan worden en zoeken sneller steun tijdens stress. Onveiliger gehechte kinderen ontwikkelen minder vertrouwen, en zoeken vervolgens alternatieve oplossingen voor hun stress en hun geactiveerde verlangen naar zorg (Cassidy, 2016). Sommige kinderen zijn geneigd om ondanks hun gebrek aan vertrouwen op een aanklappende of dwingende manier alsnog nabijheid en zorg op te eisen: dan gaat het om een meer ambivalente gehechtheid. Andere kinderen zijn geneigd op enige afstand te blijven en hun negatieve emoties te onderdrukken, om een afwijzende reactie van de opvoeder te voorkomen en toch zicht te houden op hun gehechtheidsfiguur: dan betreft het een meer vermijdende gehechtheid.

Onveilige gehechtheid en de ontwikkeling van psychopathologie

.....

Onveilige gehechtheid wordt wel beschouwd als een transdiagnostische risicofactor die de kwetsbaarheid van kinderen verhoogt om later symptomen van psychopathologie te ontwikkelen (Madigan et al., 2016). Zowel crosssectioneel als longitudinaal onderzoek toont aan dat er een consistent verband bestaat tussen onveilige gehechtheid en de ontwikkeling van psychopatho-

logie. Dit wordt bevestigd in verschillende meta-analyses die zijn uitgevoerd bij jonge kinderen, lagereschoolkinderen, adolescenten en volwassenen (bijvoorbeeld Dagan et al., 2018; Madigan et al., 2016). Toch is het verband tussen gehechtheid en psychopathologie niet zo sterk, wat suggereert dat onveilig gehechte kinderen lang niet allemaal symptomen van psychopathologie ontwikkelen. Iets minder dan de helft van de kinderen ontwikkelt een onveilige gehechtheidsrelatie, maar zij hebben zeker niet allemaal therapie nodig, ook al omdat kinderen doorgaans meerdere gehechtheidsrelaties hebben die een buffer kunnen vormen (Bakermans-Kranenburg, 2021). Ook suggereert onderzoek bij volwassenen dat ongeveer 73% van de mensen die hulpverlening zoekt onveilig gehecht is (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009).

Hoewel onveilige gehechtheid dus niet noodzakelijk problematisch is, is het wel een kenmerk van veel mensen die therapeutische hulp zoeken. Onderzoek suggereert dat onveilig gehechte mensen eerder geestelijke-gezondheidsproblemen ontwikkelen als ze blootgesteld worden aan stress (Dujardin et al., 2016). Langdurige blootstelling aan chronische stress (in de omgeving, in de familie, of door eigen ziekte of andere kwetsbaarheden) is een van de meest robuuste oorzaken voor de ontwikkeling van geestelijke-gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld Grant et al., 2014). Een van de effectieve manieren om die stress te reguleren is het ervaren van steun en zorg door anderen (bijvoorbeeld Wirtz et al., 2006). Onveilig gehechte personen zoeken tijdens stress minder gemakkelijk nabijheid en steun bij gehechtheidsfiguren, waardoor de kans groter is dat zij bij stress psychopathologie ontwikkelen (Dujardin et al., 2016). Het stimuleren of herstellen van veilige gehechtheidsrelaties is dan ook een veelbelovende strategie om individuen met geestelijke-gezondheidsproblemen te helpen (Diamond et al., 2016).

Toch staan veel therapeuten kritisch ten opzichte van de gehechtheidstheorie en het focussen op gehechtheid tijdens behandelingen (Bosmans, 2016). Dit heeft onder meer te maken met de soms wat vage basisconcepten uit de theorie (Duschinsky, 2020). Bowlby (1969) koos er bewust voor zijn theorie te formuleren in een vocabularium dat erg intuïtief aanvoelt, om zo zijn ideeën beter te kunnen verspreiden onder het brede publiek (Duschinsky, 2020). Het resultaat was echter dat men de theorie in de (klinische) praktijk op uiteenlopende manieren begon te interpreteren (Beckwith, 2021; Verhage et al., 2022) en dat sommige klinici zeer controversiële interventies ontwikkelden die in feite niets met gehechtheidstheorie te maken hadden, maar die wel erg populair werden. Tijdens holdingtherapie bijvoorbeeld houdt men kinderen die emotioneel overspoeld zijn en die agressief reageren op stress fysiek vast tot ze weer gekalmeerd zijn, vanuit het idee dat dit goed is om de verbinding met de opvoeder te herstellen. Er is echter geen evidentie dat holdingtherapie werkt. Bovendien zijn er al meermaals kinderen door overleden (Haney, 2021). Vanwege dit soort praktijken raakte de gehechtheidstheorie helaas bij veel therapeuten in diskrediet, waardoor

de belangrijke inzichten en bevindingen ervan uit het oog werden verloren, en effectieve interventies die wel ontwikkeld werden vanuit de gehechtheidstheorie (bijvoorbeeld Diamond et al., 2016; Juffer et al., 2017) minder aandacht krijgen dan ze verdienen.

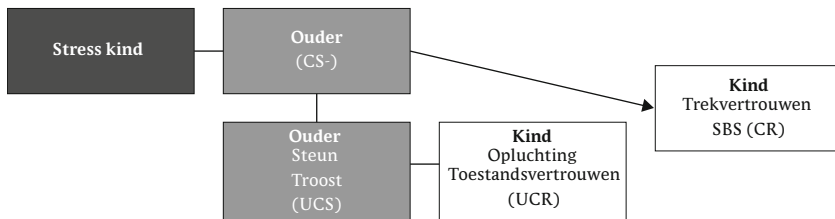
DE LEERTHEORIE OVER GEHECHTHEID

.....

Gehechtheid blijft een belangrijk ontwikkelingsdomein, maar er zijn heldere concepten nodig om de theorie vruchtbaar om te zetten in klinische praktijk. Dit kan helpen om beter te begrijpen hoe bestaande effectieve interventies werken en vervolgens strategieën te ontwikkelen om de effectiviteit van dergelijke interventies te vergroten. In een poging om de abstracte theorie te vertalen naar een meer concreet en toetsbaar model dat tevens toelaat om meer structuur aan te brengen in het klinisch handelen, formuleerden we een leertheorie over gehechtheid (Bosmans, Bakermans-Kranenburg et al., 2020) en een vertaling ervan naar de klinische praktijk (Bosmans et al., 2022). De huidige bijdrage kan gezien worden als een praktische integratie van deze beide papers. Volgens deze leertheorie is het gehechtheidssysteem aangeboren, maar ontstaan er individuele verschillen in vertrouwen (veilige versus onveilige gehechtheid) als gevolg van het leren uit ervaringen van veiligheid: 'veiligheidsleren' (*safety conditioning*) (Grasser & Jovanovic, 2021). Dit verwijst naar een proces waarin kinderen leren dat bepaalde prikkels voorspellers zijn van veiligheid. Zo zal kou voor baby's bedreigend en stresserend zijn. Als de ouder (*conditional stimulus*; CS) de stress opmerkt en ervoor zorgt dat de baby verzorgd en verwarmd wordt (*unconditional stimulus*; UCS), zal de kou verdwijnen en het kind zich opgelucht in plaats van gestrest voelen (*unconditional response*; UCR). Na herhaaldelijk samen voorkomen wordt de CS de voorspeller van dat gevoel van opluchting (dan aangeduid als CS-). De verwachting dat de ouder die zorg zal bieden en het kind zal helpen om zich beter te voelen is de *conditional response* (CR).

Volgens onze leertheorie over gehechtheid kan een gehechtheidsfiguur een veiligheidssignaal worden (CS-_{ouder}) als die figuur bij stress van het kind steun en zorg biedt (UCS). Steun geeft een gevoel van opluchting bij het kind en activeert een gevoel van vertrouwen en veiligheid. Onderzoek toont aan dat vertrouwen deels een toestand is die fluctueert in reactie op ervaringen in het hier-en-nu (Vandevivere et al., 2018; Verhees et al., 2022). We spreken dan van 'toestandsvertrouwen'. Stijging van toestandsvertrouwen gaat samen met endocriene veranderingen bij het kind (onder meer daling van cortisol, stijging van oxytocine en stijging van dopamine; UCR). Als toestandsvertrouwen geregeld geactiveerd wordt door de zorg van de ouder, krijgen kinderen toenemend vertrouwen in de zorg van de ouder, wat een effect heeft op het 'trekvertrouwen' (CR). Trekvertrouwen is het algemene niveau van vertrouwen en fluctueert minder dan het toestandsvertrouwen

(Verhees et al., 2022). Bovendien zien we dat deze kinderen een cognitief script ontwikkelen over het verloop van een succesvolle gehechtheidsinteractie (een *secure base script*; SBS; CR). Dit is de klassieke leercomponent van de leertheorie, waarin de gehechtheidsfiguur voor het kind een specifieke betekenis krijgt, omdat die figuur al dan niet een betrouwbare voorspeller wordt van succesvolle stressregulatie en een rustgevend gevoel van geborgenheid (zie figuur 1).



FIGUUR 1 *Klassieke component van de leertheorie over gehechtheid*

Naast de klassieke leercomponent is er een operante leercomponent (figuur 2). Als kinderen leren te vertrouwen op de beschikbaarheid van de ouder als steunfiguur tijdens stress, zullen zij tijdens stress (discriminatieve stimulus; Sd) trachten die steun opnieuw te krijgen (steunzoekend gedrag; reactie; R), wat bekrachtigd wordt doordat het kind opnieuw opluchting en toestandsvertrouwen ervaart (*reinforcing stimulus*; Sr) als die steun gegeven wordt. Op die manier wordt de veilige gehechtheidsontwikkeling op trekniveau (inclusief de SBS-ontwikkeling; CR) weer versterkt.



FIGUUR 2 *Operante component van de leertheorie over gehechtheid*

Als het kind tijdens stress geen steun of zelfs afwijzing (UCS) ervaart van de ouder (CS_{ouder}), zal het op dat moment meer stress en een daling van toestandsvertrouwen ondervinden (UCR; Verhees et al., 2022). Na verschillen van zulke leerervaringen ontstaan breuken in het vertrouwen. Kinderen ontwikkelen dan scripts dat steun niet beschikbaar is en dat ze niet de moeite waard zijn om steun en zorg te krijgen (CR). In deze context (Sd) zal het kind tijdens stress eerder aanklappend, eisend gedrag of juist vermijdend gedrag gaan vertonen. Het angstig aanklappende of eisende gedrag wordt in stand gehouden door intermitterende ('afwisselende') bekrachtiging als de behoefte aan steun soms juist wel beantwoord wordt door de ouders (+Sr+). Als de interactie met de ouders meestal tot pijn of teleurstelling leidt, helpt het vermijdende gedrag om die pijn of teleurstelling te vermijden (-Sr-).

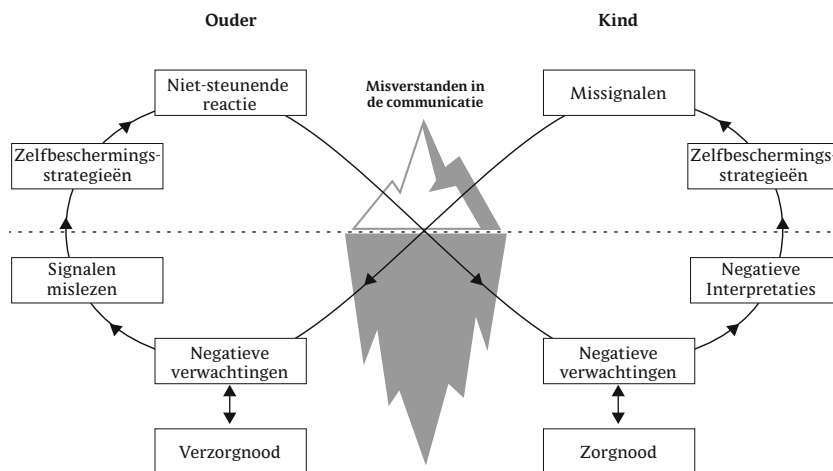
ONVEILIG GEHECHTHEIDSLEREN WORDT GESTUURD DOOR DE ONVEILIGE CYCLUS VAN GEHECHTHEID

271

.....

Terwijl succesvolle gehechtheidsinteracties de logica van het secure base script volgen, worden onveilige gehechtheidsinteracties gekenmerkt door wat we een 'onveilige cyclus' noemen (figuur 3, gebaseerd op: Kobak & Bosmans, 2019). In wat nu volgt, zullen we beschrijven hoe die onveilige cyclus eruit ziet. De beschrijving van de onveilige cyclus kan starten aan de kant van het kind en aan de kant van de ouder. Aan de kant van het kind activeert stress (bijvoorbeeld kou en angst, maar ook conflicten met gehechtheidsfiguren) de behoefte aan steun van de ouder, maar door omstandigheden kunnen er misverstanden in de communicatie ontstaan. Soms ziet de ouder niet dat er zorgnoden zijn bij het kind, soms ervaart het kind niet dat er een zorgreactie is van de ouder. Dit voelt dan als een teleurstelling, die bij onveiliger gehechte kinderen herinneringen aan oude teleurstellingen in de relatie activeert, waardoor zij verwachten opnieuw gekwetst te zullen worden door de ouder (Bosmans et al., 2014; Dujardin et al., 2014). Dit kleurt hun informatieverwerking zodanig dat ze alles wat hun ouder op dat moment doet op een negatieve manier interpreteren (de Winter et al., 2017). Het versterkt hun angst dat ze opnieuw pijn en teleurstelling zullen ervaren, waartegen ze zich wapenen met zelfbeschermingsstrategieën (Cassidy, 2016). Zoals aangegeven, kunnen deze strategieën eisend/aanklampend of juist vermijdend zijn, wat zich uit in gedrag dat in feite begrepen kan worden als een foutief of niet-gecommuniceerde behoefte aan steun (in figuur 3 samengevat als 'missignalen'). Sommige kinderen worden dan oppositioneel, (veel)eisend en verwijtend, andere worden afwijzend, trekken zich terug en laten de ouder emotioneel niet meer in hun buurt komen. Ze manifesteren zich daarbij als onkwetsbaar en geven de indruk de ouder niet nodig te hebben (Ainsworth et al., 2015).

Dit soort gedrag is natuurlijk niet betekenisloos voor ouders die ernaar verlangen zichzelf een goede gehechtheidsfiguur te voelen, die gewaardeerd willen worden voor hun inspanningen om voor hun kind te zorgen en hun kind willen helpen om op een evenwichtige manier volwassen te worden (bijvoorbeeld Mouton & Roskam, 2015). De foutief of niet-gecommuniceerde zorgnoden activeren bij de ouder de angst dat die idealen gefrustreerd worden en dat de ontwikkeling van hun kind of de relatie met hun kind in gevaar is. Dit voedt negatieve verwachtingen over het kind en diens intenties, en verhoogt het risico op een letterlijke interpretatie van het gedrag van het kind, namelijk als een afwijzing van zichzelf als ouder of als een signaal dat hun poging om goed voor hun kind te zorgen mislukt is. We horen ouders dan vaak zeggen dat er iets mis is met hun kind, dat het abnormaal gedrag vertoont, dat het egoïstisch of theatraal is, of misschien wel autisme heeft. Zulke interpretaties veroorzaken nog meer pijn en bezorgdheid bij de ouder,



FIGUUR 3 Onveilige cyclus van gehechtheid

die zichzelf vervolgens ook probeert te beschermen met ambivalente of vermijdende strategieën. Deze strategieën heeft de ouder ontwikkeld tijdens de eigen gehechtheidsleergeschiedenis (Verhage et al., 2016) en zullen zich uiteindelijk vertalen in opvoedingsgedrag dat erop gericht is de missignalen van het kind te doen stoppen. Zo kan de ouder controlerend, sturend, en zelfs afwijzend of mishandelend worden, of zich afsluiten voor het kind en het aan zijn lot overlaten. Deze reacties worden veelal gestuurd vanuit de wens en hoop dat ze helpen om het onjuist geïnterpreteerde gedrag van het kind te stoppen of om zichzelf minder ongelukkig te voelen in de (als mislukt aanvoelende) relatie met het kind. Jammer genoeg missen zulke reacties het feit dat kinderen in feite een onderliggende behoefte aan steun hebben en bang zijn dat de ouder er niet voor hen is om die te geven. Door niet-sensitieve reacties wordt het kind weer bevestigd in zijn verwachting dat de ouder niet beschikbaar is.

Op deze manier kan een onveilige cyclus steeds verder escaleren. In figuur 3 wordt dit gesymboliseerd door een lemniscaat, het wiskundige symbool voor oneindigheid, dat gebruikt wordt in *emotion-focused therapy* (EFT; Johnson, 2019), een gehechtheidsgerichte interventie voor koppels. In figuur 3 wordt ook een onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire cognities en emoties. Primaire emoties zijn angsten, bezorgdheden en relationele pijn waar andere mensen niet onmiddellijk zicht op hebben. Die emoties zitten als het ware onder het wateroppervlak. Secundaire emoties zijn de expliciete, zichtbare emoties. Vaak gaat het dan over emoties die conflicten tussen ouders en kinderen veroorzaken, of over emoties die ertoe leiden dat ouders en kinderen zich afstandelijk tegenover elkaar gaan opstellen.

Een belangrijke noot: de gehechtheidsgerelateerde dynamieken die worden beschreven in de onveilige cyclus van gehechtheid doen zich niet enkel voor in de relatie tussen ouders en kinderen, maar ook tussen ouders, kinderen en/of gezinnen die hulpverlening zoeken en hulpverleners (therapeuten, maar ook opvoeders en leerkrachten; Bosmans, Verschueren et al., 2020). Dit komt doordat ook hulpverleners ernaar verlangen gezien te worden als een goede gehechtheidsfiguur (Bucci et al., 2016). Als ouders, kinderen en/of gezinnen dat lijken tegen te spreken in hun gedrag, activeert dit eveneens pijn bij de hulpverlener (al dan niet versterkt door ervaringen uit het eigen gehechtheidsverleden; Schauenburg et al., 2010). De hulpverlener – die immers ook maar een mens is – zal dan proberen via zijn gedrag de negatieve signalen van het cliëntsysteem te stoppen. Dit kan uiteindelijk leiden tot breuken in het hulpverleningsproces (Aponte & Kissil, 2016).

CS_{OUDER}-UCS_{ZORG}-CONTINGENTIE, GEHECHTHEIDSLEREN EN GEHECHTHEIDSGERICHTE THERAPIE

.....

Zoals eerder aangegeven, moet volgens de leertheorie een onderscheid gemaakt worden tussen trekvertrouwen (equivalent aan de CR) en toestandsvertrouwen (equivalent aan de UCR). Het samenspel van beide componenten verklaart minstens ten dele de patronen van stabiliteit en instabiliteit van (on)veilige gehechtheid die over tijd geobserveerd kunnen worden (Verhees et al., 2022). Toestandsvertrouwen daalt als ouders geen steun geven tijdens steunzoekende interacties (Vandevivere et al., 2018; Verhees et al., 2022) of als er conflicten spelen tussen ouders en kind (Bosmans et al., 2014). Toestandsvertrouwen stijgt als er bij stress steun geboden wordt (Vandevivere et al., 2018; Verhees et al., 2022). Naarmate kinderen vaker toestandsvertrouwen ervaren over verschillende zorggerelateerde interacties heen, is te verwachten dat trekvertrouwen zal stijgen (Verhees et al., 2022). Voortbouwend op het onderscheid tussen toestandsvertrouwen en trekvertrouwen kan men argumenteren dat het ontwikkelen van vertrouwen in de ouder afhangt van de kans dat de ouder (CS_{ouder}) tijdens stress zorg biedt (UCS_{zorg}). Dit noemen we de 'CS_{ouder}-UCS_{zorg}-contingentie'. Hoe vaker kinderen steun ervaren tijdens stress, hoe duurzamer hun vertrouwen in de gehechtheidsfiguur zal zijn. Dit betekent dat naast de kwaliteit ook de kwantiteit van steun belangrijk is bij de ontwikkeling van gehechtheid (Verhees et al., 2022).

De leertheorie over gehechtheid suggereert dan ook dat een interventie gericht op het stimuleren of herstellen van een veilige gehechtheidsontwikkeling ervoor moet zorgen dat onveilige cycli herkend en doorbroken worden, en dat de CS_{ouder}-UCS_{zorg}-contingentie tijdens stress stijgt. In wat volgt zullen we uitleggen dat het model van de onveilige cyclus niet alleen gebruikt kan worden om een therapeutische samenwerking met gezinnen

op te bouwen, maar ook als instrument kan dienen om interventies aan te bieden die de CS_{ouder} - UCS_{zorg} -contingentie doen stijgen. Concreet zullen we bespreken hoe het model van de onveilige cyclus gebruikt kan worden om: (1) gezinsgesprekken te voeren over gehechtheidsthema's die het mogelijk maken om informatie te verzamelen voor de functieanalyse, (2) een gehechtheidsgerichte functieanalyse uit te voeren, en (3) een behandelplan uit te werken.

DE ONVEILIGE CYCLUS ALS LEIDRAAD BIJ GESPREKKEN OVER GEHECHTHEID

.....

Het model van de onveilige cyclus helpt om gehechtheidsgerelateerde gesprekken tussen ouders en kinderen op een constructieve manier te laten verlopen. Therapeuten voelen zich vaak ongemakkelijk als ze met verschillende gezinsleden tegelijkertijd in de therapiekamer zijn (Rober, 2008). Deze situatie vormt voor de therapeut een stevige uitdaging: gezinsleden kunnen zich soms erg negatief over elkaar uitlaten, conflicten kunnen moeilijk in de hand te houden zijn en soms gebeurt het zelfs dat een of meerdere gezinsleden weigeren om deel te nemen aan gezamenlijke sessies. Het risico is dan groot dat de therapeut begint mee te leven met een van de gezinsleden, probeert om controle te krijgen over de gezinsleden door regels en grenzen te stellen, probeert om een gezinslid diens ongepaste gedrag te laten veranderen, of probeert een gezinslid ervan te overtuigen dat er wel degelijk sprake is van een probleem. Daarbij bestaat de kans dat de therapeut een onveilige cyclus creëert tussen zichzelf en het cliëntsysteem, waardoor gezinsleden zich niet ondersteund, maar onbegrepen of beschuldigd voelen, en de therapeutische alliantie onder druk komt te staan.

Het model van de onveilige cyclus maakt het de therapeut mogelijk zich zodanig tot alle gezinsleden te verhouden dat ieders gehechtheidsgerelateerde beleving en noden worden erkend zonder dat één gezinslid wordt geïdentificeerd als het probleem of als schuldig aan het probleem waarvoor hulp gezocht wordt. Dat betekent niet dat de therapeut elk gedrag onvoorwaardelijk aanvaardt, maar wel dat de therapeut probeert te begrijpen hoe ieders intenties en gedrag gegrond zijn in het verlangen om steun te krijgen of steun te geven (Boszormenyi-Nagy, 2000). Hoe aversief en moeilijk het gedrag van een of meerdere gezinsleden ook mag zijn, het model van de onveilige cyclus suggereert dat er onderliggend steeds een verlangen is naar een goede relatie, maar dat door misverstanden en misgecommuniceerde (ver)zorgnoden mensen vooral de angst voelen dat hun verlangens en behoeften niet beantwoord zullen worden door de andere partij. Het model van de onveilige cyclus suggereert daarbij ook dat conflicten in de therapieruimte omgebogen kunnen worden door die onderliggende verlangens op tafel te krijgen. Dit lukt meestal door samen met alle gezinsleden te ontdek-

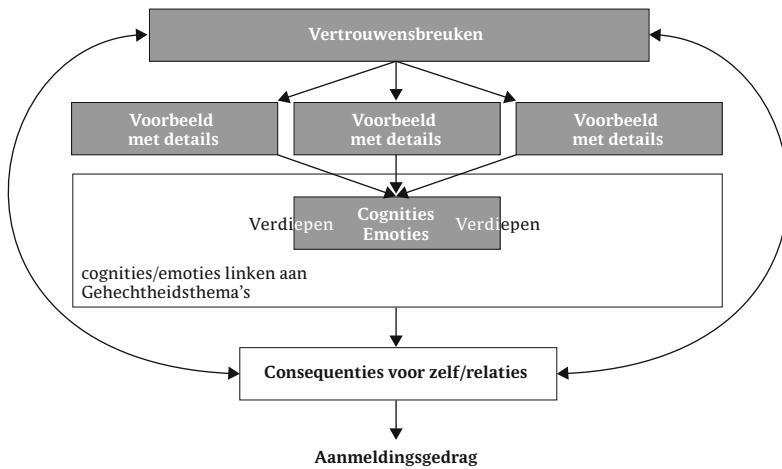
ken' dat hun wederzijdse frustraties of de afstand tussen iedereen het resultaat is van de wanhoop die ze voelen omdat ze de liefde en zorg die ze van de anderen verlangen niet krijgen, wat ze ook proberen. Zo ontdekken ze dat het feit dat hun relatie vastgelopen is juist het gevolg is van de liefde die ze nog steeds voor elkaar voelen. Het kost dan minder moeite hen te stimuleren om in therapie samen naar manieren te zoeken weer dichter naar elkaar te groeien. Op deze manier biedt het model van de onveilige cyclus een krachtige wegenkaart, die helpt om vanuit de dwingende of afwijzende interacties tussen gezinsleden die we observeren tijdens de sessie hun verlangen naar relatieherstel te activeren. Zo kan de therapeut gezinsleden motiveren om mee te doen met interventies die helpen om de (gehechtheids)relatie te herstellen (Diamond et al., 2014).

DE ONVEILIGE CYCLUS ALS LEIDRAAD BIJ DE FUNCTIEANALYSE EN BIJ DE ONTWIKKELING VAN EEN GEHECHTHEIDSNARRATIEF

.....

Zodra gezinsleden de wens hebben om hun relatie te versterken, is het belangrijk om een goede functieanalyse te maken van de interacties die hun relatiebreuken voeden. Hierbij kan het model van de onveilige cyclus opnieuw helpen om het overzicht te bewaren en het gesprek te sturen, zodat de therapeut per individu de secundaire emoties, de bijbehorende onveilige gehechtheidsverwachtingen en schema's, en de angst voor gekwetste (ver)zorgnoden in kaart kan brengen. Het model van de onveilige cyclus kan gebruikt worden om te begrijpen hoe ze die angst hebben geleerd (klassieke component) en hoe ze ermee omgaan, zodat de bekrachtigers van het gedrag helder worden (operante component). We noemen dit het 'samen construeren van een coherent gehechtheidsnarratief' (figuur 4). Samen een coherent verhaal construeren over eerdere gehechtheidservaringen beschermt mogelijk al tegen de ontwikkeling van geestelijke-gezondheidsproblemen (Vanaken et al., 2022). Daarnaast geeft het de therapeut de kans om veel beter te begrijpen hoe missignalen van het kind en niet-steunende reacties van de ouder gestuurd worden door ieders verlangen naar nabijheid en liefde van de ander. Het helpt ook om te begrijpen hoe zulke interacties wortelen in eerdere negatieve interpersoonlijke leerervaringen, waardoor alle gezinsleden bang zijn om opnieuw gekwetst te worden en zich zo gedragen om nieuwe kwetsuren te vermijden.

De therapeut kan gehechtheidsnarratieven construeren met alle familieleden. Om een gehechtheidsnarratief over vertrouwensbreuken te construeren met jongeren (zie figuur 4), start de therapeut met het concreet in kaart brengen van momenten waarop die jongeren stress ervoeren en het gevoel hadden steun van hun ouders nodig te hebben (zie de 'topografische analyse' in: Hermans et al., 2018). De therapeut brengt elk voorbeeld in kaart met nadruk op: (1) de behoefte aan steun van de gehechtheidsfiguur, (2) de



FIGUUR 4 Construeren van een coherent gehechtheidsnarratief

emoties die opkomen als kinderen of jongeren op dat moment afwijzing, afwezigheid van steun of niet-helpende reacties ervaren, en (3) de betekenis die kinderen daaraan geven (cognities). Over de voorbeelden heen zoekt de therapeut naar de gemeenschappelijke gehechtheidsthema's die horen bij die onveilige gehechtheidsemoties en -cognities. Vaak spreken jongeren dan over het gevoel niet belangrijk te zijn, vreemd of incompetent te zijn, of een last te zijn. De therapeut linkt dit vervolgens aan het gedrag dat ze laten zien in de relatie met hun gehechtheidsfiguren om met die pijn om te gaan of om die pijn te voorkomen. Als jongeren bijvoorbeeld bang zijn een last te zijn voor hun ouders, is de kans groot dat wanneer ze niet lekker in hun vel zitten ze zich zullen wegcijferen.

Ten slotte brengt de therapeut de eenzaamheid in kaart: het feit dat kinderen en jongeren hun eenzaamheid niet kunnen, willen of durven delen met hun gehechtheidsfiguren doet hen zich nog eenzamer voelen en vergroot de kans dat ze allerlei aanmeldingsgedrag (het gedrag waarmee het kind voor therapie wordt aangemeld) zullen ontwikkelen. Dit soort gesprekken is moeilijker naarmate kinderen jonger zijn. Bij peuters en kleuters kan de therapeut vooral afgaan op gedragsobservaties. Hierbij zal het nodig zijn om stressoren te identificeren, om in kaart te brengen hoe jonge kinderen zich dan gedragen en om te exploreren hoe dat gedrag gelinkt kan worden aan hun behoefte aan steun en gerelateerde onzekerheden (zie ook Crowell, 2003). Bij lagere schoolkinderen helpt het om via (spel)activiteiten samen met de ouders gehechtheidsthema's bespreekbaar te maken en vervolgens een gehechtheidsnarratief te construeren. Zo werken Van Vlierberghe en Bosmans (2020) vaak met een blinddoekspel. Achtereenvolgens wordt het

kind of een ouder geblinddoekt, en wordt respectievelijk het kind rondgeleid door de ouder en de ouder door het kind. Dit geeft aanleiding tot gesprekken die de therapeut inhoudelijk kan sturen naar (bijvoorbeeld) het al dan niet ervaren van vertrouwen in de ander. Door het spel worden de gehechtheidsgerelateerde interacties veel tastbaarder en kunnen kinderen op het moment zelf op een heel concrete manier over die relaties nadenken.

Parallel doet de therapeut gelijksoortig werk in gesprekken met de ouder alleen. Inhoudelijk focust de therapeut dan op de stress die ouders ervaren in de relatie met hun kind, op de stress die ze ervaren in hun partnerrelatie en op de steun die ze kregen wanneer ze als kind zelf stress ervoeren. Het in kaart brengen van de gehechtheidsnarratieven van alle gezinsleden helpt begrijpen wat de kinderen/jongeren in de weg staat om op een adequatere manier steun te vragen en wat de ouders in de weg staat om op een sensitievere manier steun te bieden aan hun kind (Diamond et al., 2014).

Samengevat is het mogelijk om een functieanalyse van gehechtheidsinteracties te maken door te vertrekken vanuit het model van de onveilige cyclus van gehechtheid (figuur 3). Als we elk vakje van de cyclus kunnen invullen, begrijpen we beter in welke context de kans groter is dat kinderen missignalen vertonen (Sd). We begrijpen dan ook wat de functie is van die missignalen (R), omdat we beter begrijpen wat de bekrachtigers zijn die de missignalen in stand houden (Sr). We weten beter welke angsten en bezorgdheden worden uitgelokt door de gedragingen van de ander (bij het kind de missignalen en bij de ouders de niet-steunende reacties), hoe die angsten en bezorgdheden vermeden worden door ieders gedrag, en hoe die gedragingen ten slotte de onveilige cyclus in stand houden.

DE ONVEILIGE CYCLUS ALS LEIDRAAD VOOR INTERVENTIE

.....

Om de kans dat de zorg die de ouder biedt als helpend wordt ervaren (of de CS_{ouder} - UCS_{zorg} -contingentie) te vergroten, kunnen verschillende strategieën gebruikt worden. Voorlopig is er evidentie dat de gehechtheidsrelatie veiliger kan worden door interventies gericht op de Sd, op de Sr en op de CS. Interventies gericht op de Sd en de Sr zijn bijvoorbeeld antecedente en consequente controlestrategieën; een interventie gericht op de CS is exposuretherapie. Welke strategie het meest aangewezen is, hangt enerzijds af van het resultaat van de functieanalyse, anderzijds van de leeftijd van het kind of de ernst van de vertrouwensbreuken. We zullen nu kort deze interventiestrategieën inleiden en koppelen aan casusvoorbeelden.

INTRODUCTIE VAN GEHECHTHEIDSGERICHTE INTERVENTIESTRATEGIEËN

.....

Soms kan de functieanalyse erop wijzen dat de kans op succesvolle zorginteracties vergroot wordt door de context te veranderen (Sd-gericht; zie casus 1). Als op voorhand helder is dat bepaalde stressoren niet hanteerbaar zijn voor een kind of een gezin, is het beter om te werken aan antecedente controle. Door de kans te vergroten dat de stress voor alle gezinsleden hanteerbaar blijft, kunnen interacties succesvoller worden en kan het kind leren dat de ouder zorg en steun kan bieden.

Casus 1: voorbeeld Sd

.....

Ruben is een jongen van 8 jaar, aangemeld wegens woedeaanvallen in huis. Ouders gebruiken time-out om op zijn woedeaanvallen te reageren: Ruben wordt dan naar zijn slaapkamer gestuurd. Hij blijft echter niet op zijn kamer en komt telkens terug, wat leidt tot een verder conflict (Sd).

Uit de functieanalyse blijkt dat Ruben zich onttrekkend en eenzaam voelt op zijn kamer, en daar piekert over 'niet graag gezien worden' door zijn ouders. Om te voorkomen dat dit de onveilige cyclus doet escaleren, wordt voorgesteld om een time-out te organiseren in het zicht van de ouders en om tijdens de time-out voldoende warm contact te houden. Dit maakt het voor Ruben haalbaarder om in time-out te blijven. Ook de ouders slagen er op deze manier in om ondersteunend te blijven tijdens zo'n spannend moment.

Als de functieanalyse aantoont dat de onzekerheid van het kind over de beschikbaarheid van de ouders kan dalen door te werken aan de bekrachtigers van het gedrag van het kind (Sr-gericht; zie casus 2), kan het zinvol zijn om te werken aan consequente controle. Door bekrachtigers van moeilijk gedrag weg te nemen en het kind te verzekeren dat zijn ouders ondersteunend en erkennend zullen reageren, kan het kind gaandeweg leren om op een andere manier zorg te zoeken of te vragen.

Casus 2: voorbeeld Sr

.....

Marie, een meisje van 13 jaar, komt systematisch te laat thuis van school. Ze hangt nog uren met haar vriendinnen rond op een pleintje. Als ze uiteindelijk thuiskomt, is ze vaak te laat voor het avondeten en staan haar ouders haar boos op te wachten. Ze krijgt dan een uitbrander, wat vaak uitmondt in een grote ruzie, waarbij de verwijten heen en weer vliegen (+Sr-: te laat komen wordt gevolgd door een negatieve reactie). Ten slotte gaat Marie boos naar haar kamer (R). Ze weigert dan haar huiswerk te maken, maar zit enkel nog op haar gsm te appen met haar vriendinnen over hoe oneerlijk ze behandeld is (+Sr+: Marie krijgt steun van haar vriendinnen over

haar oneerlijke behandeling). Het te laat thuiskomen wordt in stand gehouden doordat het fijner is om buiten bij vriendinnen te zijn (+Sr+: Marie heeft een fijne tijd bij haar vriendinnen) dan bij haar ouders, waar het altijd ruzie is ($^{\circ}$ Sr-: Marie vermijdt de onaangename momenten thuis), en ze ontsnapt ook aan het huiswerk dat ze best moeilijk vindt (-Sr-: Marie ontsnapt aan de frustratie van het huiswerk maken). Tegelijkertijd voelt Marie zich ook ongelukkig en afgewezen thuis, terwijl ze eigenlijk wel verlangt naar een fijne, warme band met haar ouders (+Sr-: Marie ervaart verdriet door de slechte interacties met haar ouders; -Sr+: ze krijgt geen steun voor haar zorgen over school en haar eenzame gevoel, terwijl ze dit verlangen wel heel erg voelt doorheen de stresserende ervaring). In het algemeen wordt ze heel onzeker, omdat het niet lukt om een goede dochter te zijn en om het goed te doen op school (belangrijke bronnen van stress bij adolescenten die het gehechtheidssysteem activeren; de Jonge et al., 2022). Als de ouders niet meteen ruzie maken als Marie te laat thuiskomt (-Sr+ daalt), en ondersteunend en erkennend luisteren naar de onderliggende gehechtheidsgerelateerde stressoren en angsten van hun dochter (+Sr+ stijgt), kan het voor Marie aangenamer worden om naar huis te komen. Als Marie open kan delen, kunnen de ouders en Marie misschien ook tot een haalbare afspraak komen over haar naschoolse contacten met vriendinnen, die Marie misschien nodig heeft om om te gaan met de schoolse stress.

Wanneer interacties tussen gezinsleden meer gestuurd worden door vermijdingsgedrag en de negatieve verwachtingen die ze hebben ten opzichte van elkaar de overhand hebben, kan het zinvol zijn om via exposuretechnieken de interacties op een andere manier vorm te geven (CS-gericht; zie casus 3). Onderzoek suggereert dat naarmate kinderen ouder worden deze negatieve verwachtingen een belangrijkere rol spelen (Bosmans et al., 2022). Daarom kan het zinvol zijn om bij (oudere) lagereschoolkinderen, oudere kinderen, adolescenten en jongvolwassenen te werken met exposure.

Casus 3: voorbeeld CS

Voortbouwend op de casus van Marie zal het alleen lukken om via het veranderen van de bekrachtigers de $CS_{\text{ouder}}-UCS_{\text{zorg}}$ -contingentie te doen stijgen als Marie nog kan geloven dat de ouders wel degelijk beschikbaar willen zijn en van haar houden (CR); en als de ouders nog geloven dat Marie van hen houdt en hun relatie belangrijk vindt (CR). Indien dit niet langer het geval is, zullen de vertrouwensbreuken het voor de ouders onmogelijk maken om hun boosheid in te houden, om de zorgen en stressoren van Marie te exploreren, en om haar daar ondersteuning voor te bieden (R). Ook voor Marie wordt het dan moeilijk om met haar ouders te delen dat ze eigenlijk worstelt met school en met wat er thuis gebeurt. Integendeel, ze zal op pogingen tot toenadering van haar ouders boos reageren en zich alsnog terugtrekken op haar slaapkamer (R). Het is dan belangrijk dat zowel de ouders als Marie proberen om hun dominante reflexen in te houden en datgene te doen wat tegen hun intuïtie ingaat (ouders: luisteren zonder boosheid; Marie: delen zonder boosheid).

Hiervoor moeten ze al hun angsten en negatieve verwachtingen over hoe de ander naar hen kijkt overwinnen, maar als dat lukt, kunnen ze hun breuken herstellen.

GEDETAILLEERDERE UITLEG VAN DE VERSCHILLENDE INTERVENTIESTRATEGIEËN

.....

Gehechtheidsgerichte antecedente controlestrategieën

.....

Gehechtheidsgerichte antecedente controlestrategieën richten zich op: (1) het voorspelbaar, hanteerbaar en/of begrijpelijk maken van de relationeel-emotionele stressoren in de context van het kind (CS/Sd), (2) het vergroten van veiligheid, door het kind te helpen met stresserende stimuli in de omgeving om te gaan, en (3) het voorspelbaar maken van de beschikbaarheid van ondersteuning en zorg. Eerst kunnen ouders leren om de CSs/Sds te monitoren die emoties uitlokken die zijn gelinkt aan niet gewild of geliefd zijn, en die geassocieerd zijn met aanmeldingsgedrag en escalierend probleemgedrag.

Een voorbeeld is een situatie waarin een kind meer aandacht krijgt van zijn ouders dan zijn broer of zus (zoals tijdens een verjaardagsfeestje; Sd; zie figuur 2). Het is eerder regel dan uitzondering dat kinderen dan jaloersheid voelen. Jaloersheid weerspiegelt angst om minder belangrijk te zijn voor de ouder. Vervolgens kunnen ouders het kind helpen om de situatie en de bijbehorende emoties beter te begrijpen. Ouders kunnen voorafgaand aan het feestje al uitleggen dat het heel normaal is dat kinderen zich op dat moment jaloers en achtergesteld voelen, en dat het lastig is om met die emoties om te gaan, terwijl ze tegelijkertijd wel duidelijke afspraken maken of regels hanteren over welk gedrag wel en welk gedrag niet acceptabel is tijdens het feestje. Ten slotte kunnen ouders uitleggen dat er tijdens het verjaardagsfeestje momenten zullen zijn waar ze zich zullen moeten bezighouden met de gasten, waardoor ze minder aandacht hebben voor het kind. Ze kunnen dan afspreken dat het kind tijdens het feestje wel mag zeggen dat het hulp nodig heeft en dat ze na het feestje wat tijd samen zullen doorbrengen. Deze aanpak is sensitief en ondersteunend, en vermindert de kans dat er tijdens het feestje conflicten ontstaan. Daardoor kunnen de ouders makkelijker een veiligheidssignaal worden.

Gehechtheidsgerichte consequente controlestrategieën

.....

Gehechtheidsgerichte consequente controlestrategieën hebben tot doel ervoor te zorgen dat ouders niet enkel stoppen met het bekrachtigen van

ongewenst gedrag, maar tegelijkertijd ook aandacht besteden aan de onderliggende gehechtheidsnoden van kinderen.

Een kind kan bijvoorbeeld in een winkel een stuk speelgoed willen (Sd) en proberen dat af te dwingen met eisend gedrag (R). Een ouder kan niet alleen weigeren om toe te geven aan dat eisende gedrag (-Sr+: het kind krijgt het speelgoed niet, ondanks zijn eisende gedrag), maar ook aandacht besteden aan het feit dat het lastig is om zo sterk naar dat speelgoed te verlangen en dan te voelen dat je het niet krijgt. Door voor het kind te erkennen dat het normaal is dat kinderen zoiets voelen (wat betekent dat het geen 'stout' kind is), en door troost te bieden voor diens verdriet en teleurstelling, is de ouder ondersteunend voor de gehechtheidsnoden (+Sr+: het kind krijgt steun en erkenning, en blijft zich graag gezien en een goed kind voelen, ook al worstelt het met de weigering; zie figuur 2). Dit helpt ouders om een veiligheidssignaal te zijn en secure base steun te bieden, wat de $CS_{\text{ouder}} - UCS_{\text{zorg}}$ -contingentie doet stijgen.

281

Gehechtheidsgerichte exposuretherapie

Gehechtheidsgerichte exposuretherapie gaat uit van het onveilige-cyclus-model (figuur 3). In dit model zijn de missignalen van het kind of de jongere, en de niet-steunende reacties van de ouders daarop, een vorm van vermijdingsgedrag, gericht op het vermijden van nieuwe pijn door nieuwe afwijzingservaringen. Als kinderen of jongeren bang zijn dat de ouder hen zal kwetsen of pijn doen, of hen maar een mislukking of niet de moeite waard vinden, leidt dit tot gedrag dat gezien kan worden als misgesignaleerde zorgnoden. Het gedrag dat hoort bij deze missignalen beschermt het kind of de jongere tegen deze angst en pijn. Omdat exposuretherapie gebaseerd is op het inhiberen van vermijdingsgedrag, kan de verwarring ontstaan dat deze therapievorm alleen zinvol is voor gedrag dat hoort bij vermijdende gehechtheid. Wij hebben echter gezien dat ook angstige gehechtheid leidt tot verminderd steun zoeken tijdens stress (Dujardin et al., 2016). Zowel ambivalent als vermijdend gehechte kinderen willen de emotionele pijn vermijden die hoort bij zich door hun ouders genegeerd, onbegrepen, alleen gelaten of afgewezen voelen. Het repertoire van gedragingen die helpen om dit gevoel te vermijden is veel breder dan louter de nabijheid van de ouders vermijden. Opstandig of eisend gedrag kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat minder betrouwbare gehechtheidsfiguren toch steun gaan bieden, of kan helpen om de boosheid die naar boven komt en de frustraties over de ouder te kanaliseren. Dit suggereert dat: (1) alle missignalen uit de onveilige cyclus beschouwd kunnen worden als vermijdingsgedrag waarmee het kind reageert op onveilige verwachtingen, en (2) het blootstellen aan die onveilige verwachtingen – door het inhiberen van vermijdingsgedrag – ruimte kan bieden aan corrigerende leerervaringen, waardoor de betekenis van de CS_{ouder} kan veranderen.

Op dezelfde manier zijn niet-steunende reacties van ouders vermijdingsgedrag, gericht op zich beschermen tegen geanticipeerde pijn die hoort bij gevoelens en gedachten over zichzelf als falende, niet-geliefde of niet-gerespecteerde ouder. Niet-steunende reacties van ouders hebben eveneens hun wortels in de ambivalente en vermijdende zelfbeschermingsstrategieën die ze tijdens hun leven hebben ontwikkeld om zich niet te laten raken door afwijzing en pijn veroorzaakt door eigen gehechtheidsfiguren. Niet-steunende reacties zijn er vaak op gericht het kind of de jongere ervan te overtuigen dat hij of zij zich niet ongelukkig moet voelen (ouders proberen bijvoorbeeld het verdriet van het kind te doen ophouden door rationaliseren, minimaliseren, probleemoplossende suggesties, ontkennen of schuldinducties), of op het stoppen van lastig gedrag (bijvoorbeeld door controlerende regels af te dwingen) of van de pijn veroorzaakt door dat lastige gedrag (bijvoorbeeld weggaan, negeren, het kind wegsturen). Tijdens exposuretherapie vragen we ouders hun niet-steunende reacties te inhiberen, wat beangstigend is, want het versterkt de angst dat ze falen als ouder of de liefde en het respect van hun kind zullen verliezen. Door toch het risico te nemen en die reacties te inhiberen, zullen ze natuurlijk eerst blootgesteld worden aan hun negatieve verwachtingen, maar als ze volhouden, krijgen ze vaak de kans om de band met hun kind te veranderen, waardoor de betekenis van de CS_{kind} kan veranderen (CR).

Essentieel is dat exposuretherapie alle gezinsleden moet includeren. Het kind zal de angst ervaren om gekwetst te worden door afwezigheid van zorg op het moment dat het die nodig heeft, of door de afwijzing en kwetsende reacties van ouders. De ouders zullen de angst ervaren dat ze de liefde van hun kind kwijtraken, dat hun omgeving hen beoordeelt als slechte ouders of dat ze zichzelf voelen falen in de zorg voor hun kind. Gehechtheidsgerichte exposure kan het beste plaatsvinden tijdens stresserende interacties, omdat dan de zorgnoden, de verzorgnoden en de angsten dat die noden gefrustreerd zullen worden maximaal geactiveerd zijn bij zowel het kind als de ouders. Hierbij valt zeker te overwegen om te werken rond situaties met stijgende moeilijkheidsgraad. We vragen vervolgens om het typische vermijdingsgedrag dat zowel het kind als de ouders laten zien en dat de onveilige cyclus in stand houdt niet meer te vertonen. We bereiden ouders en kinderen (meestal in aparte sessies) voor op het gebruik van alternatieve gedragingen. Dit leidt tot een alternatieve manier van communiceren en omgaan met elkaar, die eerst uitgeprobeerd kan worden binnen de therapie en, naarmate het beter lukt, meer en meer ook buiten de therapie.

Aan het kind vragen we om zorgen (in het algemeen), kwetsuren en teleurstellingen (opgelopen in de relatie met de ouders) te delen met zijn ouders. Dit activeert nog meer alle angsten van het kind voor nieuwe afwijzing en teleurstelling, en vereist al enige cognitieve maturiteit bij kinderen. Hoe jonger het kind, hoe minder het hierover kan reflecteren of communiceren, en hoe minder gehechtheidsgerichte exposuretherapie aangewezen is. Het

is onze ervaring dat deze therapievorm al mogelijk is bij lagereschoolkinderen (Van Vlierberghe & Bosmans, 2020) en dat hij vanaf de adolescentie zeker kan worden toegepast (Diamond et al., 2014). Aan de ouders vragen we om op een emotioneel coachende manier te reageren op het zorgvragende gedrag van het kind (Diamond et al., 2014). Dit komt er in essentie op neer dat de ouders niet minimaliserend, ontkennend, schuldinducerend of probleemoplossend reageren als kinderen hun zorgen of teleurstellingen delen. In plaats daarvan vragen we ouders vooral nieuwsgierig te luisteren en emotioneel uitdiepend te reageren (door bijvoorbeeld te vragen om meer te vertellen over hoe het kind zich dan voelt). Dit helpt om het kind het gevoel te geven dat er ruimte is voor zijn beleving. Gevolg is dat ouders dan verhalen te horen krijgen over de feitelijke beleving van het kind, waardoor ze hun kind beter begrijpen en ze vaak oprecht mee beginnen te voelen met de pijn van hun kind. Die erkenning van stress of pijn is een corrigerende ervaring voor kinderen. De openheid van het kind en de toegenomen warmte in de interactie met hun kind is dan weer een corrigerende leerervaring voor de ouders. Dit initieert een nieuwe manier van communiceren, waardoor het gemakkelijker wordt om een gevoel van verbondenheid te bewaren tijdens het samen zoeken naar het omgaan met thema's die moeilijk liggen in het gezin. Hierdoor bouwen gezinsleden weer vertrouwen op in elkaar en kan er gewerkt worden aan de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie.

Evidence-based gehechtheidsgerichte interventies

Er bestaan al verschillende gehechtheidsgerichte interventies die de logica volgen van de leertheorie over gehechtheid. Voor ouders met jongere kinderen is er bijvoorbeeld *video feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline* (VIPP-SD; Juffer et al., 2017). Volgens het Nederlands Jeugdinstituut zijn er sterke aanwijzingen dat dit een effectieve interventie is. VIPP-SD is een interventie ontwikkeld op basis van een integratie van sociale leertheorie en gehechtheidstheorie. Ze bestaat uit een kortdurende, oudergerichte training (zes sessies van elk 1,5 uur) ter preventie van gedrags- en emotionele problemen bij (jonge) kinderen. Tijdens VIPP-SD worden ouders beschouwd als experts wat betreft hun kind, die het beste kunnen inschatten wat hun kind nodig heeft. VIPP-SD werkt met een coach in plaats van een therapeut. Interacties tussen ouders en kind worden opgenomen op video en nadien bekeken samen met de ouders. De coach toont ouders waar er tekenen van positief opvoedingsgedrag en sensitieve discipline zijn. Zo helpt de coach de ouders om voor het kind een context te creëren waarin het met zijn (ontwikkelings)mogelijkheden optimaal kan functioneren (Sd), zodat de ouder-kindinteracties positiever kunnen worden. Dit sluit aan bij de antecedente controletechnieken die we eerder bespraken. Daarnaast helpt de coach de ouders bij het vinden van een autoritatieve opvoedingsaanpak met oog op het maximaliseren van gehecht-

heidsstimulerende bekrachtigers (+Sr+) en het verminderen van bekrachtigers van ongewenst gedrag ($^{\circ}\text{Sr}^+$). Verschillende studies en meta-analyses laten zien dat VIPP-SD effectief is in het verminderen van gedragsproblemen bij jonge kinderen en in het verbeteren van de gehechtheidsrelatie tussen ouders en kind (Juffer et al., 2017). Deze studies bieden een eerste ondersteuning voor het idee dat de hier voorgestelde gehechtheidsgerichte antecedente en consequente controlestrategieën potentieel kunnen worden ingezet bij de behandeling.

Ook is er ondersteuning voor de potentiële meerwaarde van gehechtheidsgerichte exposuretherapie. Een soortgelijke interventiestrategie werd ontwikkeld binnen *attachment-based family therapy* (ABFT) voor jongeren aangemeld voor depressie en suïcidaliteit (Diamond et al., 2014; Promising Practices Network: status 'Proven'). In ABFT worden vertrouwensbreuken hersteld door jongeren te laten vertellen over interacties met hun ouders tijdens welke ze zich teleurgesteld of zelfs afgewezen voelden vanwege de als niet-steunend ervaren reacties van hun ouders. Als ouders de jongere de ruimte kunnen geven over zijn pijn en teleurstellingen te vertellen, en erkenning geven aan de pijn die de jongere voelde, zonder te vervallen in ontkennend, schuldinducerend of andere niet-helpende reacties, leert de jongere weer te vertrouwen in de ouders. Verschillende studies tonen aan dat deze aanpak leidt tot een significante daling van depressieve klachten en suïcidaliteit bij de jongeren (Diamond et al., 2021). Recent werd in Nederland een open trial uitgevoerd met therapeuten die de ABFT-opleiding volgden, maar er nog niet klaar mee waren. Er werd opnieuw een significante daling gevonden in de symptomen, met een effectgrootte van $d = 0,65$ (van der Spek et al., under review).

Recent hebben Van Vlierberghe en Bosmans (2020) een versie van ABFT ontwikkeld voor lagereschoolkinderen (*middle childhood attachment-based family therapy*, MCABFT). Hiervoor hebben ze zich expliciet gebaseerd op de leertherapie van gehechtheid, waarbij de onveilige cyclus van gehechtheid als leidraad wordt gebruikt voor de gespreksvoering, de uitwerking van de functieanalyse en de invulling van de exposureoefeningen. In een open trial studie met 13 gezinnen vonden de auteurs dat kinderen tijdens de loop van de behandeling een significante stijging in secure base script kennis vertoonden, en een significante daling in gedrags- en emotionele problemen.

Kortom, het bestaande onderzoek naar interventies als VIPP-SD en ABFT/MCABFT ondersteunt het idee dat gehechtheidsgerichte interventies gebaseerd op de leertheorie over gehechtheid een effectieve meerwaarde kunnen hebben voor kinderen, jongeren en gezinnen.

.....

In deze bijdrage hebben we laten zien dat de ontwikkeling van gehechtheid geduid kan worden als een leerproces, waarbij via klassiek en operant leren de ouder (of een andere primaire gehechtheidsfiguur) al dan niet de betekenis van veiligheidssignaal krijgt. Een vraag die zich vervolgens aandient, is hoe gehechtheidsgerichte interventies zich moeten verhouden tot andere evidence-based interventies die stoornisspecifiek zijn of zich richten op transdiagnostische mechanismen, zoals emotieregulatievaardigheden. Verschillende scenario's zijn hierbij mogelijk.

Men zou gehechtheidsgerichte interventies kunnen behandelen als een aparte module, die men kan toevoegen aan andere interventies zodra de behandelaar voelt dat er in de ouder-kindrelatie dynamieken spelen die een impact hebben op het behandelingsverloop. Dat zou zinvol zijn, want uiteindelijk worden er ook veilig gehechte kinderen en jongeren aangemeld voor (gedrags)therapie. Een tegenargument kan zijn dat bij volwassenen 73% van de cliënten wel onveilig gehecht is (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009). Als dat percentage geëxtrapoleerd kan worden naar de groep kinderen en jongeren, zouden weleens verrassend veel van hen baat kunnen hebben bij een gehechtheidsgerichte interventie. Dit roept de vraag op of het niet zinvol is om zulke interventies standaard op te nemen binnen bestaande behandelingen. Dat zou niet onlogisch zijn, want vanuit het model van de onveilige cyclus kan elke aanmeldingsklacht gekoppeld worden aan onjuist geïnterpreteerde zorgnoden. Anderzijds is niet duidelijk of die toevoeging zinvol is voor de (weliswaar kleine) groep jongeren wier aanmeldingsklachten minder samenhangen met een onveilige gehechtheidsontwikkeling. Dit is een boeiende empirische vraag, die meer onderzoek vereist voor er gefundeerde uitspraken over kunnen worden gedaan.

Nadenken over de integratie van leertheorie en gehechtheidstheorie leidt tot nog een andere boeiende kwestie. Bij het bespreekbaar en inzichtelijk maken van de onveilige cyclus, en bij het doorbreken van die cyclus, stuit de therapeut namelijk onvermijdelijk op interpersoonlijke dynamieken, die de therapie vaak erg complex kunnen maken. Het werken met die interpersoonlijke dynamieken kan ertoe leiden dat gezinsleden zich van elkaar terugtrekken, therapie weigeren, zich aangevallen voelen, kwetsende opmerkingen maken of zich gaan afzetten tegen de therapeut. Tijdens therapie komen conflicten aan de oppervlakte of zelfs tot ontploffing. Het hanteren van deze dynamieken en het sturen ervan, zodat het mogelijk wordt om doelgericht en constructief met gezinnen te werken aan relatieherstel en versterking, vereist vaardigheden die binnen de gedragstherapeutische opleiding minder aan bod komen. Onderzoek naar ABFT en MCABFT suggereert echter dat het integreren van systeemtherapeutische interventie-

strategieën de omgang met zulke dynamieken op een systematische en efficiënte manier kan faciliteren. Met andere woorden, het lijkt erop dat het integreren van leertheorie en gehechtheidstherapie een opening creëert voor het bouwen van bruggen tussen enerzijds het evidence-based model van gedragstherapie en anderzijds inzichten uit andere therapeutische modellen, zoals systeemtherapie.

De beweging in de richting van die integratie is al een tijd geleden ingezet (zie bijvoorbeeld Lange, 2006), maar vooralsnog was onduidelijk hoe bepaalde systeemtheoretische inzichten en technieken konden worden afgestemd op het gedragstherapeutische handelen. Het gehechtheidsgerichte raamwerk kan in de toekomst misschien helpen om die integratie op een coherenter wijze te bewerkstelligen, zodat duidelijker kan worden wanneer en hoe de inzet van systeemtherapeutische inzichten en technieken bij het gedragstherapeutisch handelen bijdraagt, en soms zelfs essentieel is om kinderen, gezinnen en families te helpen hun therapeutische doelen te bereiken. Zo wijst de onveilige cyclus erop dat de intenties onderliggend aan vertrouwensbreuken steeds gestuurd worden vanuit een verlangen om de relatie te herstellen. Dit impliceert dat het geen zin heeft te zoeken naar wie goed of fout is in een conflict en dat het belangrijk is dat de therapeut niet in een coalitie met één familielid terechtkomt. Dat gaat namelijk voorbij aan het feit dat alle aanwezigen tijdens een sessie zich willen inzetten voor de anderen en voor de bescherming van hun relatie. Een mooie techniek die voorkomt dat gezinsleden geculpabiliseerd worden is het gebruik van externaliserende taal, dus bijvoorbeeld niet: 'Jan is depressief', maar: 'Wat is de impact van depressie op het gedrag van Jan?' (White & Morgan, 2006).

Naarmate toekomstig onderzoek het pleidooi voor een dergelijke integratie verder ondersteunt, zullen we ook moeten gaan nadenken over de opleiding tot kinder- en jeugdgedragstherapeut. Risico van de huidige opleiding is dat ze zich te veel richt op het individu en therapeuten te weinig opleidt in het herkennen van en omgaan met de relationele en relationeel-emotionele processen die spelen bij tal van aanmeldingsklachten (Bosmans, 2016). In België is men daarom nu reeds bezig met het hervormen van de kinder- en jeugdgerichte gedragstherapieopleiding. Er wordt momenteel een 'leerlijn context' uitgewerkt, die in de loop van de vierjarige gedragstherapieopleiding continu zal worden uitgebouwd. Studenten leren om met verschillende gezinsleden tegelijk te werken in de therapiekamer, en om emoties die relationele dynamieken sturen te herkennen en bespreekbaar te maken. Ten slotte leren ze om met die dynamieken therapeutisch aan de slag te gaan, met aandacht voor antecedente controle, consequente controle en exposure-technieken. De verwachting (en beginnende ervaring) is dat veel gezinnen daar baat bij hebben.

Guy Bosmans is verbonden aan de Onderzoekseenheid Klinische Psychologie, KU Leuven.

Marian Bakermans-Kranenburg werkt bij het Institute of Applied Psychology, ISPA, Portugal.

Leen Van Vlierberghe is verbonden aan de Onderzoekseenheid Klinische Psychologie, KU Leuven.

Martine Verhees werkt bij de afdeling Kwantitatieve Psychologie en Individuele Verschillen, KU Leuven.

Bram Vervliet is werkzaam bij het Laboratorium voor Biologische Psychologie, KU Leuven.

Dirk Hermans is verbonden aan het Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, KU Leuven.

Marinus van IJzendoorn werkt bij de Psychoanalysis Unit, University College London.

Correspondentieadres: Guy Bosmans, KU Leuven, Klinische Psychologie, Tiensestraat 102, 3000 Leuven. E-mail: guy.bosmans@kuleuven.be.

Summary *Attachment development in a learning theory perspective: Tools for (behavior) therapy in families*

Therapists are increasingly interested in attachment theory as a potential tool to strengthen the treatment of children, youth, and families. However, attachment theory's metaphorical language used to describe its core constructs and theoretical premises interferes with a clear translation to clinical practice. Therefore, we formulated a more concrete learning theory of attachment to facilitate the use of attachment theory in clinical practice. According to this learning theory, attachment is an innate biological system that orients children towards support seeking during distress. Subsequently, through safety conditioning, children learn to trust in primary caregivers' support during distress (secure attachment) or not to trust in primary caregivers (insecure attachment). This theoretical model helps therapists to organize conversation with families, to conduct an attachment-focused function analysis of presenting problems, and to organize attachment-focused interventions in a systematic manner. These interventions comprise antecedent and consequent control strategies and exposure therapy.

Keywords *attachment, learning theory, children, youth*

Literatuur

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.

Aponte, H. J., & Kissil, K. (2016). *The person of the therapist training model*. Taylor & Francis.

Bakermans-Kranenburg, M. J. (2021). The limits of the attachment network. *New directions for Child and Adolescent Development*, 2021(180), 117-124.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first

- 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11, 223-263.
- Beckwith, H. (2021). *Understandings of attachment theory for clinical practice* [Doctoral thesis]. <https://doi.org/10.17863/CAM.78837>
- Bosmans, G. (2016). Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: Can attachment theory contribute to its efficacy? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19, 310-328.
- Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M., & van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 113, 287-298.
- Bosmans, G., van de Walle, M., Goossens, L., & Ceulemans, E. (2014). (In)variability of attachment in middle childhood: Secure base script evidence in diary data. *Behavior Change*, 31, 225-242.
- Bosmans, G., Van Vlierberghe, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Kobak, R., Hermans, D., & van IJzendoorn, M. H. (2022). A learning theory approach to attachment theory: Exploring clinical applications. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25, 591-612.
- Bosmans, G., Verschueren, K., Cuyvers, B., & Minnis, H. (2020). Current perspectives on the management of reactive attachment disorder in early education. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1235.
- Boszormenyi-Nagy, I. (2000). *Grondbe-ginselen van de contextuele benade-ring*. De Toorts.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume I: Attachment*. Basic Books.
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23, 155-165.
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-24). Guilford Publications.
- Crowell, J. A. (2003). Assessment of attachment security in a clinical setting: Observations of parents and children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24, 199-204.
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 274-290.
- de Jonge, Y. B., Nauta, M. H., & Bosmans, G. (2022). In which situations do adolescents seek parental support and what do they need? *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02280-7>
- de Winter, S., Salemink, E., & Bosmans, G. (2017). Interpretation bias in middle childhood attachment: Causal effects on attachment memories and scripts. *Behaviour Research and Therapy*, 102, 16-24.
- De Wolff, M., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. American Psychological Association.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2021). Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research. *Journal of Affective Disorders*, 294, 286-295.
- Diamond, G. S., Russon, J., & Levy, S. A. (2016). Attachment-based family therapy: A review of the empirical support. *Family Process*, 55, 595-610.
- Dujardin, A., Bosmans, G., Braet, C., & Goossens, L. (2014). Attachment-re-

- lated expectations and mother-referent memory bias in middle childhood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 296-302.
- Dujardin, A., Santens, T., Braet, C., de Raedt, R., Vos, P., Maes, B., & Bosmans, G. (2016). Middle childhood support-seeking behavior during stress: Links with self-reported attachment and future depressive symptoms. *Child Development*, 87, 326-340.
- Duschinsky, R. (2020). *Cornerstones of attachment research*. Oxford University Press.
- Grant, K. E., McMahon, S. D., Carter, J. S., Carleton, R. A., Adam, E. K., & Chen, E. (2014). The influence of stressors on the development of psychopathology. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 205-223). Springer Science + Business Media.
- Grasser, L. R., & Jovanovic, T. (2021). Safety learning during development: Implications for development of psychopathology. *Behavioural Brain Research*, 408, 113297.
- Haney, K. M. (2021). Attachment therapy: Are we truly doing 'no harm'? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28, 72.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (Zevende herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Johnson, S. (2019). Attachment in action: Changing the face of 21st century couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 25, 101-104.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 189-194.
- Kobak, R., & Bosmans, G. (2019). Attachment and psychopathology: A dynamic model of the insecure cycle. *Current Opinion in Psychology*, 25, 76-80.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen*. Wolters-Noordhoff.
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin*, 142, 367.
- Mouton, B., & Roskam, I. (2015). Confident mothers, easier children: A quasi-experimental manipulation of mothers' self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 2485-2495.
- Rober, P. (2008). Being there, experiencing and creating space for dialogue: About working with children in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 465-477.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy [Corrected]. *Psychotherapy Research*, 20, 193-202.
- van der Spek, N., Dekker, W., Peen, J., Santens, T., Cuypers, P., Bosmans, G., & Dekker, J. (under review). Attachment based family therapy for adolescents with suicidality and depression in a specialized mental health care setting: An open trial.
- Van Vlierberghe, L., & Bosmans, G. (2020). Gehechtheidsgerichte gezins-therapie voor lagereschoolkinderen: Op zoek naar een veilige basis voor succesvolle behandeling. *Psyche*, 32, 30-32.
- Vanaken, L., Bijttebier, P., Fivush, R., & Hermans, D. (2022). Narrative coherence predicts emotional well-being during the COVID-19 pandemic: A two-year longitudinal study. *Cognition & Emotion*, 36, 70-81.

- Vandevivere, E., Bosmans, G., Roels, S., Dujardin, A., & Braet, C. (2018). State trust in middle childhood: An experimental manipulation of maternal support. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1252-1263.
- Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M. P., Oosterman, M., Cassibba, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin*, 142, 337-366.
- Verhage, M. L., Tharner, A., Duschinsky, R., Bosmans, G., & Fearon, R. (2022). Editorial perspective: On the need for clarity about attachment terminology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13675>
- Verhees, M. W. T. F., Ceulemans, E., Finet, C., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Bosmans, G. (2022). Exploring everyday state attachment dynamics in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 1-10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001784>
- White, M. K., & Morgan, A. (2006). *Narrative therapy with children and their families*. Dulwich Centre Publications.
- Wirtz, P. H., von Känel, R., Mohiyeddini, C., Emini, L., Ruedisueli, K., Groessbauer, S., & Ehler, U. (2006). Low social support and poor emotional regulation are associated with increased stress hormone reactivity to mental stress in systemic hypertension. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91, 3857-3865.

Naar de oorsprong van emotie-eten

291

De rol van de vroege ouder-kindrelatie, emotieregulatie en alexithymie

ROSERIET BEIJERS & TATJANA VAN STRIEN

Samenvatting

Emotie-eten, de neiging om te eten als reactie op emoties, wordt verondersteld te zijn aangeleerd en een oorsprong te hebben in de vroege ouder-kindrelatie. Deze studie onderzocht of emotie-eten als gevolg van negatieve emoties kan worden voorspeld uit de volgende twee aspecten van de vroege ouder-kindrelatie: (1) de kwaliteit van zorg, en (2) de hechting. Daarnaast werd de mediërende rol onderzocht van: (1) de onderdrukking van emoties als emotieregulatiestrategie, en (2) alexithymie, de stoornis die gekenmerkt wordt door problemen met het onderscheiden en beschrijven van gevoelens. Bij 129 kinderen en hun ouders werd op 15 en 28 maanden de kwaliteit van zorg geobserveerd. Ook werden twee verkorte versies van veelgebruikte meetinstrumenten voor hechting afgenomen, namelijk de Vreemde Situatie en de Attachment Q-set. Op 12 jaar vulden kinderen vragenlijsten in om de onderdrukking van emoties, alexithymie en emotie-eten in kaart te brengen. Op 16 jaar werd opnieuw emotie-eten onderzocht met een zelfrapportagevragenlijst. De mediatiemodellen gaven aan dat een lagere kwaliteit van zorg en de twee maten van hechting emotie-eten op 12 en 16 jaar konden voorspellen via de twee mediators. Wanneer de onafhankelijke bijdragen van kwaliteit van zorg en hechting werden onderzocht, bleef hechting gemeen met de Strange Situation overeind, terwijl de bijdrage van hechting gemeten met de Attachment Q-set niet langer significant was. Deze resultaten geven aan dat (tot op zekere hoogte) zowel de kwaliteit van zorg als de hechtingskwaliteit vroeg in het leven voorspellers zijn van emotie-eten tijdens de adolescentie. Dit onderzoek draagt bij aan de kennis over de oorzaken en

ontwikkeling van emotie-eten, en uiteindelijk aan preventie en interventie om emotie-eten te voorkomen.

Trefwoorden: emotie-eten, ouder-kindrelatie, hechting, emotieregulatie, alexithymie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ In een prospectieve studie bleek emotie-eten – de neiging om te eten als reactie op emoties – zijn oorsprong te hebben in de kwaliteit van de ouder-kindrelatie tijdens de eerste levensjaren, via emotieonderdrukking en alexithymie.
- ▶ Een verbetering van de kwaliteit van de vroege ouder-kindrelatie leidt mogelijk tot preventie van emotie-eten en verbeterde uitkomsten bij het kind.
- ▶ Het is belangrijk om tijdens de behandeling van emotie-eten te focussen op een adequatere omgang met emoties, en wel door het aanleren van effectievere emotieregulatievaardigheden.

INLEIDING

.....

Onder emotie-eten wordt verstaan eten als gevolg van emoties, zowel positieve als negatieve (Cardi et al., 2015). Naast meer eten als gevolg van emoties (*overeating*), wordt ook minder eten gezien (*undereating*) (Bjorklund et al., 2019). Gezien het feit dat: (1) eten als reactie op positieve emoties en eten als reactie op negatieve emoties verschillend zijn gerelateerd aan overeten en eetbuien (Sultson et al., 2017), (2) overeten en eetbuien een risicofactor zijn voor gewichtstoename, overgewicht en eetstoornissen, ook bij kinderen en adolescenten (zie bijvoorbeeld Deaver et al., 2003; Koenders & van Strien, 2011; McManus & Waller, 1995; Sung et al., 2009), en (3) meer eten als gevolg van emoties vaak wordt gezien in de kindertijd (Steinsbeek et al., 2018), richten wij ons in dit huidige onderzoek op het onderzoeken van de oorsprong van emotie-eten als gevolg van negatieve emoties.

Eten als reactie op negatieve emoties geldt als kernkenmerk van overeten en eetbuien (McManus & Waller, 1995), die op hun beurt typerend zijn voor de DSM-5-diagnoses boulimia en eetbuistoornis (*binge eating disorder*). Zo scoorden vrouwen die last hadden van eetbuien hoger op schalen voor emotie-eten dan vrouwen die er geen last van hadden (Deaver et al., 2003). In longitudinale studies voorspelt emotie-eten gewichtstoename over tijd (Koenders & van Strien, 2011; Sung et al., 2009). Dit heeft waarschijnlijk ook deels te maken met het type voedsel dat wordt gegeten in reactie op emoties. Na een stressvolle situatie, zoals het houden van een toespraak voor een kritische jury, bleken mensen met een hogere score op emotie-eten meer zoet, vetrijk en energiedicht voedsel te consumeren, terwijl mensen met een la-

gere score op emotie-eten juist minder van dit type voedsel aten (O'Connor et al., 2008; Oliver et al., 2000; van Strien et al., 2012).

Eten is een atypische reactie op negatieve emoties en stress, omdat evolutionair gezien de typische reactie juist verlies van eetlust is (van Strien et al., 2016). Bij stress houden de maagcontracties op en verplaatst bloed zich naar de spieren. Bij gevaar moesten onze verre voorouders vechten of vluchten, niet eten. Het lichaam bereidt zich dan voor op actie (Gold & Chrousos, 2002). Volgens Bruch (1964) is de atypische stressreactie om te emotie-eten aangeleerd, als mogelijk gevolg van opvoedingspraktijken die de psychologische en emotionele ontwikkeling van het kind ondermijnen. Als de ouder systematisch inadequaar op het kind reageert – verwaarlozend, overbeschermend, of zelfs manipulatief of vijandig – verliest het kind het zicht op honger en verzadiging, krijgt het problemen met de emotieregulatie en ontwikkelt het alexithymie (gevoelsblindheid), wat op hun beurt weer voorspellers zijn voor emotie-eten (van Strien, 2018).

Inderdaad zijn in verschillende studies relaties gevonden tussen enerzijds opvoedstijlen gekenmerkt door insensitiviteit, intrusiviteit, afwijzing en manipulatieve controle, en anderzijds emotie-eten tijdens de kindertijd en de adolescentie (zie bijvoorbeeld Escobar et al., 2014; Vandewalle, Mabbé, 2017; Vandewalle, Moens, 2017; Vandewalle et al., 2014, 2016). Echter, de meeste van deze studies waren crosssectioneel en in de meeste ervan werd de kwaliteit van de ouder-kindrelatie uitgevraagd met een vragenlijst. In de huidige studie wordt onderzocht of emotie-eten tijdens de adolescentie kan worden voorspeld uit aspecten van de ouder-kindrelatie tijdens de eerste levensjaren van het kind, namelijk de kwaliteit van zorg gegeven door de ouder en de veiligheid van hechting tussen ouder en kind.

De ouder-kindrelatie: kwaliteit van zorg en hechting

Een hoge kwaliteit van zorg wordt onder meer gekenmerkt door sensitiviteit. Sensitiviteit geeft aan in hoeverre de ouder of verzorger de signalen van het kind waarneemt, correct interpreteert, en er effectief en tijdig op reageert (Ainsworth et al., 1978). Terwijl aanvankelijk sensitieve zorg als de randvoorwaarde bij uitstek werd gezien voor een veilige hechting – de emotionele en duurzame band tussen ouder en kind –, is inmiddels aangetoond dat sensitieve zorg weliswaar belangrijk is, maar zeker niet de enige voorspeller voor een veilige hechting (De Wolff & van IJzendoorn, 1997). Er is dan ook gebleken dat de kwaliteit van zorg en veiligheid van hechting onafhankelijke voorspellers kunnen zijn van uitkomsten bij het kind, zoals externaliserend gedrag (Smeekens et al., 2007). Daarnaast heeft het werk van professor Esther Leerkes en haar collega's laten zien dat sensitiviteit in reactie op stress bij de baby verschilt van sensitiviteit op signalen wanneer de baby niet gestrest is (Leerkes et al., 2012). Het is dus belangrijk om meerdere aspecten van de ouder-kindrelatie in verschillende situaties te obser-

veren, teneinde beter te begrijpen welke aspecten van de ouder-kindrelatie zijn gerelateerd aan emotie-eten. Ook wordt onderzocht of een dergelijk verband door problemen met de emotieregulatie en door alexithymie kan worden verklaard.

Onderliggende mechanismen: reguleren en identificeren van emoties

Problematische ouder-kindinteracties in de vroege jeugd leiden mogelijk via problemen met emotieregulatie en alexithymie tot emotie-eten tijdens de adolescentie. De reden is dat baby's beter in staat zijn om hun emoties te reguleren door middel van coregulering door de ouders (Belsky, 2002; Cassidy, 1994; Schore, 2001). Coregulering verwijst naar de manier waarop sensitief reagerende ouders het jonge kind beschermen tegen hoge niveaus van stress. Tegelijkertijd stimuleren zij de ontwikkeling van de emotieregulatievaardigheden van het kind. Kinderen met een onveilige hechting en kinderen van wie de ouders niet, minder of inconsistent reageerden, hebben later in het leven meer moeite met emotieregulatie. Deze hypothese wordt inderdaad door onderzoek ondersteund (Beijers et al., 2017; Cooke et al., 2019) en is geïncorporeerd in het *tripartite model of familial impact*. Dit model beschrijft hoe emotieregulatievaardigheden van kinderen worden beïnvloed door: (1) observaties en het modelleren van de emotieregulatievaardigheden door de ouders, (2) emotiegerelateerde ouderschapstijlen en -praktijken, en (3) het emotioneel klimaat in het gezin (Morris et al., 2007).

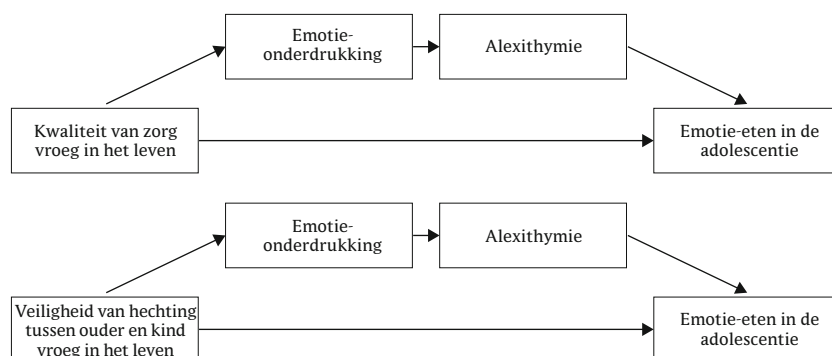
Een voorbeeld van het reguleren van emoties dat als minder functioneel wordt beschouwd is het onderdrukken van emoties. Het onderdrukken van emoties wordt in verband gebracht met lichamelijke en psychische klachten, zoals hartklachten en depressie (Gross, 2002; Hu et al., 2014; John & Gross, 2004). Daarnaast wordt het onderdrukken van emoties in verband gebracht met alexithymie. Alexithymie (ook wel 'gevoelsblindheid' genoemd) wordt gekenmerkt door moeilijkheden in het beschrijven en onderscheiden van gevoelens, en een denken dat voornamelijk gericht is op de buitenwereld en minder op de innerlijke beleving. Mensen met alexithymie vinden het lastig om hun emoties te verwoorden, te begrijpen en ermee om te gaan. Eerdere studies lieten een samenhang zien tussen alexithymie en emotie-eten (Larsen et al., 2006; Smeekens et al., 2009; van Strien & Ouwens, 2007). Zo bleek in een experiment onder vrouwelijke studenten dat de zelfgerapporteerde mate van alexithymie goed voorspelde welke studenten de typische stressreactie vertoonden en welke studenten de atypische. In de stressconditie werd de studenten verteld dat zij een toespraak moesten houden voor een kritisch publiek. De andere helft van de studenten moest voelen aan zachte lapjes stof. Vervolgens kregen alle studenten onder het mom van een smaakproef zoute crackertjes aangeboden, waar ze naar believen van konden eten. De studenten zonder alexithymie vertoonden de typische stressreactie: zij aten minder crackertjes in de stressconditie. Degenen die wel alexithymisch

waren, aten evenveel of zelfs meer crackertjes in de stressconditie: zij vertoonden de atypische stressreactie om te gaan eten na negatieve emoties en stress (van Strien & Ouwens, 2007).

HUIDIGE STUDIE

.....

Voor zover bekend heeft geen enkele studie de ouder-kindrelatie vroeg in het leven onderzocht in relatie tot emotie-eten tijdens de adolescentie, en dat terwijl de adolescentie een sensitieve periode is voor de ontwikkeling en uiting van emotie-eten (Limbers & Summers, 2021). Deze studie zal zich richten op de kwaliteit van zorg gegeven door de ouder, zoals geobserveerd op de leeftijd van 15 en 28 maanden, en de veiligheid van hechting tussen ouder en kind, geobserveerd op de leeftijd van 15 maanden. Emotie-eten wordt onderzocht op de leeftijd van 12 en 16 jaar. Daarnaast wordt de mediërende rol onderzocht van onderdrukking van emoties als emotieregulatiestrategie en van alexithymie, beide gemeten op de leeftijd van 12 jaar. Omdat sensitieve zorg niet de enige factor is die de veiligheid van hechting bepaalt (De Wolff & van IJzendoorn, 1997), verwachten we dat zowel een lage kwaliteit van zorg als een onveilige hechting emotie-eten voorspellen. We verwachten dat dit verband (deels) verklaard wordt door onderdrukking van emoties en alexithymie (zie figuur 1). Het is van belang de oorzaken en ontwikkeling van emotie-eten te begrijpen, zodat preventie en interventie kan worden aangeboden om zulk eetgedrag te voorkomen of tijdig te behandelen.



FIGUUR 1 Schematische weergave van de mediatiemodellen

METHODE

Proefpersonen

Ouders en hun kinderen maken deel uit van het lopende Nijmegen Longitudinaal Onderzoek, dat is opgezet en wordt uitgevoerd door de Radboud Universiteit. Het doel van deze longitudinale studie is te onderzoeken hoe de ontwikkeling en het functioneren van kinderen beïnvloed wordt door hun interacties met ouders en leeftijdgenoten (van Bakel & Riksen-Walraven, 2002a, 2002b). De studie begon in 1998 met een groep van 129 kinderen (67 jongens, 62 meisjes) in de leeftijd van 15 maanden en hun primaire verzorgers. In 126 gezinnen was de moeder de primaire verzorger, in de rest van de gezinnen was dit de vader. Sindsdien hebben de meeste kinderen en ouders aan tal van meetrondes meegedaan: op dit moment lopen de meetrondes op 23- en 24-jarige leeftijd. Vrijwel alle gezinnen kwamen oorspronkelijk uit Nijmegen of omgeving, maar inmiddels wonen de deelnemers verspreid over Nederland. De studie en de vervolgmeeitrondes zijn goedgekeurd door de lokale ethische commissie. Van de oorspronkelijke steekproef van 129 kinderen deden 114 kinderen en hun ouders mee op 28 maanden, 111 kinderen deden mee op 12 jaar en 105 kinderen deden mee op 16 jaar. De volgende goedkeuringen van de ethische commissie zijn verkregen voor deze studie: ECSW 20213-1811-157 (*Het sociale brein*) en ECG 2013-1308-123 (*Stressreactiviteit en sociale relaties*).

Procedure

Toen de kinderen 15 maanden oud waren, werden een huisbezoek en een bezoek aan het laboratorium uitgevoerd. Tijdens het huisbezoek werd de moeder gevraagd met het kind te spelen en er vier spelletjes mee te doen, waaronder het leggen van een puzzel en het samen lezen van een boek. Daarnaast werd thuis en in het lab de kwaliteit van gehechtheid van het kind gemeten. Op de leeftijd van 28 maanden werd een huisbezoek uitgevoerd, waar opnieuw de moeder werd gevraagd met het kind te spelen en er vier spelletjes mee te doen, die vergelijkbaar waren met de spelletjes die tijdens het eerdere huisbezoek werden gedaan. Toen de kinderen 12 jaar waren, werden tijdens een huisbezoek vragenlijsten ingevuld. Op deze manier werden emotie-eten, onderdrukking van emoties en alexithymie onderzocht. Op de leeftijd van 16 jaar werd tijdens een schoolbezoek opnieuw een vragenlijst over emotie-eten door het kind ingevuld.

MEETINSTRUMENTEN

Kwaliteit van zorg

De twee op video opgenomen ouder-kindinteracties zijn beoordeeld met behulp van drie zevenpuntsschalen, namelijk: (1) *sensitiviteit*: de mate waarin een ouder afgestemd is op de emotionele signalen van het kind, in staat is die signalen juist te interpreteren, en er passend en tijdig op reageert; (2) *respect voor autonomie*: de mate waarin een ouder de autonomie van het kind stimuleert, en rekening houdt met zijn of haar gevoelens en intenties; en (3) *hostiliteit*: de mate waarin de ouder frustratie, woede en afwijzing jegens het kind laat zien (Erickson et al., 1985). Elke video werd onafhankelijk beoordeeld door meerdere getrainde observatoren. De betrouwbaarheid was boven 0,83 (Cohens kappa) voor alle schalen.

Er werd één score berekend voor kwaliteit van zorg, mede vanwege een probleem met de scheefheid en kurtosis van de schaal hostiliteit. Deze overkoepelende score voor kwaliteit van zorg is gebaseerd op de ratio tussen positieve en negatieve kwaliteit van zorg. De positieve kwaliteit-van-zorgscore werd berekend door vier scores samen te nemen, namelijk de scores van de twee schalen sensitiviteit en respect voor autonomie op de twee leeftijden van 15 maanden en 28 maanden. De negatieve kwaliteit-van-zorgscore werd berekend door hostiliteit op 15 en op 28 maanden bij elkaar te nemen. Vervolgens werd de volgende formule gebruikt voor de overkoepelende ratio-score: positieve kwaliteit/(positieve kwaliteit + negatieve kwaliteit). Deze gebalanceerde ratioscore is gebaseerd op bewijs dat 'negatief sterker is dan positief' (Baumeister et al., 2001). Scheefheid en kurtosis van de ratioscore bleken een stuk verbeterd, maar waren nog steeds hoog, doch acceptabel geacht bij het gebruik van bootstrapping (Preacher & Hayes, 2008). Een hogere ratioscore betekent een hogere kwaliteit van zorg.

Hechting

Toen de kinderen 15 maanden oud waren, werden twee verkorte maten afgenomen om de veiligheid van de gehechtheid bij kinderen te meten, namelijk de verkorte procedure voor de Strange Situation (in het Nederlands: Vreemde Situatie) en de verkorte procedure voor de Attachment Q-set.

De verkorte versie van de Vreemde Situatie bestaat uit drie situaties, namelijk: (1) ouder en kind zijn samen in de kamer (3 minuten); (2) de ouder gaat weg en het kind is alleen (4 minuten); en (3) de hereniging van ouder en kind (3 minuten). Omdat de originele versie van de Vreemde Situatie bestaat uit twee separaties tussen ouder en kind van elk 3 minuten, is er in de verkorte versie voor gekozen om de duur van de eenmalige scheiding tussen

ouder en kind te verlengen van 3 minuten naar 4 minuten. Twee getrainde observatoren beoordeelden de video's en classificeerden de kinderen als: veilig (B), vermijdend (A), ambivalent (C) of gedesorganiseerd (D). Met 95% overeenstemming over de belangrijkste classificaties was de interobserverbetrouwbaarheid voldoende ($N = 20$ kinderen). Voor dit onderzoek is een dummyvariabele gemaakt die veilige gehechtheid (B) reflecteert versus onveilige gehechtheid (A, C en D).

Aan de hand van de Nederlandse vertaling van de Attachment Q-set werd de gehechtheid van de kinderen beoordeeld door middel van 90 kaarten die werden gecategoriseerd na 2 uur observatie. Deze categorisatie werd gedaan door een betrouwbare observator. Deze observator werd getraind totdat een betrouwbaarheid van 0,75 was bereikt. Checks van betrouwbaarheid die daarna volgden ($n = 5$ kinderen), overstegen ook een betrouwbaarheid van 0,75. De test is ontworpen om het spectrum van veiligheid te bestrijken en geeft een score op het continuüm van veilig naar onveilig. Voor meer informatie over de verkorte procedures en de scoring ervan verwijzen we graag naar de studie van van Bakel en Riksen-Walraven (2004).

Emotieregulatie

Emotieregulatie werd gemeten met de vragenlijst Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA; Gullone et al., 2010), die werd ingevuld door de kinderen. De vragenlijst beoordeelt cognitieve herwaardering (zes items) en expressieve onderdrukking van emoties (vier items). Deze laatste schaal werd gebruikt om de mate van onderdrukking van emoties te meten. Een voorbeeld van een item voor expressieve onderdrukking van emoties is: 'Ik controleer mijn gevoelens door ze niet te laten zien.' De Cronbachs alfa van deze schaal bedraagt 0,72.

Alexithymie

Alexithymie werd gemeten met de Toronto Alexithymie Schaal-20 (TAS-20; Bagby et al., 1994; Kooiman et al., 2002; aangepast voor kinderen door Rieffe et al., 2006). Deze vragenlijst heeft twee subschalen, namelijk 'Moeilijkheden om gevoelens te identificeren' en 'Moeilijkheden om gevoelens te beschrijven'. De schaal 'Moeilijkheden om gevoelens te identificeren' werd gebruikt als maat voor alexithymie; de Cronbachs alfa ervan bedraagt 0,71.

Emotie-eten

Emotie-eten werd gemeten met zeven items van de Dutch Eating Behaviour Questionnaire voor kinderen in de leeftijd van 7 tot 12 jaar (DEBQ-C; van Strien & Oosterveld, 2008). Een voorbeeld van een item is: 'Krijg je van piekeren zin om te eten?' De vragen werden beantwoord op een vijfpunts-

schaal, lopend van 'nooit' tot 'erg vaak'. De Cronbachs alfa bedraagt 0,73 in de huidige steekproef.

Op 16 jaar werd emotie-eten in kaart gebracht met de korte versie van de DEBQ voor volwassenen (zie ook van Strien et al., 2016). Een voorbeeld van een item is: 'Krijg je zin om te eten wanneer je angstig, bezorgd of gespannen bent?' De vragen werden beantwoord op een vijfpuntsschaal, lopend van 'nooit' tot 'erg vaak'. Hogere scores op beide vragenlijsten weerspiegelen meer emotie-eten. De Cronbachs alfa bedraagt 0,94 in de huidige steekproef.

299

STATISTISCHE ANALYSES

.....

Allereerst werden correlaties berekend. Voor de hoofdanalyses werden mediatieanalyses uitgevoerd met de macro PROCESS voor SPSS. Deze mediatieanalyses werden eerst uitgevoerd voor kwaliteit van zorg, dan voor hechting, en vervolgens werd onderzocht wat de unieke bijdrage is van kwaliteit van zorg en hechting aan emotie-eten op 12 en 16 jaar. Er werd verwacht dat zowel lagere kwaliteit van zorg als minder veiligheid in de hechtingsrelatie bijdragen aan meer emotie-eten tijdens de adolescentie, via problemen met emotieregulatie en met het identificeren van gevoelens (alexithymie). Vanwege een gebrek aan statistische power is niet naar de modererende rol van geslacht gekeken.

RESULTATEN

.....

Correlaties

.....

Er was geen significante correlatie tussen kwaliteit van zorg en emotie-eten op 12 jaar ($r = -0,11$, $p > 0,05$). Terwijl de twee maten van hechting significant waren gecorreleerd ($r = 0,27$, $p < 0,01$), waren deze twee maten van hechting niet significant gecorreleerd met emotie-eten op 12 jaar ($p > 0,05$). Wel bleek onderdrukking van emoties op 12 jaar gecorreleerd aan zowel de kwaliteit van zorg ($r = -0,34$, $p < 0,01$) als beide maten van hechting ($r = -0,30$, $p < 0,01$ voor de verkorte versie van de Strange Situation, en $r = -0,26$, $p < 0,01$ voor de verkorte versie van de Attachment Q-set). Deze correlaties laten zien dat hogere kwaliteit van zorg en meer veiligheid binnen de hechtingsrelatie waren gerelateerd aan minder gebruik van onderdrukking van emoties als emotieregulatiestrategie, beide gemeten op 12 jaar. Daarnaast was meer onderdrukking van emoties gecorreleerd met meer alexithymie ($r = 0,33$, $p < 0,01$) en meer alexithymie was op haar beurt gecorreleerd met meer emotie-eten op 12 jaar ($r = -0,44$, $p < 0,001$). Correlaties met emotie-eten op 16 jaar lieten een vergelijkbaar resultaat zien (zie ook Beijers et al., 2021; van Strien et al., 2019).

Kwaliteit van zorg

Vervolgens werden mediatiemodellen getoetst die controleerden voor opleidingsniveau van de ouders en het geslacht van het kind. Visuele weergaven van de mediatiemodellen met de significanties zijn te vinden in de bijhorende Engelstalige artikelen (Beijers et al., 2021; van Strien et al., 2019). De mediatiemodellen lieten zien dat het model met het seriële mediatie-effect van kwaliteit van zorg naar emotieonderdrukking naar moeilijkheden om gevoelens te identificeren naar emotie-eten significant was ($B = -0,498$, $SE = 0,233$, 95% CI $[-1,094, 0,153]$, $p < 0,05$). Het model met daarin de kwaliteit van zorg, de twee mediatoren (gemeten op 12 jaar) en de covariaten verklaarde 26% van de variantie in emotie-eten op 12 jaar ($p < 0,01$).

Een beperking van het mediatiemodel op 12 jaar is dat zowel de mediatoren als de uitkomst op hetzelfde tijdstip gemeten zijn. Het mediatiemodel werd dan ook herhaald met emotie-eten op 16 jaar en bleek ook significant ($B = -0,517$, $SE = 0,353$, 95% CI $[-1,481, -0,029]$, $p < 0,05$). Het model met daarin de kwaliteit van zorg, de twee mediatoren en de covariaten verklaarde 34% van de variantie in emotie-eten op 16 jaar ($p < 0,001$).

Hechting

Het mediatiemodel met hechting gemeten door de verkorte versie van de Strange Situation liet zien dat het seriële mediatie-effect van hechtingsveiligheid naar emotieonderdrukking naar alexithymie naar emotie-eten significant was ($B = -0,07$, $SE = 0,03$, 95% CI $[-0,15, -0,02]$, $p < 0,05$). Het mediatiemodel met alle variabelen verklaarde 23,2% van de variantie in emotie-eten op 12 jaar ($p < 0,001$). Ook nu werd het mediatiemodel herhaald met emotie-eten op 16 jaar. Het mediatiemodel liet een trend zien ($p < 0,10$) en het mediatiemodel verklaarde 29,6% van de variantie in emotie-eten op 16 jaar ($p < 0,001$).

Het mediatiemodel met hechting gemeten door de verkorte versie van de Attachment Q-set liet opnieuw zien dat het seriële mediatie-effect van hechtingsveiligheid naar emotieonderdrukking naar alexithymie naar emotie-eten significant was ($B = -0,10$, $SE = 0,05$, 95% CI $[-0,23, -0,02]$, $p < 0,05$). Het mediatiemodel verklaarde 24,3% van de variantie in emotie-eten op 12 jaar ($p < 0,001$). Ook wanneer emotie-eten op 16 jaar werd gemeten, bleek het seriële mediatie-effect van hechtingsveiligheid naar emotieonderdrukking naar alexithymie naar emotie-eten significant ($B = -0,08$, $SE = 0,07$, 95% CI $[-0,32, -0,0006]$, $p < 0,05$). Het mediatiemodel verklaarde 35,5% van de variantie in emotie-eten op 16 jaar ($p < 0,001$).

Onafhankelijke bijdragen

301

Om te onderzoeken of de kwaliteit van zorg en de veiligheid van hechting beide onafhankelijk emotie-eten kunnen voorspellen, werden de mediatiemodellen opnieuw uitgevoerd. Wanneer kwaliteit van zorg werd toegevoegd aan het mediatiemodel met hechting gemeten door de verkorte versie van de Strange Situation en emotie-eten op 12 jaar en vervolgens op 16 jaar, bleven de modellen significant (12 jaar: $B = -0,05$, $SE = 0,02$, 95% CI $[-0,12, -0,01]$, $p < 0,05$; 16 jaar: $B = -0,04$, $SE = 0,04$, 95% CI $[-0,19, -0,004]$, $p < 0,05$). Wanneer echter kwaliteit van zorg werd toegevoegd aan het mediatiemodel met hechting gemeten door de verkorte versie van de Attachment Q-set, waren de modellen niet langer significant (12 jaar: $B = -0,04$, $SE = 0,04$, 95% CI $[-0,13, 0,02]$, $p > 0,05$; 16 jaar: $B = -0,01$, $SE = 0,05$, 95% CI $[-0,17, 0,06]$, $p > 0,05$).

DISCUSSIE

De huidige studie onderzocht in hoeverre de kwaliteit van zorg en hechting tussen ouder en kind vroeg in het leven emotie-eten tijdens de adolescentie voorspelt. Daarnaast werd de mediërende rol onderzocht van onderdrukking van emoties en alexithymie. De mediatiemodellen gaven aan dat een lagere kwaliteit van zorg en een lagere hechtingskwaliteit gemeten met twee verschillende maten, inderdaad emotie-eten op zowel 12 als 16 jaar konden voorspellen via de twee mediators. Wanneer de onafhankelijke bijdragen van kwaliteit van zorg en hechting werden onderzocht, bleef de bijdrage van hechtingskwaliteit gemeten met de verkorte versie van de Strange Situation overeind, terwijl de bijdrage van hechtingskwaliteit gemeten met de verkorte versie van de Attachment Q-set niet langer significant was. Deze resultaten geven aan dat – tot op zekere hoogte – zowel de kwaliteit van zorg als de hechtingsveiligheid vroeg in het leven voorspellers zijn van emotie-eten tijdens de adolescentie.

Eerder onderzoek dat verbanden heeft gevonden tussen kwaliteit van zorg, hechting en emotie-eten was vooral crossectioneel. Het longitudinale design van het huidige onderzoek voegt iets belangrijks aan dit eerdere onderzoek toe omdat het bijdraagt aan het ontrafelen van oorzaak-gevolgassociaties en inzicht geeft in mogelijke vroege risicofactoren van emotie-eten. De huidige resultaten dragen bij aan de literatuur omdat eruit blijkt dat waarschijnlijk niet alleen zorg gegeven in voedingssituaties, zoals snoepjes of snacks geven om negatieve emoties te kalmeren (zie bijvoorbeeld Blissett et al., 2010; Braden et al., 2014; Rodgers et al., 2014) voorspellers van emotie-eten zijn, maar ook zorg gegeven in meer algemene situaties. Bovendien suggereren deze uitkomsten dat – in overeenkomst met het werk van Esther Leerkes en collega's (zie bijvoorbeeld Leerkes et al., 2012) – de kwaliteit van

de vroege ouder-kindrelatie in situaties waarin het jonge kind gestrest is, maar ook wanneer het niet gestrest is, beide een rol spelen in de ontwikkeling van emotie-eten tijdens de adolescentie.

Zowel hechting gemeten met de verkorte versie van de Strange Situation als gemeten met de verkorte versie van de Attachment Q-set voorspelden – door verhoogde onderdrukking van emoties en door alexithymie – emotie-eten in de adolescentie. Dit is een interessante bevinding, vooral ook omdat deze twee maten van hechting slechts matig waren gecorreleerd ($r = 0,27$). Terwijl deze beide maten van hechting vroeg in het leven dus latere uitkomsten kunnen voorspellen, lijken ze beide een andere kijk op de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind te geven. Terwijl de Strange Situation waarschijnlijk meer de verwachtingen van het kind ten opzichte van de ouder weerspiegelt in tijden van stress (*safe haven*), weerspiegelt de Attachment Q-set waarschijnlijk meer de verwachtingen van het kind ten opzichte van de ouder in tijden van exploratie (*secure base*). Als zodanig lijken dus zowel de verwachtingen van jonge kinderen ten opzichte van hun ouders in tijden van stress als in die van niet-stress relevant te zijn voor de ontwikkeling van emotie-eten.

Deze reflectie op de maten van hechting kan waarschijnlijk ook de resultaten verklaren die we vonden nadat we, naast hechting, de kwaliteit van zorg in de mediatiemodellen hadden opgenomen. Naast kwaliteit van zorg bleek ook hechting gemeten met de verkorte versie van de Strange Situation emotie-eten tijdens de adolescentie te voorspellen. Voor hechting gemeten met de verkorte versie van de Attachment Q-set bleek dat niet het geval te zijn. Terwijl de kwaliteit van zorg en de verkorte versie van de Attachment Q-set beide zijn geobserveerd tijdens niet-stressvolle situaties in de thuisomgeving, beslaat de verkorte versie van de Strange Situation een stressvolle situatie in het laboratorium. Kortom, vergeleken met de Strange Situation lijkt het erop dat de kwaliteit van zorg en de Attachment Q-set meer een vergelijkbaar onderdeel van de ouder-kindrelatie omvatten. Post-hoccorrelaties laten echter weer zien dat het verband tussen kwaliteit van zorg en de Attachment Q-set minder sterk was ($r = 0,27, p = 0,006$) dan het verband tussen de kwaliteit van zorg en de Strange Situation ($r = 0,42, p < 0,001$). Als zodanig lijken deze correlaties onze hypothese niet te ondersteunen. Voor toekomstig onderzoek, met een grotere steekproef, zou het interessant zijn om te onderzoeken in hoeverre kwaliteit van zorg en hechting functioneren als onafhankelijke voorspellers van emotie-eten, en in hoeverre hechting het verband tussen kwaliteit van zorg en emotie-eten medieert. Deze kennis helpt bij het ontrafelen van de onderdelen van de vroege ouder-kindinteractie die relevant zijn voor het ontstaan en de ontwikkeling van emotie-eten.

Sterke en zwakke punten

303

Onder de sterke punten van het onderzoek valt de longitudinale, prospectieve aard ervan, waarbij kinderen en hun ouders over een periode van 15 jaar zijn gevolgd. Andere sterke punten zijn de meerdere observaties van de ouder-kindrelatie, en de zelfrapportage om onderdrukking van emoties, alexithymie en emotie-eten te meten.

Onder de beperkingen van het onderzoek vallen de relatief kleine steekproefomvang, die ons ervan weerhield om in één statistisch model alle drie maten van de ouder-kindrelatie (namelijk de kwaliteit van zorg en de twee maten van hechting) gelijktijdig te onderzoeken en de unieke bijdragen ervan te bepalen. Ook weerhield de kleine steekproef ons ervan te kijken naar moderatoren op kindniveau, zoals geslacht en temperament, en de individuele categorieën van hechting (A, B, C en D), terwijl uit een meta-analyse onder volwassenen blijkt dat een angstige hechtingsstijl sterker geassocieerd is met ongezond eetgedrag dan een vermijdende hechtingsstijl (Faber et al., 2018).

Ten slotte hebben we verkorte versies gebruikt van veelgebruikte maten van hechting. Gevolg is dat we ons moeten afvragen of de voorspellende effecten misschien groter zouden zijn geweest als we niet-verkorte versies hadden gebruikt. Bovendien werden emotieregulatie en alexithymie alleen op 12 jaar in kaart gebracht; vervolgonderzoek zou ook de ontwikkeling van deze twee concepten over tijd in kaart dienen te brengen.

Conclusie en implicaties voor de praktijk

Voor zover ons bekend levert deze studie het eerste bewijs dat zowel de kwaliteit van zorg als de hechtingskwaliteit van het jonge kind emotie-eten tijdens de adolescentie voorspelt via emotieonderdrukking en alexithymie. Daarnaast bleken emotieonderdrukking en alexithymie belangrijke onderliggende mechanismen van emotie-eten. Dit betekent voor de praktijk dat: (1) een verbetering van de kwaliteit van de vroege ouder-kindrelatie kan leiden tot preventie van emotie-eten en verbeterde uitkomsten bij het kind, en (2) de behandeling van emotie-eters zich zou moeten toespitsen op een adequatere omgang met negatieve emoties, en wel door het aanleren van effectievere emotieregulatievaardigheden.

Een veelbelovende behandeling hiervoor is dialectische gedragstherapie (DGT), een therapie die helpt om heftige emoties als verdriet, somberheid, wanhoop, angst, boosheid, of afwisselingen van zulke heftige emoties, beter in evenwicht te krijgen. DGT bestaat niet alleen uit individuele therapie, maar omvat ook modules met mindfulness – een niet-oordelende staat van bewustzijn van iemands gedachten, gevoelens en ervaringen in het hier-en-nu –, en modules over emotieregulatie, stress- en frustratietolerantie (Roosen et al., 2012; Rozakou-Soumalia et al., 2021). Omdat emotie-eten een

risicofactor vormt voor overgewicht en de ontwikkeling van eetproblemen, draagt onderzoek naar de oorzaken en ontwikkeling van emotie-eten bij aan preventie en interventie van ongezond eetgedrag, psychopathologie en overgewicht.

Dit artikel is een vereenvoudigde weergave van Beijers en collega's (2021) en van Strien en collega's (2019). Waar dit artikel details mist, verwijzen we gaarne naar deze twee bronnen. Wij willen graag Sanny Smeekens, Yvonne van den Berg, Marta Miragall en Hanna Konttinen danken voor hun bijdrage aan deze twee Engelstalige artikelen.

Roseriet Beijers is universitair hoofddocent aan de afdeling Social Development (Behavioural Science Institute) van de Radboud Universiteit en verbonden aan het Donders Institute van het Radboudumc.

Tatjana van Strien is emeritus hoogleraar Psychologie van lijnen en overeten aan de afdeling Gezondheidswetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam, en daarnaast verbonden aan het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit.

Correspondentieadres: Roseriet Beijers, Radboud Universiteit, afdeling Social Development, Kamer 3.368, Thomas van Aquinostraat 4, 6525 GD Nijmegen. E-mail: roseriet.beijers@ru.nl.

Summary *Unraveling the roots of emotional eating: Links with early parent-infant interaction quality, emotion suppression and alexithymia*

Emotional eating (EE), the propensity to eat in response to emotions, is thought to have its origins in the early parent-infant relationship. This study tested if poor parenting quality and parent-infant attachment insecurity in early life result in EE in adolescence through the increased use of the emotion regulation strategy suppression and subsequent alexithymia. At the age of 15 months, parent-infant attachment security ($n = 129$) was observed with two abbreviated attachment measures: the Shortened Strange Situation Procedure (SSSP), and the Shortened Attachment Q-set (S-AQS). At the age of 15 and 28 months, parenting quality was observed during semi-structured play. At the age of 12 years, children completed self-report questionnaires to assess the suppression of emotions, alexithymia, and EE. At the age of 16 years, EE was measured again. The mediation models indicated that lower parenting quality and parent-infant attachment security both predicted increased use of suppression of emotions, which was related to increased alexithymia, and in turn more EE. When the independent contributions of parenting quality and attachment security were investigated, the models with the SSSP as predictor remained significant, but the models with the S-AQS became insignificant. These results indicate that, to a certain extent, parental quality and parent-infant attachment security are independent predictors of adolescent EE.

Keywords *emotional eating, parenting quality, attachment, suppression of emotions, alexithymia*

Literatuur

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Wiley.
- Bagby, R., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: 1. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.
- Beijers, R., Miragall, M., van den Berg, Y., Kontinen, H., & van Strien, T. (2021). Parent-child attachment insecurity in infancy and emotional eating in adolescence: Mediation through emotion suppression and alexithymia. *Nutrients*, 13, Article 1662.
- Beijers, R., Riksen-Walraven, J. M. A., Sebesta, K., & de Weerth, C. (2017). Differential associations between behavioral and cortisol responses to a stressor in securely versus insecurely attached infants. *Behavioural Brain Research*, 325, 147-155.
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment and Human Development*, 4, 166-170.
- Bjorklund, O., Wichstrom, L., Llewellyn, C. H., & Steinsbekk, S. (2019). Emotional over- and undereating in children: A longitudinal analysis of child and contextual predictors. *Child Development*, 90, E803-E818.
- Blissett, J., Haycraft, E., & Farrow, C. (2010). Inducing preschool children's emotional eating: Relations with parental feeding practices. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92, 359-365.
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N., & Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*, 80, 35-40.
- Bruch, H. (1964). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269-274.
- Cardi, V., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 57, 299-309.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249.
- Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-Parrigon, K. L., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2019). Parent-child attachment and children's experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion*, 19, 1103.
- De Wolff, M. S., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., Smyth, J., Meidinger, A., & Crosby, R. (2003). An evaluation of affect and binge eating. *Behavior Modification*, 27, 578-599.
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 147-166.
- Escobar, R. S., O'Donnell, K. A., Colalillo, S., Pawlby, S., Steiner, M., Meaney, M. J., Levitan, R. D., Silveira, P. P., & Mavan Study Team. (2014). Better quality of mother-child interaction at 4 years of age decreases emotional overeating in IUGR girls. *Appetite*, 81, 337-342.

- Faber, A., Dubé, L., & Knäuper, B. (2018). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*, 123, 410-438.
- Gold, P. W., & Chrousos, G. P. (2002). Organisation of the stress system and its dysregulation in melancholic and typical depression. High vs low CRH/NE states. *Molecular Psychiatry*, 7, 254-275.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 567-574.
- Hu, T. Q., Zhang, D. J., Wang, J. L., Mistry, R., Ran, G. M., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114, 341-362.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- Koenders, P., & van Strien, T. (2011). Emotional eating rather than lifestyle behaviour drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53, 1287-1293.
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia: A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-1090.
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 237-243.
- Leerkes, E. M., Weaver, J. M., & O'Brien, M. (2012). Differentiating maternal sensitivity to infant distress and non-distress. *Parenting: Science and Practice*, 12, 175-184.
- Limbers, C. A., & Summers, E. (2021). Emotional eating and weight status in adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 991.
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 15, 845-863.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16, 361-388.
- O'Connor, D. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B., & Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*, 27, S20-S31.
- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 853-865.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M. M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 40, 123-133.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., McLean, S. A., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gibbons, K. (2014). Maternal negative affect is associated with emotional feeding practices and

- emotional eating in young children. *Appetite*, 80, 242-247.
- Roosen, M. A., Safer, D. L., Adler, S., Cebolla, A., & van Strien, T. (2012). Group dialectical therapy adapted for obese emotional eaters: A pilot study. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 1125-1131.
- Rozakou-Soumalia, N., Darvari, S., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 11, 931.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Smeeckens, S., Riksen-Walraven, J. M. A., & van Bakel, H. J. A. (2007). Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year-olds: A longitudinal model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 347-361.
- Smeeckens, S., Riksen-Walraven, J. M. A., & van Bakel, H. J. A. (2009). The predictive value of different infant attachment measures for socioemotional development at age 5 years. *Infant Mental Health Journal*, 30, 366-383.
- Steinsbekk, S., Barker, E. D., Llewellyn, C., Fildes, A., & Wichstrøm, L. (2018). Emotional feeding and emotional eating: Reciprocal processes and the influence of negative affectivity. *Child Development*, 89, 1234-1246.
- Sultson, H., Kuk, K., & Akkermann, K. (2017). Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the Positive-Negative Emotional Eating Scale. *Appetite*, 116, 423-430.
- Sung, J., Lee, K., & Song, Y. (2009). Relationship of eating behaviour to long-term weight change and body mass index: The healthy twin study. *Eating and Weight Disorders*, 14, e98-e105.
- van Bakel, H. J. A., & Riksen-Walraven, J. M. A. (2002a). Parenting and development of one-year-olds: Links with parental, contextual, and child characteristics. *Child Development*, 73, 256-273.
- van Bakel, H. J. A., & Riksen-Walraven, J. M. A. (2002b). Quality of infant-parent attachment as reflected in infant interactive behaviour during instructional tasks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 387-394.
- van Bakel, H. J. A., & Riksen-Walraven, J. M. A. (2004). Stress reactivity in 15-month-old infants: Links with infant temperament, cognitive competence, and attachment security. *Developmental Psychobiology*, 44, 157-167.
- van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18, 35.
- van Strien, T., Beijers, R., Smeeckens, S., Winkens, L., & Konttinen, H. & (2019). Parenting quality in infancy and emotional eating in adolescence: Mediation through emotion suppression and alexithymia. *Appetite*, 141, Article 104339.
- van Strien, T., Donker, M. H., & Ouwens, M. A. (2016). Is desire to eat in response to positive emotions an 'obese' eating style: Is Kummerspeck for some people a misnomer? *Appetite*, 100, 225-235.
- van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D., Engels, R. C. M. E., & de Weerth, C. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58, 277-284.
- van Strien, T., & Oosterveld, P. (2008). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year old children. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 72-81.

- van Strien, T., & Ouwens, M. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*, 8, 251-257.
- Vandewalle, J., Mabbe, E., Debeuf, T., Braet, C., & Moens, E. (2017). The daily relation between parental rejection and emotional eating in youngsters: A diary study. *Frontiers in Psychology*, 8, 691.
- Vandewalle, J., Moens, E., Bosmans, G., & Braet, C. (2017). The effect of parental rejection on the emotional eating behaviour of youngsters: A laboratory-based study. *Appetite*, 108, 219-225.
- Vandewalle, J., Moens, E., & Braet, V. (2014). Comprehending emotional eating in obese youngsters: The role of parental rejection and emotion regulation. *International Journal of Obesity*, 38, 525-530.
- Vandewalle, J., Moens, E., & Braet, C. (2016). Can we link emotional eating with the emotion regulation skills of adolescents? *Psychology and Health*, 31, 857-872.

Draagt ervaren steun bij aan de vermindering in angstklachten van kinderen na CGT?

Een exploratieve studie

BONNY VAN STEENSEL, LIESBETH DE PAAUW-TELMAN, MARIJA MARIC 
SUSAN BÖGELS

Samenvatting

In deze studie werd ervaren steun onderzocht in samenhang met andere factoren en met behandeluitkomsten van kinderen en jongeren met angststoornissen. Deelnemers waren 116 kinderen met angststoornissen en hun ouders (109 moeders en 89 vaders), die cognitieve gedragstherapie (CGT) ontvingen voor hun angstklachten. Angstsymptomen werden gemeten vóór, tijdens (na vijf sessies) en na de behandeling. Kinderen rapporteerden tijdens de behandeling over de ervaren steun vanuit de ouders en ouders rapporteerden over de ervaren steun vanuit hun partners. Er werd geen verschil gevonden in de gemiddelde mate van ervaren steun tussen kinderen die wel of niet hersteld waren van hun belangrijkste angststoornis na CGT. Meer steun van vaders hing samen met een sterkere daling in angstklachten bij de tussenmeting (na vijf sessies), maar niet op andere meetmomenten (na de behandeling). Meer ervaren steun van moeders hing samen met een lagere ouderlijke betrokkenheid (aanwezigheid) tijdens de behandelsessies. Meer ervaren steun door de partner hing samen met minder angstklachten bij het kind zoals gerapporteerd door vaders en met lagere angst- en/of depressiesymptomen bij moeders. Vervolgonderzoek naar hoe we ouderlijke steun tijdens behandeling het beste kunnen operationaliseren is wenselijk.

Trefwoorden: angst, kinderen, CGT, ouders, steun

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Wanneer kinderen met angstproblemen veel steun vanuit vaders ervaren, is dit mogelijk gunstig voor de eerste helft van de CGT-behandeling (snellere reductie in angstklachten).
- ▶ Voor de uiteindelijke uitkomst van de CGT-behandeling lijkt de mate van ervaren steun (zowel van vaders als van moeders) geen rol te spelen.

INLEIDING

.....

Angststoornissen komen vaak voor bij kinderen en jongeren. Wereldwijd wordt de prevalentie van angststoornissen bij kinderen op 6,5% geschat (meta-analyse van Polanczyk et al., 2015). In klinische steekproeven is de comorbiditeit onder kinderen met angststoornissen groot. In de studie van Kendall en collega's (2010) werd bijvoorbeeld gevonden dat bijna 80% van de kinderen met een primaire gegeneraliseerde-angststoornis, separatie-angststoornis of sociale fobie tevens voldeed aan ten minste één andere angststoornis. In een studie van Leyfer en collega's (2013) werd gevonden dat 63% van de kinderen met een angststoornis meerdere angststoornissen had.

Angststoornissen interfereren met het dagelijkse leven (American Psychiatric Association, 2014) en hebben een negatief effect op de kwaliteit van leven (van Steensel et al., 2012). Een onbehandelde angststoornis kan (ernstige) gevolgen hebben voor de verdere ontwikkeling. Zo zijn er aanwijzingen dat een onbehandelde angststoornis samenhangt met de ontwikkeling van andere psychopathologie tijdens de adolescentie en jonge volwassenheid, bijvoorbeeld depressie (Stein et al., 2001), alcohol- en drugsmisbruik (Zimmerman et al., 2003) en gedragsproblemen (Donker, 2004; Maughan & Rutter, 1998). Bovendien gaat een onbehandelde angststoornis gepaard met maatschappelijke kosten. In het onderzoek van Bodden, Dirksen en collega's (2008) kwam naar voren dat de maatschappelijke kosten van gezinnen met kinderen met een angststoornis ongeveer 21 keer hoger waren dan van gezinnen zonder kinderen met een angststoornis. De totale ziektekosten voor alle kinderen met angststoornissen in Nederland werden geschat op meer dan 20 miljoen euro per jaar.

Angststoornissen zijn goed te behandelen met cognitieve gedragstherapie (CGT) (zie bijvoorbeeld de meta-analyses van In-Albon & Schneider, 2007; Reynolds et al., 2012, en de review van meta-analyses van Crowe & McKay, 2017). Ongeveer twee derde van de kinderen is na het volgen van CGT vrij van hun primaire angststoornis en meer dan de helft is vrij van *alle* angststoornissen. Dergelijke positieve resultaten worden ook in Nederlandse studies gerapporteerd (Bodden, Bögels et al., 2008a; Hogendoorn et

al., 2014; Nauta et al., 2003; van Steensel & Bögels, 2015). Bovendien lijken de effecten van CGT ook op langere termijn aan te houden. Zo werd in een onderzoek van Barrett en collega's (2001) gevonden dat bijna 86% van de kinderen die gemiddeld genomen 6 jaar geleden een CGT-behandeling hadden gevolgd niet meer voldeed aan de criteria voor een angststoornis. Echter, ondanks de positieve resultaten is nog steeds een derde van de kinderen niet vrij van hun primaire angststoornis. De vraag die opkomt is: 'Hoe is te verklaren dat sommige kinderen wel profiteren van hun CGT-behandeling, terwijl andere kinderen er niet of minder van profiteren?'

Er is vaak onderzocht of ouderlijke betrokkenheid van invloed is op de effectiviteit van CGT. Hoewel enerzijds ouderlijke betrokkenheid bij de behandeling van angststoornissen bij kinderen (de aanwezigheid van ouders tijdens behandelingsessies) niet lijkt te leiden tot een betere behandel-effectiviteit (zie de meta-analyses/reviews van Breinholst et al., 2012; Crowe & McKay, 2017; In-Albon & Schneider, 2007; Manassis et al., 2014; Reynolds et al., 2012; Thulin et al., 2014), zijn er anderzijds ook aanwijzingen dat ouderlijke betrokkenheid zinvol is in de behandeling van angststoornissen bij kinderen wanneer gekeken wordt naar specifieke componenten van ouderlijke betrokkenheid en naar de uitkomsten op langere termijn (Kreuze et al., 2018; Manassis et al., 2014; Walczak et al., 2017). Tot dusver hebben studies echter vooral gekeken naar de aanwezigheid van ouders tijdens de sessies als een maat voor ouderlijke betrokkenheid.

Een uitzondering is het onderzoek van Pereira en collega's (2016), waarin niet alleen de betrokkenheid van ouders *tijdens* de behandeling werd meegenomen, maar ook de betrokkenheid van ouders *buiten* de behandelingsessies (bijvoorbeeld in hoeverre ouders de kinderen steunden bij het maken van huiswerk en het uitvoeren van exposures). De auteurs vonden dat een grotere ouderlijke betrokkenheid minder angstsymptomen tijdens de follow-upmeting voorspelde. In het huidige onderzoek hebben we voortgebouwd op dit onderzoek, en wel door op een bredere manier te kijken naar ouderlijke betrokkenheid: we keken naar de mate van steun die het kind ervaart van ouders tijdens de behandeling.

Ouderlijke steun kan opgevat worden als gedragingen van ouders (zoals complimenteren, aandacht geven, aanmoedigen, ondersteunen, enzovoort) die ervoor zorgen dat het kind zich geaccepteerd en geliefd voelt (Barnes et al., 2000). Onderzoek naar de relatie tussen angst bij kinderen en met ouderlijke steun overlappende concepten (zoals warmte, acceptatie en bemoediging) laat inderdaad zien dat kinderen minder angstsymptomen en minder internaliserende problemen hebben wanneer ouders een meer autoritatieve (democratische) opvoedstijl hanteren, meer bemoedigend en affectief zijn, en/of de autonomie van het kind meer stimuleren (Hastings et al., 2008; Shipman et al., 2005; Wei & Kendall, 2014). Onderzoek heeft echter nog niet gekeken naar de mate van ervaren steun als vorm van ouderlijke betrokkenheid in de behandeling, noch naar het effect van ouderlijke steun op behandel-effectiviteit.

Men veronderstelt dat ouderlijke steun bijdraagt aan het zelfvertrouwen dat kinderen nodig hebben om hun omgeving te gaan ontdekken en om angstige situaties te overwinnen (Gouze et al., 2017). Vanuit die gedachtegang kan verwacht worden dat ouderlijke steun een positief effect kan hebben op de behandeluitkomsten. Echter, in hoeverre ouders hun kind (goed) kunnen steunen, zal mogelijk ook afhankelijk zijn van andere (kind- en/of ouder) factoren. In het huidige artikel onderzochten we daarom eerst met welke variabelen de mate van ervaren steun samenhangt. Zo bekeken we bijvoorbeeld of de mate van ervaren steun samenhangt met het geslacht of met de leeftijd, maar ook met ouderlijke psychopathologie. Zo bleek uit onderzoek dat depressieve symptomen bij moeders gerelateerd zijn aan (onder andere) minder steunend oudergedrag (Dix et al., 2004). Nadat we gekeken hadden naar de samenhang tussen ervaren steun en andere variabelen, onderzochten we of de mate van ervaren steun samenhangt met behandeluitkomsten en met de afname van de angstklachten. Exploratief hebben we ook gekeken naar de mate waarin ouders zich gesteund voelden door hun partner. In een review van Majdandžić en collega's (2012) wordt bijvoorbeeld uiteengezet dat ouders die elkaar (goed) steunen de opvoedingstaken op zo'n manier verdelen dat ze passen bij de individuele kwaliteiten van de ouder, maar ook dat moeilijkheden in het ouderschap samengaan met meer angst bij het kind. De mate waarin partners elkaar steunen zou daarmee ook van invloed kunnen zijn op de angst(vermindering) van het kind en wordt daarom exploratief in deze studie bekeken.

METHODE

.....

Deelnemers

.....

Aan het onderzoek namen 116 kinderen met angststoornissen (56 jongens, 48,3%) in de leeftijd van 7-17 jaar (gemiddelde leeftijd = 11,13 jaar, SD = 2,51), 109 moeders (gemiddelde leeftijd = 43,92, SD = 4,89) en 89 vaders (gemiddelde leeftijd = 46,38, SD = 5,97) deel. Van de kinderen volgde 60% basisonderwijs en 45% voortgezet onderwijs (waarvan ongeveer de helft vmbo en de andere helft havo/vwo), 3% volgde speciaal (basis)onderwijs en 2% een mbo-opleiding. De hoogst afgeronde opleiding van de ouders was voor 9% van de moeders en 13% van de vaders basis- of voortgezet onderwijs, voor 35% van de moeders en 26% van de vaders mbo-niveau, voor 26% van de moeders en 34% van de vaders hbo-niveau, en voor 27% van de moeders en 25% van de vaders wo-niveau. De meeste kinderen (80%) leefden in intacte gezinnen (waarbij de biologische vader en biologische moeder samenwoonden of getrouwd waren).

Bij 106 van de 116 kinderen is een semigestructureerd interview (SCID-Junior; Wante et al., 2021) afgenomen om de (angst)stoornissen in kaart te brengen. De meest voorkomende typen angststoornissen waren de gegeneraliseerde-angststoornis, de sociale-angststoornis en de specifieke fobie. De meerderheid van de kinderen (65,1%) had naast de primaire angststoornis tevens een comorbide angststoornis (gemiddeld aantal angststoornissen per kind = 2,03, SD = 0,95). Daarnaast hadden 62 kinderen (58,5%) nog een andere comorbide stoornis, dus een andere stoornis dan een angststoornis, waarvan ADHD (32,1%), insomnia (24,5%), stemmingsstoornis (11,3%) en OCS (6,6%) het meeste voorkwamen.

Instrumenten

De angststoornissen en angstsymptomen van de kinderen zijn in kaart gebracht door middel van de SCID-Junior en de SCARED-71. De SCID-Junior (Wante et al., 2021) is een semigestructureerd interview waarmee de DSM-5-criteria van onder andere angststoornissen bij kinderen kunnen worden nagegaan. Het interview bevraagt kinderen en ouders, om vervolgens tot een geïntegreerd oordeel te komen of een stoornis al dan niet aanwezig is. In het huidige onderzoek werd 10% van de SCID-afnamen dubbel gescoord door een onafhankelijke beoordelaar. De overeenstemming wat betreft aan- en afwezigheid van een angststoornis was hoog ($\kappa = 0,72-0,82$; van Steensel et al., 2022).

De Screen for Child Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED-71; Bodden et al., 2009) is een vragenlijst bestaande uit 71 items die de symptomen van verschillende angststoornissen (paniekstoornis, separatieangststoornis, sociale-angststoornis, specifieke fobie, gegeneraliseerde-angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis en posttraumatische-stressstoornis) meet op een driepuntsschaal (0 = bijna nooit, 1 = soms, 2 = vaak). De SCARED-71 kent goede psychometrische eigenschappen (Bodden et al., 2009; van Steensel et al., 2013) en is vaker gebruikt in interventieonderzoek (onder andere Bodden, Bögels et al., 2008; van Steensel & Bögels, 2015). In het huidige onderzoek werd deze vragenlijst gebruikt als uitkomstvariabele (om de verandering in angstklachten te meten).

De Adult Self-Report (ASR; Achenbach & Rescorla, 2003) werd gebruikt om emotionele en gedragsproblemen van ouders in kaart te brengen. De subschaal Angstig/depressief werd in de huidige studie gebruikt voor het meten van angst- en/of depressiesymptomen bij ouders. De subschaal Angstig/depressief bestaat uit 18 items, die gescoord worden op een driepuntsschaal (0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak). De ASR maakt deel uit van de ASEBA vragenlijsten (waaronder ook de CBCL) en heeft goede psychometrische eigenschappen (Achenbach & Rescorla, 2003).

Het kind en de ouders werden gedurende de behandeling wekelijks gevraagd te rapporteren over de mate van ervaren steun. (In het huidige onder-

zoek is een gemiddelde van deze wekelijkse metingen berekend.) Kinderen moesten hiertoe de volgende vragen beantwoorden: 'In hoeverre voelde je je deze week gesteund door je moeder?' en: 'In hoeverre voelde je je deze week gesteund door je vader?' Ze konden dit aangeven op een schaal van 0 ('Ik voelde me helemaal niet gesteund') tot 100 ('Ik voelde me heel erg gesteund'), en wel door een balk te verschuiven. Aan zowel vaders als moeders werd de volgende vraag gesteld: 'In hoeverre voelde je je gesteund door je partner?' Ook zij konden dit op een schaal van 0 tot 100 aangeven.

De behandelaren noteerden op een formulier wie (kind, vader, moeder) tijdens de sessies aanwezig waren. De mate van ouderlijke betrokkenheid (uitgedrukt als percentage van de totale therapietijd dat ouders aanwezig waren) varieerde sterk: van afwezigheid tijdens alle sessies (ouderlijke betrokkenheid = 0%) tot aanwezigheid bij elke behandelsessie (ouderlijke betrokkenheid = 100%). In bijna 90% van de gezinnen waren ouders bij ten minste één sessie betrokken. Wanneer ouders betrokken waren, was bij 53% van de gezinnen beide ouders aanwezig bij de sessies; bij 40% van de gezinnen alleen de moeder; en bij 8% van de gezinnen alleen de vader.

Procedure

De data voor dit onderzoek zijn verzameld in de periode 2015-2018. Aan verschillende hulpverleningsinstanties en behandelaren werd gevraagd of zij wilden deelnemen aan het onderzoek (van de kinderen ontving 30% zorg vanuit de basis-ggz, 67% vanuit de specialistische ggz, en 3% vanuit een andere setting). Er zijn geen in- of exclusiecriteria opgesteld voor instellingen, instanties of behandelaren, omdat we met dit onderzoek een grote externe validiteit nastreefden. Ook waren er geen in- of exclusiecriteria opgesteld voor de gezinnen, behalve dat: (1) er sprake moest zijn van een angststoornis bij het kind waarvoor behandeling geïndiceerd was, en (2) er ten minste één ouder of verzorger was die aan het onderzoek wilde deelnemen. Wanneer een gezin toestemde om deel te nemen aan het onderzoek, werden de contactgegevens door de behandelaar gedeeld met de onderzoeker. Deze nam vervolgens contact op met het gezin en nam de meetinstrumenten (SCID-Junior, SCARED-71) af bij de kinderen en ouders op vier tijdstipmomenten: (1) vóór de start van behandeling (voormeting, T1), (2) na ongeveer vijf behandelsessies (tussenmeting, T2), (3) direct na afloop van behandeling (nameting, T3), en (4) tien weken na de behandeling (follow-up, T4). Bij de voormeting werden ook eventuele psychische klachten van de ouders zelf gemeten (angst en/of depressie) met de ASR (Adult Self-Report; Achenbach & Rescorla, 2003). Gedurende de behandeling werd wekelijks de mate van ervaren steun gemeten door middel van een online vragenlijst. Het onderzoek staat geregistreerd in het Nederlandse Trial Register (onder nummer NTR5753) en de Universiteit van Amsterdam gaf ethische toestemming voor de uitvoering van het onderzoek (nummer 2014-CDE-3916).

Behandeling

315

De kinderen ontvingen allen een individuele behandeling met het aangepaste (modulaire) cognitief-gedragstherapeutisch programma Denken + Doen = Durven (DDD; Bögels, 2008). De aangepaste (modulaire) versie bestond uit twee verplichte modules (psycho-educatie en terugvalpreventie) en een aantal keuzemodules: denken, voelen, doen, coping en ouderbegeleiding (zie tabel 1). De behandelaren konden zelf (op basis van ervaring, intakegegevens en eventuele andere cliëntinformatie, die door de instelling verzameld werd) de behandeling vormgeven, zowel wat betreft inhoud, het aantal sessies als wie er tijdens een sessie aanwezig was (kind, vader, moeder).

TABEL 1 *Overzicht van de modules van de behandeling Denken + Doen = Durven*

Module	Omschrijving
Psycho-educatie	Wat is een angststoornis? Hoe ontstaat een angststoornis? Waardoor blijf je bang? Uitleg van GGGG
Denken	Bange gedachten en helpende gedachten. Uitdagen van gedachten. Denkfouten.
Voelen	Waar voel je in je lichaam wanneer je bang bent (angstsignalen)? Ontspanningsoefeningen. Mindfulnessoefeningen (adempauze, voetenpauze).
Doen	Exposure (stappenplan en beloningen) en/of gedragsexperimenten.
Coping	Helpend gedrag. Moedig gedrag. Piekerkwartiertje. Taakconcentratieoefeningen.
Ouderbegeleiding	Angstige cognities van ouders identificeren en uitdagen. Rol van vaders en moeders. Begeleiden van je kind bij het uitvoeren van exposures. Moedige modelling. Autonomie bevorderen.

De behandelaren werd gevraagd een formulier bij te houden waarin zij rapporteerden over het aantal sessies, de inhoud van de sessies en wie er (kind, vader, moeder) tijdens de sessies aanwezig waren. Van 93 kinderen (80,2%) is het behandelformulier ingevuld en teruggestuurd naar de onderzoeker. Het gemiddelde aantal behandelingsessies was 9,73 (SD = 4,42, range = 3-27 sessies). Gemiddeld genomen was het percentage behandelingsduur per module: 14% psycho-educatie, 25% denken, 9% voelen, 23% doen, 11% coping, 5% ouderbegeleiding en 10% terugvalpreventie (plus 3% van de behandelingsduur die werd besteed aan zaken die buiten de modules vielen). De module den-

ken werd in 95% van de gevallen tijdens ten minste één sessie gebruikt, en voor de modules doen, voelen en coping bedroegen deze percentages respectievelijk 84%, 76% en 85%.

Analyses

De variabelen zijn onderzocht op normaliteit en *outliers*. Hoewel er enkele outliers gevonden werden, hadden deze geen invloed op de resultaten en daarom is ervoor gekozen om de outliers in de analyses te houden. Om te onderzoeken welke factoren met ervaren steun samenhangen, zijn er correlaties berekend tussen ervaren steun en verschillende andere variabelen: leeftijd en geslacht van het kind, ernst van de angstproblematiek van het kind bij aanvang van behandeling (gemeten met de SCARED-71), ouderlijke angst- en/of depressieklachten bij aanvang van behandeling (gemeten met de ASR) en ouderlijke betrokkenheid (percentage van de behandelingsduur dat ouders aanwezig waren tijdens de sessies).

Daarna is op twee manieren onderzocht of de mate van ervaren steun samenging met de behandeluitkomsten. Ten eerste is door middel van een *t*-test gekeken of kinderen die 10 weken na afloop van behandeling (T4; follow-up) volledig hersteld waren van hun primaire angststoornis meer steun ervaren hebben van hun ouders dan kinderen die na afloop van behandeling nog steeds voldeden aan hun primaire angststoornis. Ten tweede is met behulp van hiërarchische multi-levelanalyses gekeken of de mate van ervaren steun samenhangt met een sterkere afname van de angstklachten over tijd. Er is gebruikgemaakt van hiërarchische multi-levelanalyses vanwege de afhankelijkheid van de data (per respondent is namelijk gemeten op meerdere tijdstipmomenten; en meerdere respondenten – vader, moeder en kind – rapporteerden over de angstklachten van het kind). De angstsymptomen van het kind (SCARED-71 totaalscore) zijn gebruikt als afhankelijke variabele, en de predictoren in het model waren de tijd (tussenmeting, nameting en follow-up afgezet tegen de voormeting), de mate van ervaren steun, en de interactie tussen tijd en ervaren steun. Door tijd als predictor toe te voegen, worden de verschillende meetmomenten over tijd afgezet tegen de voormeting (T1). Zo wijst een significant (hoofd)effect van de predictor T2 op een significante verandering in angstklachten tussen T1 en T2. Een significant (hoofd)effect van de predictor ervaren steun betekent een significante samenhang tussen ervaren steun en de afhankelijke variabele (SCARED-71; angstklachten van het kind). Een significante interactie tussen de predictoren ervaren steun en tijd betekent dat de mate van ervaren steun samenhangt met een verandering (afname) in angstklachten.

Er zijn in totaal vier multi-levelanalyses uitgevoerd, waarbij steeds een andere variabele is gebruikt als maat van ervaren steun: (1) de door het kind ervaren steun van moeder, (2) de door het kind ervaren steun van vader, (3) de door moeder ervaren steun van vader, en (4) de door vader ervaren steun

van moeder. Aangezien kinderen en ouders wekelijks over de mate van ervaren steun rapporteerden (die niet significant veranderde over tijd) en het aantal sessies per kind variabel was, is ervoor gekozen om een gemiddelde te berekenen van de mate van ervaren steun tijdens de behandeling.

RESULTATEN

Samenhang tussen ervaren steun en andere factoren

In tabel 2 zijn de correlaties tussen ervaren steun en verschillende andere variabelen weergegeven. Zoals uit tabel 2 is af te lezen, bleek dat: (1) een hogere mate van ervaren steun van de moeder (zoals gerapporteerd door het kind) samenhang met een lagere ouderlijke betrokkenheid in de sessies (minder aanwezigheid van de ouders tijdens de sessies), (2) een hogere mate van de door moeder ervaren steun van de partner samenhang met minder angst- en/of depressiesymptomen bij moeder, en (3) een hogere mate van de door vader ervaren steun van de partner samenhang met minder angstproblematiek bij het kind vóór aanvang van behandeling zoals gerapporteerd door vader. De mate van ervaren steun bleek niet samen te hangen met het geslacht of de leeftijd van het kind. Ook bleek de door het kind ervaren steun vanuit moeder of vader niet samen te hangen met de angst- en/of depressiescores van vader of moeder.

De correlatie tussen de door het kind ervaren steun van moeder en de door het kind ervaren steun van vader bedroeg voor intacte gezinnen (kinderen die opgroeien bij beide biologische ouders) $r = 0,473$, $p < 0,001$. Dit toont aan dat wanneer het kind een hogere mate van steun door moeder ervaart, het tevens een hogere mate van steun door vader ervaart. De correlatie tussen de mate van ervaren steun vanuit partners (zoals gerapporteerd door vaders en moeders) bedroeg $r = 0,567$, $p < 0,001$. Dit toont aan dat een hogere mate van ervaren steun door moeders samenhangt met een hogere mate van ervaren steun door vaders.

Ervaren steun in samenhang met behandeluitkomsten

Van de kinderen was 59-70% na afloop van de behandeling hersteld van de belangrijkste (primaire) angststoornis (van Steensel et al., 2022). Er werd geen verschil gevonden in de mate van ervaren steun tussen kinderen die wel en kinderen die niet vrij waren van hun primaire angststoornis (zie tabel 3). Wat opvalt aan de gemiddelden in tabel 3 is dat kinderen een hogere mate van ervaren steun rapporteerden van moeder dan van vader, en dat vaders een hogere mate van steun van hun partner rapporteerden dan moeders deden. Beide verschillen zijn significant (p -waarden $< 0,05$), ook wanneer alleen de data van volledige gezinnen gebruikt werden.

TABEL 2 *Correlaties tussen enerzijds de mate van ervaren steun (het gemiddelde van de wekelijks gemeten ervaren steun tijdens de behandeling), en anderzijds de kindvariabelen (geslacht, leeftijd, ernst van de angstproblematiek) en oudervariabelen (ASR angst- en/of depressiesymptomen), zoals gemeten op T1 (voormeting), en ouderlijke betrokkenheid (aanwezigheid van ouders tijdens behandelingsessies)*

	Kind		Ervaren steun van partner ¹	
	Ervaren steun van moeder	Ervaren steun van vader	Gerapporteerd door moeder	Gerapporteerd door vader
Geslacht	-0,007	0,178	0,060	-0,040
Leeftijd	-0,001	0,035	-0,069	-0,70
Ernst angstproblematiek (SCARED-71 totaalscore)	0,128	0,069	-0,118	-0,288*
ASR angst en/of depressie moeder	0,005	0,006	-0,297**	-0,166
ASR angst en/of depressie vader	-0,025	-0,114	-0,105	-0,176
Ouderlijke betrokkenheid (% therapietijd dat ouders aanwezig waren)	-0,246*	-0,016	-0,198	-0,186

¹ Alleenstaande ouders (zonder partner) zijn buiten deze analyses (ervaren steun door partner) gelaten; wanneer de analyses herhaald worden met de data van volledige gezinnen (kinderen die opgroeien bij beide biologische ouders), zijn de uitkomsten hetzelfde.

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

In de tabellen 4 en 5 zijn de resultaten van de multi-levelanalyses weergegeven. Hieruit is af te lezen dat er een hoofdeffect bestaat van tijd (T2 – na vijf sessies, T3 – direct na afloop CGT, en T4 – 10 weken na CGT zijn significant). De *parameter estimates* laten zien dat de angstsymptomen over tijd steeds verder afnemen. Het effect in de afname van de angstsymptomen is groot (parameter estimates van T2, T3 en T4 kunnen geïnterpreteerd worden als een *effect size*, Cohens *d*). Er is slechts één interactie-effect significant: de door het kind gerapporteerde steun vanuit vader in interactie met T2 (zie tabel 4). Dit significante interactie-effect betekent dat een door het kind hogere mate van ervaren steun van de vader samengaat met een sterkere afname in angstsymptomen bij de tussentijdse meting (na vijf sessies).

TABEL 3 *Gemiddelden en standaarddeviaties voor de mate van ervaren steun (schaal 0-100) voor kinderen die vrij waren van hun belangrijkste (primaire) angststoornis en kinderen die niet vrij waren van hun primaire angststoornis*

	Vrij van primaire angststoornis		Niet vrij van primaire angststoornis		<i>p</i>
	M	SD	M	SD	
Door kind ervaren steun van moeder	84,75	15,59	88,90	11,67	0,149
Door kind ervaren steun van vader	75,27	26,25	79,09	25,86	0,751
Door moeder ervaren steun van partner ¹	72,87	29,80	74,21	24,41	0,641
Door vader ervaren steun van partner ¹	83,51	16,49	84,50	21,65	0,824

Noot. M = gemiddelde, SD = standaarddeviatie. Kinderen rapporteerden gemiddeld een significant hogere mate van ervaren steun van moeders dan van vaders ($p < 0,001$) en vaders rapporteerden een hogere mate van ervaren steun door hun partner dan moeders ($p = 0,028$).

¹ Alleenstaande ouders (zonder partner) zijn buiten deze analyses (ervaren steun door partner) gelaten; wanneer de analyses herhaald worden met de data van volledige gezinnen (kinderen die opgroeien bij beide biologische ouders), zijn de uitkomsten hetzelfde.

TABEL 4 *Resultaten van de multi-levelanalyses waarbij gekeken is naar de mate van steun van moeders en vaders (zoals gerapporteerd door het kind) en hoe deze gerelateerd is aan de afname in angstsymptomen bij het kind (gemeten door de SCARED-71)*

	Door het kind ervaren steun van moeder			Door het kind ervaren steun van vader		
	Parameter estimate	SE	<i>p</i>	Parameter estimate	SE	<i>p</i>
T2 (na vijf sessies)	-0,28	0,07	< 0,001	-0,27	0,07	< 0,001
T3 (na afloop CGT)	-0,80	0,08	< 0,001	-0,79	0,08	< 0,001
T4 (10 weken na CGT)	-0,98	0,09	< 0,001	-0,98	0,09	< 0,001
Ervaren steun	0,10	0,09	0,265	0,06	0,09	0,498
Steun*T2	-0,04	0,07	0,552	-0,25	0,07	0,001
Steun*T3	-0,06	0,08	0,467	-0,11	0,08	0,188
Steun*T4	-0,05	0,09	0,581	-0,12	0,09	0,180

Noot. SE = standaardfout; wanneer de analyses herhaald werden voor alleen kinderen uit volledige gezinnen (kinderen die opgroeien bij beide biologische ouders), zijn de uitkomsten hetzelfde.

TABEL 5 Resultaten van de multi-levelanalyses waarbij gekeken is naar de mate van steun van de partner (zoals gerapporteerd door moeders en vaders) en hoe deze gerelateerd is aan de afname in angstsymptomen bij het kind (gemeten met de SCARED-71)

320

	Door moeders ervaren steun van partner ¹			Door vaders ervaren steun van partner ¹		
	Parameter estimate	SE	p	Parameter estimate	SE	p
T2 (na vijf sessies)	-0,29	0,07	< 0,001	-0,34	0,07	< 0,001
T3 (na afloop CGT)	-0,78	0,08	< 0,001	-0,78	0,08	< 0,001
T4 (10 weken na CGT)	-0,98	0,09	< 0,001	-0,96	0,09	< 0,001
Ervaren steun	-0,07	0,08	0,429	-0,05	0,09	0,601
Steun*T2	-0,09	0,07	0,213	-0,04	0,07	0,561
Steun*T3	-0,04	0,08	0,615	-0,11	0,08	0,162
Steun*T4	0,02	0,09	0,822	-0,11	0,10	0,286

Noot. SE = standaardfout.

¹ Alleenstaande ouders (zonder partner) zijn buiten deze analyses gelaten; wanneer de analyses herhaald worden met de data van volledige gezinnen (kinderen die opgroeien bij beide biologische ouders), zijn de uitkomsten hetzelfde.

DISCUSSIE

.....

In deze studie keken we naar de mate van ervaren steun, zowel vanuit het kindperspectief (mate van ervaren steun van moeder en vader) als vanuit het ouderperspectief (mate van ervaren steun van de partner). We vonden dat de mate van ervaren steun doorgaans niet samenhang met behandel-effectiviteit. Er was één uitzondering: een hogere mate van door het kind ervaren steun van vader leek samen te gaan met een sterkere afname in angstklachten in de eerste fase van de behandeling. Andere interessante bevindingen vanuit de huidige studie waren dat: (1) de ervaren steun door het kind niet samenhang met angst- en/of depressiesymptomen van ouders, (2) kinderen gemiddeld meer steun ervoeren van moeders dan van vaders, (3) vaders die meer steun van hun partner rapporteerden minder angstklachten bij hun kind rapporteerden bij aanvang van de behandeling, (4) moeders die meer steun van hun partner rapporteerden minder eigen angst- en/of depressiesymptomen rapporteerden, en (5) minder aanwezigheid van ouders tijdens de sessies samenhang met een hogere mate van ervaren steun van moeder zoals gerapporteerd door het kind.

Uit de correlaties bleek dat ouderlijke angst- en/of depressiesymptomen niet samenhangen met de door het kind ervaren steun vanuit ouders. Verder bleek uit de andere analyses dat ervaren steun (in het algemeen) niet samenhangt met effectiviteit van behandeling. Dit is enigszins opmerkelijk, aangezien eerder onderzoek heeft aangetoond dat ouders met eigen (angst)-problematiek vaker angstbevorderende opvoedgedragingen laten zien, wat weer in verband is gebracht met angst bij kinderen en kan interfereren met de behandeluitkomsten (zie bijvoorbeeld Creswell & Cartwright-Hatton, 2007, voor een uitgebreidere toelichting). Aan de andere kant kan geconcludeerd worden dat de resultaten van het huidige onderzoek, ondanks dat ouderlijke betrokkenheid er op een andere manier in geoperationaliseerd is, in overeenstemming lijken te zijn met de resultaten van andere meta-analyses, die lieten zien dat ouderlijke betrokkenheid in de behandeling niet effectiever is dan een kindgerichte angstbehandeling waarbij de ouders niet of minimaal betrokken zijn (zie de meta-analyses en/of reviews van Breinholst et al., 2012; Crowe & McKay, 2017; In-Albon & Schneider, 2007; Manassis et al., 2014; Reynolds et al., 2012; Thulin et al., 2014).

Opmerkelijk genoeg vonden we dat een hogere mate van door kinderen ervaren steun van vaders bijdroeg aan een snellere daling in angstsymptomen tijdens de eerste fase van de behandeling. Een theoretische verklaring voor deze bevinding is moeilijk te geven. Vanuit klinisch perspectief is het mogelijk dat ervaren steun vooral tijdens de eerste fase van behandeling belangrijk is. Het komt zelden voor dat een kind zichzelf voor hulp verwijst (Logan & King, 2001), waardoor het voor het aangaan van behandeling en een (goede) start ervan helpend kan zijn (misschien wel noodzakelijk) dat het kind gesteund wordt door anderen (ouders). Daarentegen kan in een latere fase van behandeling de ervaren steun van anderen wellicht minder belangrijk worden voor een goed behandelresultaat, omdat het kind tijdens de eerste behandelfase vaardigheden heeft geleerd en/of (meer) zelfvertrouwen heeft gekregen om ook zelf (met de behandelaar) verder te kunnen. Een mogelijke verklaring van waarom de ervaren steun vanuit de vader hierbij belangrijk(er) is, is dat de ervaren steun vanuit moeders over het algemeen al aanwezig (hoger) is (omdat die nog steeds vaak de primaire opvoeders zijn; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015; Jansen et al., 2017) en dat het daarom meer toegevoegde waarde heeft wanneer de steun van de vader komt.

Interessant is ook de bevinding dat wanneer ouders minder vaak aanwezig waren tijdens de sessies, dit samenhangt met een hogere door het kind ervaren steun van moeder. Het is mogelijk dat deze bevinding een soort compensatie weerspiegelt: dat wanneer ouders (moeders) minder vaak aanwezig zijn *tijdens* de behandelsessies, zij in plaats hiervan meer steun bieden *buiten* de sessies (bijvoorbeeld meer vragen stellen over de behandeling, het kind vaker aanmoedigen om het huiswerk te doen, meer betrokken zijn bij de uitvoering van exposures). Deze bevinding ondersteunt dat het belang-

rijk is om niet alleen ouderlijke betrokkenheid te operationaliseren in de vorm van aanwezigheid van ouders tijdens de sessies, maar ook te kijken naar de ouderlijke betrokkenheid in bredere zin (bijvoorbeeld naar de ouderlijke steun in het algemeen of naar de door ouders verrichte ondersteunende activiteiten buiten de behandelsessies).

Wat betreft de ervaren steun door de partner viel op dat vaders die meer steun van hun partner rapporteerden minder angstklachten bij hun kind rapporteerden bij aanvang van de behandeling. Vanuit eerder onderzoek weten we dat vaders gemiddeld genomen vaker minder ernstige angstproblematiek bij hun kind rapporteren dan moeders (zie bijvoorbeeld Jansen et al., 2017). Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat de mate van ervaren steun hier mogelijk een rol bij speelt. Mogelijk ervaren vaders de problematiek van hun kind als minder ernstig, of als minder zwaar of beperkend, wanneer zij veel steun van hun partner ervaren. Voor moeders werd deze relatie tussen mate van ervaren steun en de manier waarover zij over de problematiek van hun kind rapporteerden niet gevonden. Wel werd in het huidige onderzoek gevonden dat moeders gemiddeld minder ervaren steun van hun partners rapporteerden dan vaders. Of moeders daadwerkelijk meer steun aan hun partners geven of dat het om een vertekening in de rapportage gaat (*reporter bias*), is niet te zeggen en behoeft verder onderzoek. Opmerkelijk wat dit betreft is de bevinding dat een hogere mate van ervaren steun van partners voor moeders samenhangt met minder angst- en/of depressiesymptomen. Deze bevinding kan betekenen dat ervaren steun van de partner een protectieve factor is voor angst- en/of depressieklachten bij moeders (Davey-Rothwell et al., 2017), maar kan ook betekenen dat moeders met veel angst- en/of depressieklachten over het algemeen een negatievere beleving hebben (zie bijvoorbeeld LeMoult & Gotlib, 2019, voor een review over depressie en negatieve bias) en dus ook een negatiever perspectief op de mate van ervaren steun van de partner. Verder onderzoek hiernaar is wenselijk.

Sterke punten van het huidige onderzoek betreffen de klinische steekproef, de inclusie van zowel moeders als vaders, en de nieuwe manier van kijken naar ouderlijke betrokkenheid in de angstbehandeling bij kinderen. Er moeten echter ook een aantal beperkingen genoemd worden. Zo bestond de steekproef voor een groot deel (80%) uit volledige gezinnen (ouders die getrouwd waren of samenwoonden), waardoor verschillende gezinstypen niet vergeleken konden worden.

Daarnaast hebben we in dit exploratieve onderzoek ervaren steun slechts met één enkele vraag gemeten. Er is geen onderzoek gedaan naar in hoeverre deze vraag valide en betrouwbaar is om ervaren steun te meten. Omdat niet in de vraag gedefinieerd werd wat precies verstaan werd onder de term 'steun', kan 'steun' door kinderen en ouders verschillend geïnterpreteerd zijn. Bovendien is ook niet specifiek gevraagd naar de ervaren steun met betrekking tot de angstklachten of behandeling, waardoor 'steun' door de deelnemers als zowel heel specifiek als heel algemeen geïnterpreteerd kan zijn. Ouder-

lijke steun kan verschillende gedragingen omvatten, zoals complimenteren, aandacht geven en aanmoedigen, en omvat tevens verschillende concepten, zoals warmte, acceptatie, verzorging en hechting (Barnes et al., 2000). Hierdoor is het begrip 'ouderlijke steun' conceptueel gezien moeilijk te onderscheiden of te omschrijven. Het zou voor vervolgonderzoek informatief zijn om aan deelnemers te vragen hoe zij steun zouden omschrijven en welke gedragingen er volgens hen bij passen. Bovendien zou interessant zijn om dan te kijken of er andere (ouder)gedragingen genoemd worden door kinderen *met* angststoornissen en door kinderen *zonder* angststoornissen. Ten slotte is in het huidige onderzoek enkel gevraagd naar de *mate* van ervaren steun, maar niet naar de *behoefte aan* of de *kwaliteit van* die steun. Gezien deze tekortkomingen is het voor vervolgonderzoek aan te raden om goed te kijken naar hoe ervaren steun het beste geoperationaliseerd kan worden.

Concluderend kan op basis van dit onderzoek gesteld worden dat wanneer kinderen met angstproblemen meer steun van vaders ervaren, dit mogelijk gunstig is voor de eerste helft van de behandeling (snellere reductie in angstklachten), maar dat de mate van ervaren steun (zowel van vaders als van moeders) tijdens de overige behandeltijd en de periode daarna geen rol lijkt te spelen voor de effectiviteit van behandeling. De mate van ervaren steun door partners lijkt geen rol te spelen voor de effectiviteit van de angst-behandeling bij kinderen, maar speelt mogelijk wel een rol in hoe vaders over de angstproblemen van hun kind rapporteren en in de mate van angst-en/of depressiesymptomen bij moeders.

Dit onderzoek is mede tot stand gekomen door een Zon-Mw-subsidie (nummer 729101010). Wij als auteurs danken de behandelaren en instellingen die deelnamen aan het onderzoek: UvA minds, Max Ernst GGZ (Buro van Roosmalen), Psychologenpraktijk Kuin Haarlem, Praktijk voor Leer- en gedragsadviezen Hilversum, de Kinderkliniek Almere, Ouder- en kindteams Amsterdam, dokter Bosman, Jenneke Koster, Praktijk Eefde, Praktijk Appelboom, Altra Amsterdam, Psychologenpraktijk Waalre, TOP Psy&So Borne, AMC Psychosociale Zorg, GGZ Noord-Holland-Noord, Mediant Enschede, Indigo Den Haag, Karakter Ede, Reinilda Dernison en Stichting Jeugdformaat.

Bonny van Steensel, Marija Maric en Susan Bögels zijn verbonden aan de afdeling Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam. Susan Bögels is daarnaast werkzaam bij de afdeling Developmental Psychology, Universiteit van Amsterdam.

Liesbeth de Pauw-Telman is verbonden aan het Department of Clinical Child and Family Studies, Universiteit Utrecht.

Correspondentieadres: Bonny van Steensel, Universiteit van Amsterdam, Child Development and Education, Postbus 15667, 1001 NG Amsterdam. E-mail: f.j.a.vansteensel@uva.nl.

Summary *Is (parental) support associated with the reduction of anxiety in children who followed CBT?*

In this study, the relation between support by parents (as perceived by the child) and partner support on the one hand, and the outcome of cognitive-behavioral treatment (CBT) for anxiety on the other hand, was investigated. Participants were 116 children with anxiety disorders, and their parents (109 mothers and 89 fathers), who received CBT for their anxiety disorders. Anxiety problems were measured before, during (after five sessions), and after CBT. During treatment, children reported about the support from parents, and parents reported about the support they felt they received from their partners. No differences in the mean level of support were found between children who were and those who were not recovered from their primary anxiety disorder after CBT. However, more support from fathers was associated with a steeper decrease in anxiety symptoms at mid-assessment (after five sessions), but not at other assessments (after treatment). Higher levels of maternal support were associated with less parental involvement in-sessions. Less support by the partner was associated with higher ratings of child anxiety problems as reported by fathers, and with higher maternal anxiety/depressive symptoms. Future research on how to operationalize parental support in treatment is recommended.

Keywords *anxiety, children, CBT, parents, support*

Literatuur

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Barnes, G. M., Reifman, A. S., Farrell, M. P., & Dintcheff, B. A. (2000). The effects of parenting on the development of adolescent alcohol misuse: A six-wave latent growth model. *Journal of Marriage and Family*, 62, 175-186.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Bodden, D. H., Bögels, S. M., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy*, 47, 418-425.
- Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., de Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A. G., & Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394.
- Bodden, D. H., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: A cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 487-497.
- Bögels, S. M. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met het cognitief-gedrags-*

- therapeutisch protocol Denken + Doen = Durven*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 416-424.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). *Moeder doet meer aan opvoeding, ook als ze werkt*. www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/41/moeder-doet-meer-aan-opvoeding-ook-als-ze-werkt
- Creswell, C., & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 232-252.
- Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 76-87.
- Davey-Rothwell, M. A., Stewart, J., Vadenais, A., Braxton, S. A., & Latkin, C. A. (2017). The role of partner support among women with depressive symptoms. *Community Mental Health Journal*, 53, 415-419.
- Dix, T., Gershoff, E. T., Meunier, L. N., & Miller, P. C. (2004). The affective structure of supportive parenting: Depressive symptoms, immediate emotions, and child-oriented motivation. *Developmental Psychology*, 40, 1212.
- Donker, A. (2004). *Precursors and prevalence of young adult and adult delinquency* [Dissertation]. Universiteit Leiden.
- 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.
- Hastings, P. D., Sullivan, C., McShane, K. E., Coplan, R. J., Utendale, W. T., & Vyncke, J. D. (2008). Parental socialization, vagal regulation, and preschoolers' anxious difficulties: Direct mothers and moderated fathers. *Child Development*, 79, 45-64.
- Hogendoorn, S. M., Prins, P. J., Boer, F., Vervoort, L., Wolters, L. H., Moorlag, H., Nauta, M. H., Garst, H., Hartman, C. A., & de Haan, E. (2014). Mediators of cognitive behavioral therapy for anxiety-disordered children and adolescents: Cognition, perceived control, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 486-500.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- Jansen, M., Bodden, D. H., Muris, P., van Doorn, M., & Granic, I. (2017). Measuring anxiety in children: The importance of separate mother and father reports. *Child & Youth Care Forum*, 46, 643-659.
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 360-365.
- Kreuze, L. J., Pijnenborg, G. H. M., de Jonge, Y. B., & Nauta, M. H. (2018). Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 60, 43-57.
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66.
- Leyfer, O., Gallo, K. P., Cooper-Vince, C., & Pincus, D. B. (2013). Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 306-311.

- Logan, D. E., & King, C. A. (2001). Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 319.
- Majdandžić, M., de Vente, W., Feinberg, M. E., Aktar, E., & Bögels, S. M. (2012). Bidirectional associations between coparenting relations and family member anxiety: A review and conceptual model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 28-42.
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., Wilansky, P., Baer, S., Barrett, P., Bodden, D., Cobham, V. E., Dadds, M. R., Flannery-Schroeder, E., Ginsburg, G., Heyne, D., Hudson, J. L., Kendall, P. C., Liber, J., ... 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.
- Maughan, B., & Rutter, M. (1998). Continuities and discontinuities in antisocial behaviour from childhood to adult life. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, Vol. 20 (pp. 1-47). Plenum Press.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M., & 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 & Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Pereira, A. I., Muris, P., Mendonça, D., Barros, L., Goes, A. R., & Marques, T. (2016). Parental involvement in cognitive-behavioral intervention for anxious children: Parents' in-session and out-session activities and their relationship with treatment outcome. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 113-123.
- 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, 345-365.
- 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.
- Shipman, K., Schneider, R., & Sims, C. (2005). Emotion socialization in maltreating and nonmaltreating mother-child dyads: Implications for children's adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 590-596.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- 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.
- van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). CBT for anxiety disorders in children with and without autism spectrum disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 512.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Dirksen, C. D. (2012). Anxiety and quality of life: Clinically anxious children with and without autism spectrum disorders compared. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 731-738.
- van Steensel, F. J. A., Deutschman, A. A., & Bögels, S. M. (2013). Examining the Screen for Child Anxiety-Related

- Emotional Disorder-71 as an assessment tool for anxiety in children with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 17, 681-692.
- van Steensel, F. J. A., Telman, G. E., Maric, M., & Bögels, S. M. (2022). Modular CBT for childhood anxiety disorders: Evaluating (predictors of) treatment effectiveness. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01437-1>
- Walczak, M., Esbjørn, B. H., Breinholst, S., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2017). Parental involvement in cognitive behavior therapy for children with anxiety disorders: 3-year follow-up. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 444-454.
- Wante, L., Braet, C., Bögels, S., & Roelofs, J. (2021). *SCID-5 Junior: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 stoornissen bij kinderen en adolescenten*. Boom.
- Wei, C., & Kendall, P. C. (2014). Child perceived parenting behavior: Childhood anxiety and related symptoms. *Child & Family Behavior Therapy*, 36, 1-18.
- Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C., & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.

Samen Sterk

Een groepsprogramma voor ouders van jongeren met een depressie

BERNET ELZINGA, CARINE KIELSTRA, ROMKE VAN DEN NOUWELAND-
VAN BAARS & MARJANKE RUYS-ZONNENBERG

Samenvatting

Depressieve klachten van een kind hebben vaak een grote weerslag op het gezin. Ouders van jongeren met een depressie voelen zich machteloos en hebben vaak veel zorgen. Tegelijkertijd kunnen ouders ook een belangrijke bijdrage leveren aan het welzijn van hun kind. In dit artikel beschrijven we de wetenschappelijke onderbouwing en inhoud van het groepsprogramma Samen Sterk voor ouders van depressieve jongeren. Doel van deze groepsinterventie is om ouders meer inzicht te geven in de depressieve klachten van jongeren en de gezinsdynamiek, de onderlinge band en positief opvoedgedrag te versterken, en het zelfvertrouwen van ouders en jongeren te verbeteren. Het programma is gebaseerd op ouderfactoren waarvan is bewezen dat ze samenhangen met de ernst van depressieve klachten bij jongeren met een depressie: ouderlijke warmte, ouderlijke kritiek, autonomieversterking en psychisch welzijn van ouders. Het programma kent twee varianten: (1) een face-to-facegroep binnen de ggz die naast het individuele behandeltraject van de jongere wordt aangeboden, en (2) een open online groep (los van een behandeltraject). Het doel van Samen Sterk is om ouders meer inzicht te geven in de problematiek van hun kind door hun psycho-educatie te geven over depressieve klachten en de invloed ervan op het gezin, en om de onderlinge verhoudingen binnen het gezin te verbeteren door het stimuleren van positief ouderschap. Onderzoek is nodig om te evalueren of het gezinsklimaat, zelfvertrouwen en welzijn van ouders en jongeren door deelname aan het programma verbeteren, welke gezinnen er het meeste van kunnen profiteren, en of de positieve gevolgen ook op de lange termijn stand houden.

Trefwoorden: depressie, adolescenten, ouderbegeleiding, gezinsklimaat, groepsprogramma, positief opvoeden, psycho-educatie over depressie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Depressieve klachten van een kind hebben vaak een grote weerslag op het gezin. Ouders kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het welzijn en het herstel van hun kind, mits zij over de juiste kennis en tools beschikken.
- ▶ Om ouders meer inzicht te geven in de problematiek van hun kind en de onderlinge verhoudingen binnen het gezin te verbeteren, is het groepsprogramma Samen Sterk ontwikkeld voor ouders van jongeren met een depressie.
- ▶ Hoewel ouders enthousiast zijn over Samen Sterk en er grote behoefte is aan ondersteuning, is onderzoek nodig om onder andere te evalueren of de positieve effecten ervan stand houden op de lange termijn.

INLEIDING: DEPRESSIE ONDER JONGEREN

.....

De adolescentie is een cruciale periode voor het ontstaan van stemmingsproblemen: adolescenten hebben relatief veel last van stemmingswisselingen en 10-15% van de jongeren tussen 12 en 18 jaar ontwikkelt een depressie. Tijdens de coronapandemie zijn deze cijfers nog verder toegenomen, met name onder meisjes (Racine et al., 2021). Meisjes krijgen twee keer zo vaak te maken met een depressie als jongens. Wanneer een jongere tijdens de adolescentie een depressie ontwikkelt, is de kans groot (70%) dat daar één of meerdere episoden van somberheid op volgen (Burcusa & Iacono, 2007). Suïcide is bovendien inmiddels de tweede belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren tussen 10 en 24 jaar (Glenn et al., 2020). Er is dus veel aan gelegen om een depressie op jonge leeftijd effectief te behandelen en jongeren te beschermen tegen terugkerende depressies.

Een depressie heeft niet alleen veel invloed op het leven van de jongere zelf, maar ook op het gezin waarin de jongere opgroeit. Ouders van jongeren met een depressie zijn van groot belang voor het welzijn van de jongere, maar zij voelen zich vaak machteloos en hebben behoefte aan kennis over hoe ze hun kind het beste kunnen helpen. Om ouders met een depressief kind zo goed mogelijk te ondersteunen in het ouderschap, is Samen Sterk ontwikkeld, een groepsprogramma voor ouders van jongeren tussen 12 en 16 jaar met een depressie. In dit artikel beschrijven we de wetenschappelijke onderbouwing, ontwikkeling en inhoud van dit programma.

Behandeling van depressieve jongeren

.....

Hoewel het belangrijk is dat een depressie vroeg herkend en behandeld wordt, kan het enkele jaren duren voordat adolescenten met een depressie worden gediagnosticeerd en behandeld (Raven et al., 2017). De stap naar behandeling is voor veel jongeren groot: slechts de helft van jongeren met een depressie zoekt professionele hulp en doorgaans duurt het lang voordat ze

die stap nemen. De jeugd-ggz in Nederland staat al jaren onder grote druk. De toenemende hulpvraag en het gebrek aan capaciteit hebben geleid tot lange wachtlijsten, die tijdens de coronapandemie nog langer zijn geworden en in sommige regio's oplopen tot een jaar (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021). Als jongeren eenmaal zijn begonnen aan een behandeltraject, betekent dat niet dat hiermee de klachten verholpen zijn. Volgens de richtlijnen is individuele psychotherapie (cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie, bij ernstige depressie in combinatie met farmacotherapie) de eerste keuzebehandeling voor jongeren met depressieve klachten (zie Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). De helft van de jongeren knapt hier substantieel van op, maar de andere helft reageert onvoldoende en/of valt uit (Stikkelbroek et al., 2020). Bovendien heeft na behandeling de helft van de jongeren binnen 5 jaar een terugval (Curry et al., 2011). Om jongeren met een depressie beter te ondersteunen en terugkerende perioden van somberheid te verminderen, is het essentieel om de effectiviteit van behandelingen te verbeteren. Gezien de druk op de jeugd-ggz is het daarnaast belangrijk om te exploreren of er andere mogelijkheden zijn die het mentale welzijn van deze jongeren kunnen versterken.

ouderschap bij jongeren met depressieve klachten

.....

Hoewel jongeren tijdens de adolescentie meer naar vrienden trekken, zijn ouders en de gezinsdynamiek nog steeds van grote invloed op het welzijn van jongeren met een depressie. Ouders hebben om te beginnen veel invloed op factoren die een depressie kunnen verminderen en recidive kunnen voorkomen. Ouders kunnen bovendien hun eigen gedrag veranderen en hebben het mandaat om invloed uit te oefenen op de omgeving van het kind, teneinde veranderingen in gang te zetten ten gunste van het kind. Zo kunnen ouders jongeren proberen te activeren en met school in gesprek gaan, zodat een jongere zo optimaal mogelijk invulling kan geven aan dagritme en zinvolle dagbesteding. Daarnaast kunnen ouders ook direct een wezenlijke bijdrage leveren aan het welzijn van hun kind via het contact met de jongere zelf. Uit onderzoek blijkt dat een warm gezinsklimaat, empathie, steun, betrokkenheid van ouders en het versterken van de autonomie van de tiener positief zijn voor het welzijn van de tiener, en is het ontbreken ervan een risicofactor voor depressie (Kullberg et al., 2020; Pinquart, 2017; Restifo & Bögels, 2009; Yap et al., 2013).

Tegelijkertijd doet een depressie van een kind een groot beroep op het incasseringsvermogen van ouders. Door de depressie is het vaak moeilijk om echt contact met een kind te krijgen, het goed te ondersteunen en veilig los te laten, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van suïcidaliteit, middelenmisbruik of automutilatie. Ook op de andere gezinsleden kan de depressie grote invloed hebben. Vaak gaat er veel aandacht naar het kind met de depressie, en

hebben de stemming van het kind en eventuele secundaire problemen zoals agitatie, eetproblemen of middelenmisbruik, veel invloed op de sfeer in huis.

Het bovenstaande roept de vraag op hoe ouders van jongeren met depressieve klachten hun kind het beste kunnen ondersteunen. Voor zover bekend is er geen cursus of interventie die specifiek is gericht op het ondersteunen van ouders van jongeren met depressieve klachten. Als jongeren in behandeling zijn, wordt er vaak individuele psychotherapie ingezet, waarbij ouders vaak wel geïnformeerd worden, maar lang niet altijd een substantiële rol krijgen als lid van het team rondom het kind. Bovendien stellen jongeren het vaak zelf niet op prijs om hun ouders hierbij te betrekken, met name wanneer de band met de ouders problematisch is.

Om een programma voor ouders van jongeren met depressie vorm te geven, is kennis nodig over ouderfactoren die in positieve zin bijdragen aan het welzijn van een kind met depressieve klachten en factoren die depressieve klachten kunnen verergeren. Op basis van verschillende meta-analyses en empirische studies (onder andere Janssen, Elzinga, et al., 2021; Kullberg et al., 2020; Restifo & Bögels, 2009; Weissman et al., 2016; Yap et al., 2013) kunnen er vier concrete ouderfactoren worden onderscheiden waarvan herhaaldelijk is aangetoond dat ze samenhangen met depressieve klachten van jongeren en die het beloop van depressieve klachten positief dan wel negatief beïnvloeden: (1) ouderlijke warmte en betrokkenheid, (2) ouderlijke kritiek en afwijzing, (3) ondersteuning van autonomie door de ouders, en (4) psychisch welzijn van de ouders zelf. Hieronder geven we een kort overzicht van het onderzoek naar de link tussen deze factoren en depressieve klachten van jongeren, en (waar voorhanden) ook van het verband tussen deze factoren en de effectiviteit van behandeling.

Ouderlijke warmte en betrokkenheid

Het gevoel gezien te worden, geliefd te zijn en ergens bij te horen is een fundamentele behoefte van de mens. Ouderlijke warmte en betrokkenheid is dan ook een belangrijke voorwaarde voor het welzijn van jongeren. Vanuit de hechtingstheorie bezien zorgt een veilige gehechtheid voor een basisgevoel van vertrouwen, vanwaaruit het kind de wereld kan verkennen (Bosmans et al., 2020; Bowlby, 1969). Hoewel jongeren steeds minder tijd doorbrengen met hun ouders, blijft dit voor hen gelden. Omgekeerd is een gebrek aan warmte, en verminderde aandacht en interesse, zeker als ouders langdurig niet emotioneel beschikbaar zijn, een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van depressieve klachten (Spinhoven et al., 2010; Wang et al., 2021; Yap et al., 2013). Wanneer een kind chronisch niet wordt gezien en behoeften niet worden erkend, wordt er wel gesproken van emotionele verwaarlozing. Hoewel de meeste ouders van nature warm en ondersteunend zijn, kan er tijdelijk een verschuiving plaatsvinden in de gezinsinteracties, waardoor een kind tijdelijk minder vertrouwen in de steun en hulp van de

ouders ervaart (Bosmans et al., 2020). Een tijdelijke afname in warmte en emotionele betrokkenheid bij ouders kan allerlei oorzaken hebben, waaronder stress, zorgen en psychische klachten bij de ouders zelf (met name depressieve klachten; zie onder), maar kan ook ontstaan door zorgen en gevoelens van machteloosheid over het kind (Lovejoy et al., 2000; Wilson & Durbin, 2010). Zo zijn er aanwijzingen dat jongeren met depressieve klachten in de loop van de tijd steeds minder warmte en steun ervaren van hun ouders (Pinquart, 2017).

Het feit dat ouder-kindinteracties veranderlijk zijn, heeft ook een positieve implicatie voor interventies. Het betekent namelijk dat meer betrokkenheid en warmte vanuit ouders ook voor een verschuiving in positieve richting kan zorgen, en dus voor een warmer gezinsklimaat en positievere stemming bij jongeren. Een recente studie laat zien dat jongeren met somberheidsklachten wel degelijk profiteren van de warmte en steun van hun ouders (Janssen et al., 2022).

Ouderlijke kritiek en afwijzing

Naast gebrek aan ouderlijke warmte en betrokkenheid zijn overmatige kritiek en/of verbale agressie van ouders sterke voorspellers van depressieve klachten. Volwassenen die aangeven dat hun ouders chronisch kritiek hadden (emotionele mishandeling) en/of zich niet geliefd en gezien voelden in de kindertijd, hebben een drie keer grotere kans om een depressie te ontwikkelen. Bij hen zijn de depressieve klachten bovendien intenser en langduriger, is het zelfbeeld negatiever en is er vaker sprake van suïcidale gedachten (Spinhoven et al., 2010; van Harmelen et al., 2010; Wiersma et al., 2009). De link tussen kritiek en somberheid is niet alleen gevonden bij volwassenen die terugblikken op hun jeugd, maar ook in studies waarbij jongeren en hun ouders elektronische dagboeken bijhielden van hun stemming en interacties in het dagelijks leven (Bulow et al., 2022; Janssen, Verkuil, et al., 2021). Negatieve cognities van jongeren met depressieve klachten kunnen ook hun perceptie van het gedrag van hun ouders zwart kleuren en belemmeren dat positieve aspecten van de relatie met de ouders worden gezien. Om die reden zijn observationele studies, waarbij gedrag van ouders wordt gecodeerd, inzichtelijk. In lijn met bovengenoemde studies blijkt dat ouders van jongeren met een depressie gemiddeld meer boosheid uiten jegens hun kinderen (Bodner et al., 2018), en dat geobserveerde ouderlijke kritiek, afwijzing en verbale agressie voorspellend zijn voor het ontwikkelen van depressieve klachten (Schwartz et al., 2012; Sheeber et al., 2007; Yap et al., 2013). Vanuit interventieperspectief is tevens interessant dat de aanwezigheid van familieconflicten (en gebrek aan gezinscohesie) een slechtere behandelingsrespons voorspellen bij depressieve adolescenten die cognitieve gedragstherapie (CGT) en/of farmacologische behandeling krijgen (Courtney et al., 2022; Rengasamy et al., 2013).

Met het oog op het ontwikkelen van een interventie voor ouders is het wel belangrijk om te realiseren dat er grote verschillen zijn tussen gezinnen wat betreft de mate waarin er sprake is van ouderlijke kritiek. Vanzelfsprekend gaat dit niet voor alle ouders op. Kritiek kan bovendien een min of meer passende reactie zijn op gedragingen en problemen van een jongere met depressieve klachten, zoals lethargie, irritatie, schooluitval, overmatig schermgebruik, gamen, blowen of eetproblemen. Responsieve, sensitieve ouders kunnen door tieners toch als kritisch ervaren worden, omdat die tieners de overtuiging hebben dat zij niet de moeite waard zijn en alles verkeerd doen. Kritiek van ouders beïnvloedt echter wel het gevoel, zelfbeeld en gedrag van de tiener, waardoor ouders en kind in een negatieve spiraal terecht kunnen komen. Hierdoor kan ook verwijdering ontstaan tussen kind en ouders, met alle negatieve consequenties van dien.

Ondersteuning van autonomie door de ouders

Een derde factor die uit onderzoek naar voren komt, is dat het belangrijk is dat ouders de autonomie van een kind ondersteunen (Kullberg et al., 2020; Wang et al., 2021). Door de autonomie en het probleemoplossend vermogen van jongeren te versterken, ondersteunen ouders de natuurlijke ontwikkeling van adolescenten richting zelfstandigheid, het maken van eigen keuzes en toekomstplannen, en het ontwikkelen van eigen waarden en normen. Wanneer een kind somber of onzeker is, kan die ondersteuning van autonomie op de tocht komen te staan, doordat deze jongeren een sterk appel kunnen doen op de steun van ouders. Vanuit bezorgdheid kunnen ouders steeds meer verantwoordelijkheden van jongeren overnemen, waardoor er voor de jongere steeds minder ruimte is om zelf verantwoordelijkheid en initiatief te nemen, en de autonomie van het kind onbedoeld wordt geremd. Zo kunnen angst, bezorgdheid en hulp van ouders het toch al lage zelfgevoel van een jongere met depressie ondermijnen, en kunnen ouders en jongeren elkaar (alle goede intenties ten spijt) steeds verder meetrekken in een vicieuze cirkel van onzekerheid, machteloosheid en somberheid.

Psychisch welzijn van de ouders

De vierde pijler betreft de psychische gezondheid van de ouder zelf. Kinderen van ouders met depressieve klachten hebben twee tot drie keer zoveel kans om zelf een depressie te ontwikkelen (Weissman et al., 2016). Uit adoptiestudies blijkt dat dit niet alleen een genetische of erfelijke kwestie is, omdat het verhoogde risico op depressie ook speelt wanneer ouder en kind niet biologisch verwant zijn, en het risico vermindert wanneer een ouder is hersteld van een depressie (Lewis et al., 2011). Dit wijst erop dat de intergenerationale transmissie van depressie (ook) via het gedrag van ouders verloopt. Dit kan gaan via het observationeel leren van impliciete assumpties van de

ouders over zichzelf, anderen en de wereld, en hoe om te gaan met emoties (met name verdriet; zie Schwartz et al., 2018), maar ook via de hierboven beschreven negatieve interacties met hun kind. Dit sluit aan bij onderzoeksbevindingen dat ouders met depressieve klachten gemiddeld minder warm zijn, meer kritiek uiten en negatiever zijn naar hun kinderen (Lovejoy et al., 2000; Wilson & Durbin, 2010), en dat deze gedragingen voorspellend zijn voor het ontwikkelen van depressieve klachten bij hun kinderen (Johnco et al., 2021). Ook hier is weer sprake van tweerichtingsverkeer: de zorgen van depressieve kinderen drukken vaak ook zwaar op hun ouders en zijn voorspellend voor depressieve klachten van die ouders (Johnco et al., 2021). Daarom is het belangrijk dat ouders goed voor hun eigen welzijn zorgen en – net als in een vliegtuig in nood – als het ware eerst zelf het zuurstofmasker opzetten voordat ze hun kind goed kunnen helpen.

SAMEN STERK: EEN PROGRAMMA VOOR OUDERS VAN JONGEREN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

.....

Aangezien bovengenoemde ouderfactoren voorspellend zijn voor het beloop van depressieve klachten bij jongeren en ze in principe veranderbaar zijn, vormen het belangrijke aangrijpingspunten voor Samen Sterk, een groepsinterventie voor ouders van depressieve jongeren (zie ook www.samensterk.eu). Het doel van Samen Sterk is om ouders meer inzicht te geven in de problematiek van hun kind door hun psycho-educatie te geven over depressieve klachten en de invloed daarvan op het gezin, en om de onderlinge verhoudingen binnen het gezin te verbeteren door positief ouderschap te stimuleren. Ouders worden uitgenodigd om te reflecteren op de gezinsdynamiek in de context van de depressieve klachten van het kind aan de hand van de vier pijlers: warmte, kritiek, autonomie en zelfzorg. Geen gezin is hetzelfde, en in hoeverre de hierboven genoemde factoren binnen een specifiek gezin relevant zijn en de depressieve klachten van de adolescent vooral in stand houden ofwel (mede) veroorzaken, zal van gezin tot gezin sterk verschillen. Om die reden stelt iedere ouder aan het begin van het programma eigen doelen op. Als ouders (opnieuw) een warme en constructieve band met hun depressieve tiener kunnen opbouwen, en ervoor kunnen zorgen dat die zich gesteund voelt en zich vrij en autonoom kan ontwikkelen, is de assumptie dat dit niet alleen de ouders, maar ook de jongere ten goede zal komen. Een warm, ondersteunend contact kan tevens helpen om toekomstige perioden van somberheid (die bij 70% van de jongeren met een depressie voorkomen) beter op te vangen.

Hieronder beschrijven we de ontwikkeling en inhoud van Samen Sterk, en de casus van een gezin uit de oudercursus. Ten slotte bespreken we hoe het programma Samen Sterk verder kan worden onderzocht en ontwikkeld.

Ontwikkeling van Samen Sterk

335

In 2017 is Samen Sterk ontwikkeld vanuit GGZ Rivierduinen Jong, in samenwerking met de Universiteit Leiden en Triple P Nederland, met een innovatiesubsidie van Holland Rijnland. Samen Sterk is in eerste instantie ontwikkeld voor ouders van jongeren die daarnaast zelf individuele therapie krijgen (meestal cognitieve gedragstherapie, soms in combinatie met medicatie). Als uitgangspunt voor de opvoedingsondersteuning is gekozen voor de Triple P-methode, oftewel het Positive Parenting Program (specifiek voor tieners), omdat dit goed aansluit bij de vier pijlers van ouderfactoren die samenhangen met depressie (dat wil zeggen: versterken van warmte en betrokkenheid, verminderen van kritiek, versterken van de autonomie, en zelfzorg). Triple P geeft daarbij specifieke handvatten hoe ouders de communicatie en de band met hun kind kunnen versterken en is in verschillende onderzoeken effectief gebleken (Nowak & Heinrichs, 2008).

Tijdens de eerste jaren (2017-2019) is het programma in een iteratief proces ontwikkeld en verbeterd op geleide van discussies tussen afgevaardigden van Triple P Nederland (Carine Kielstra), Universiteit Leiden (Bernet Elzinga), begeleiders van de Samen Sterk-groepen binnen GGZ Rivierduinen Jong (Romke van den Nouweland-van Baars, Marjanke Ruys-Zonnenberg en Sisca van der Hell) en input van ouders uit vijf pilotgroepen ($n = 39$ ouders). Voor ouders van jongeren met depressieve klachten is niet eerder een interventie ontwikkeld binnen Triple P. Om te beginnen zijn daarom twee sessies psycho-educatie toegevoegd aan de Triple P-module voor tieners. In de psycho-educatiesessies wordt besproken wat een depressie inhoudt, wat de behandelmogelijkheden zijn en welke processen überhaupt tijdens de adolescentie spelen. Ouders krijgen na deze sessies extra informatie over deze onderwerpen toegestuurd (zie ook de website van Samen Sterk). Ouders gaven aan deze informatie zeer te waarderen. Door de combinatie van uitleg over opvoedgedrag en de terugkerende vraag om na te denken over hoe besproken opvoedstrategieën en interactiepatronen in de eigen thuissituatie spelen, gaan ouders anders tegen hun eigen gedrag aankijken. Na een tweede evaluatieronde is ook het onderwerp suïcidaliteit toegevoegd aan de psycho-educatie. Suïcidale gedachten bleken veel te spelen en ouders gaven aan het moeilijk te vinden om dit met hun kind te bespreken.

Om ervoor te zorgen dat ouders de informatie actief verwerken en vertalen naar hun eigen gezinssituatie, zijn in volgende groepen interactieve elementen toegevoegd aan de psycho-educatie. Uit de feedback bleek verder dat ouders de onderlinge uitwisseling van ervaringen, zowel praktisch als emotioneel, heel waardevol vonden. Het was voor ouders een grote steun om te weten dat ze niet de enigen waren met deze problemen en zorgen. Hoewel er niet direct evidentie is dat lotgenotencontact een interventie effectiever maakt, was deze behoefte zo groot dat er in het programma op

verschillende momenten ruimte voor is gemaakt. Daarnaast bleek ook het bespreken van een aantal praktische onderwerpen van grote toegevoegde waarde, waaronder telefoongebruik en contact met school (hoe te overleggen over aanpassingen op het vlak van ondersteuning, aangepaste lesroosters, huiswerk, enzovoort). Verder bleek risicovol gedrag (een belangrijk onderwerp bij Triple P-tieners) juist nauwelijks te leven bij de gezinnen die meededen aan Samen Sterk. Dit onderwerp, en andere voorbeelden uit het werkboek die niet goed aansloten op de situatie van jongere met een depressie, zijn aangepast of weggelaten. Ten slotte is er recent een ontmoeting met een ervaringsdeskundige toegevoegd aan het programma, en wel met een jongere die in zijn of haar tienerjaren een depressie heeft gehad. Dit werd door de ouders zeer gewaardeerd.

In 2020 is er van Samen Sterk ook een online format ontwikkeld, voor ouders van jongeren met depressieve klachten die (nog) niet in behandeling zijn. De inhoud van de online groep is vergelijkbaar met de face-to-facevariant. Er wordt centraal psycho-educatie gegeven over depressie en ouderschap, en er worden chatrooms gebruikt voor uitwisseling in kleinere groepjes, zoals over zelfreflectie, het bespreken van huiswerk, enzovoort.

Wat betreft format wordt de opzet van de groep (wekelijkse bijeenkomsten in de avonden) als prettig ervaren. Voor de meeste ouders is deze opzet haalbaar en zij prefereren deze vorm boven bijvoorbeeld tweemaal een zaterdag. In beide formats ervaren ouders de bijeenkomsten als zeer positief.

Inclusiecriteria van Samen Sterk

De groep staat open voor vijf á zes ouderparen met een zoon of dochter in de leeftijd van 12-16 jaar met depressieve klachten, waarbij bij uitzondering ook ouders van jongeren tot en met 18 jaar worden toegelaten, indien de jongere thuis woont en nog erg afhankelijk is van de ouders. Er wordt benadrukt dat het de sterke voorkeur heeft dat *beide* ouders deelnemen. Bij Samen Sterk binnen de ggz worden ouders door de behandelaar op de hoogte gesteld van het Samen Sterk-aanbod bij aanvang of op indicatie tijdens het behandeltraject van de jongere, na overleg tussen behandelaar en een begeleider van Samen Sterk. Na aanmelding volgt een intakegesprek met de ouders, waarin huidig functioneren, de geschiedenis, huidige hulpverlening, sterke kanten, risicofactoren en verwachtingen worden besproken. Exclusiecriteria zijn: de jongere is ouder dan 16 jaar, de ouders spreken geen Nederlands, een onveilige thuissituatie, en ernstige psychiatrische problematiek bij de ouders, indien dit het functioneren binnen de groep belemmert; depressieve klachten bij de ouders vormen *geen* exclusie criterium. Binnen GGZ Rivierduinen Jong zijn er tussen najaar 2017 en voorjaar 2022 acht groepen gegeven, waaraan 59 ouders (34 moeders en 25 vaders) van 35 jongeren hebben deelgenomen.

Voor de online variant kunnen ouders zichzelf aanmelden via de website. Na een uitgebreid telefonisch intakegesprek worden zij, afhankelijk van de

in- en exclusiecriteria, al dan niet toegelaten. Aan het online programma hebben tussen voorjaar 2021 en voorjaar 2022 35 ouders van 26 kinderen meegedaan, verdeeld over vijf groepen.

De begeleiding van zowel de face-to-face- als de online variant van Samen Sterk wordt verzorgd door speciaal hiervoor opgeleide medewerkers (gz-psychologen, orthopedagogen en systeemtherapeuten). Naast hun opleiding en specialistische kennis over depressie bij tieners, hebben zij een driedaagse Triple P-oudercursus Tieners gevolgd.

INHOUD VAN SAMEN STERK

.....

Het programma Samen Sterk bestaat in totaal uit acht sessies (in de avonden): eerst zes groepsessies van twee uur, waarvan de eerste twee bestaan uit psycho-educatie en de laatste vier gaan over ouderschap en interacties met het kind; vervolgens een sessie met een individueel gesprek met de ouders van 30-45 minuten; en ten slotte de achtste sessie, waarin het programma wordt geëvalueerd en afgesloten. Optioneel kan daar een sessie met een ervaringsdeskundige (iemand die als tiener een depressie heeft gehad) aan worden toegevoegd.

Sessies 1 en 2: Psycho-educatie

.....

Tijdens de twee psycho-educatiesessies wordt informatie gegeven over depressie, en over puberteit en adolescentie. De thema's eenzaamheid en suïcidaliteit worden besproken, maar ook het normaliseren van specifiek pubergedrag en gedachten over de dood zijn belangrijke thema's. Er wordt gekeken naar het ontstaan van een depressie, de in stand houdende factoren en de beschermende factoren in elk gezin, en de bijdrage die ouders en omgeving kunnen leveren aan een oplossing. Steeds opnieuw wordt het belang van steun zoeken benadrukt, zowel het ondersteunen van elkaar als partners als het hulp zoeken in de omgeving. Ook steun vanuit school is hierbij een belangrijke factor. Ouders wordt tijdens de groep informatie geboden over hoe zij samen met hun kind de steun van school kunnen vragen en vormgeven. Ook de groep zelf heeft een ondersteunende functie. Door de depressie is de tiener minder actief en inactiviteit is een in stand houdende factor. Het belang van actief blijven voor ouder en kind wordt benadrukt en besproken, en er wordt stilgestaan bij de manier waarop ouders hun kind kunnen ondersteunen om actief te blijven. Een ander belangrijk onderdeel is suïcidepreventie. Er wordt uitgebreid besproken hoe de ouder met de tiener het gesprek kan aangaan over suïcidale gedachten en wat de ouder kan doen. Hierbij wordt verwezen naar de VraagMaar-app en andere informatie van de suïcidepreventiewebsite 113.nl.

Sessies 3, 4, 5 en 6: Positief ouderschap

In *sessie 3* ligt de focus op het versterken van betrokkenheid en warmte, en op het verminderen van kritiek. Deze basisprincipes van positief opvoeden worden besproken, en de ouders wordt gevraagd te bedenken welke principes hen goed afgaan en welke ze willen verbeteren. Vervolgens identificeren ouders factoren in hun eigen gezin die het gedrag van tieners negatief kunnen beïnvloeden. Dit kan bijvoorbeeld het geven van kritiek zijn als een kind moeite heeft om uit bed te komen, of onbedoelde beloningen voor ongewenst gedrag, zoals het frequent halen en brengen van kinderen als ze geen energie hebben. Tot slot stellen ouders doelen op voor verandering in hun eigen gedrag en dat van hun tieners. Ze bedenken haalbare, concrete, positief geformuleerde doelen en een manier waarop ze de voortgang dagelijks bij kunnen houden. Daarbij richten ouders zich op strategieën om contact te maken met het kind, zoals ermee praten, er tijd mee doorbrengen en er affectie voor tonen. Dit is bij depressieve tieners niet makkelijk te realiseren, bijvoorbeeld als een tiener vaak in bed ligt en met rust gelaten wil worden. Hierbij wordt benadrukt dat het gaat om kleine doelen en kleine stapjes, en dat het belangrijk is om vooral te letten op wat goed (c.q. beter) gaat. Tevens wordt er aandacht besteed aan het belonen van gewenst gedrag door middel van aandacht en complimenten, en aan vaardigheden als probleemoplossing.

In *sessie 4* wordt het belang van het stellen van regels en grenzen besproken. Dit geeft tieners zekerheid en duidelijkheid. Ook bespreken ouders op welke wijze ze routines kunnen inbouwen in het dagelijks leven van hun kinderen, zodat die actief en gezond blijven. Ouders leren logische consequenties voor ongewenst gedrag toe te passen en om consequent te blijven opvoeden.

In *sessie 5* staat het ondersteunen van de autonomie centraal. Ouders krijgen strategieën aangereikt om de zelfstandigheid (autonomie) en activiteit van de tiener te helpen vergroten. Daarmee wordt tevens de ontwikkeling gestimuleerd en de tiener geactiveerd. Ook is er aandacht voor het op gepaste wijze omgaan met ongewenst gedrag van het kind, door duidelijke regels te stellen en de tiener daaraan te herinneren als hij die vergeet, en gedrag te prijzen wanneer een jongere gewenst gedrag vertoont.

In *sessie 6* staan warmte en betrokkenheid en het versterken van de autonomie opnieuw centraal, waarbij de focus nu ligt op het omgaan met emoties. Omgaan met emoties is vaak lastig bij depressieve tieners. Ze kunnen snel heel emotioneel worden en bij veel tieners met depressieve klachten is niet goed zichtbaar dat ze emotioneel worden. Ouders denken na over de signalen waaraan ze kunnen zien dat hun tiener emotioneel wordt, en over hoe ze emoties kunnen erkennen en benoemen. Zo leren ze goed af te stemmen op een tiener.

Sessie 7: Individuele coaching

339

Tijdens deze individuele sessie wordt met ouders de thuissituatie besproken, en hoe het gaat met de zelfgekozen doelen voor ouder en kind. Ook is er ruimte voor specifieke vragen.

Sessie 8: Afsluiting

Ouders kijken in deze laatste sessie terug op wat ze bereikt hebben, en denken na over hoe ze de positieve veranderingen vast kunnen houden en hoe ze kunnen omgaan met lastige situaties in de toekomst. Tevens wordt de oudercursus geëvalueerd.

Tabel 1 beschrijft de casus van een gezin dat Samen Sterk heeft doorlopen. De casus is gebaseerd op verschillende gezinnen die hebben meegedaan. De namen en leeftijden van de genoemde personen zijn gefingeerd.

TABEL 1 *Casus van een gezin dat Samen Sterk heeft doorlopen*

Gezinssamenstelling	Vader, moeder en twee dochters van 17 en 13 jaar
Kind om wie het gaat	Dochter Nina van 13 jaar, 2 vwo
Klachten	Sinds de coronacrisis gaat het steeds slechter met Nina. Ze gaat op het moment van aanmelding al drie maanden weinig naar school en dat wordt steeds minder. Ze zegt dat ze moe is, zich niet lekker voelt en daarom niet naar school kan. Ze slaapt heel slecht, valt heel laat in slaap en is 's ochtends te moe om op te staan. Als ze zich slecht voelt, gaat ze gamen of op haar telefoon, wat eventjes helpt. Ze zegt ook dat ze alleen in slaap kan vallen nadat ze op haar telefoon is gegaan; ze kijkt dan meestal filmpjes. Ze komt nog maar weinig buiten, loopt soms even naar de supermarkt en fietst soms naar school, maar is hier meestal te moe voor. Soms gaat ze met haar moeder nog even winkelen.
Sterke kanten dochter	Heeft twee goede vrienden, die nog steeds langskomen. Ze is creatief, houdt van tekenen en muziek maken.
Risicofactoren dochter	Ze heeft weinig eetlust, en vindt zichzelf slecht en lelijk. Ze wordt snel boos op haar ouders en zus. Ze snijdt zichzelf regelmatig.
Overige gezinsleden	Oudste dochter klaagt dat er te veel aandacht naar haar zus gaat, en dat de sfeer in huis gespannen en ongezellig is. Ze gaat veel weg. Vader en moeder hebben beiden een heel verschillende aanpak van het probleem: vader is streng en vindt dat de dochter zich niet moet aanstellen, terwijl moeder heel erg verzorgend is en probeert tegemoet te komen aan alle wensen van de dochter.

Sterke kanten ouders	Moeder is heel erg betrokken, creatief en kan goed contact maken met haar dochters. Ouders staan open voor hulp: ze zijn van mening dat zij nog dingen kunnen verbeteren om hun dochter te helpen. Ze zijn in staat om een goede balans te vinden tussen zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.
Risicofactoren ouders	Vader is van nature heel kritisch, kan moeilijk complimenten geven, is zelf ook niet zo opgevoed. Zegt zelf meestal te kijken naar wat niet goed gaat, in plaats van naar wat wel goed gaat. Beide ouders hebben drukke banen. Overbetrokkenheid van de moeder.
Persoonlijke doelen van moeder in Samen Sterk	‘Mijn dochter ondersteunen zonder alles over te nemen/op te lossen.’
Persoonlijke doelen van vader in Samen Sterk	‘Reageren op een manier die positief en helpend is.’
Verloop gedurende Samen Sterk	Door de psycho-educatie hebben de ouders ingezien dat Nina weinig invloed had op haar gedrag, dat grotendeels werd gestuurd door haar depressieve gevoelens. Ouders leerden om de band te versterken met Nina door naar haar te luisteren en niet direct klaar te staan met oplossingen. Moeder wilde zo graag helpen dat ze steeds voorstellen deed waardoor Nina zich minder slecht zou voelen, terwijl Nina zich daardoor juist niet gehoord voelde. Vader leerde om echt te luisteren naar Nina en om reacties van Nina die hij overdreven vond te leren zien vanuit Nina's lage zelfbeeld. Als hij bijvoorbeeld zei dat ze gewoon op tijd naar bed moest gaan en niet zo moest zeuren, was dat voor Nina een enorme pijnlijke en kritische opmerking, waardoor ze zich helemaal niet begrepen voelde. Ook leerden ze beiden met Nina te praten over haar suïcidale gedachten, wat Nina enorm heeft geholpen. Ze stopte deze gedachten diep weg, omdat ze ze beangstigend en raar vond, maar door erover te praten, werden de gedachten minder en werd ze rustiger. Samen met Nina en school hebben ouders een plan opgesteld waarin afspraken gemaakt werden over het aantal uren dat Nina naar school zou gaan. Dit waren haalbare doelen, waardoor Nina weer succeservaringen kreeg. Een klasgenoot kwam haar elke ochtend ophalen en de conciërge stond altijd klaar om haar te begroeten, ook als het haar niet gelukt was om op tijd te komen. Als het Nina op school soms te veel werd, mocht ze naar een time-outkamer om even tot rust te komen. Vader heeft geleerd om vaker complimenten te geven, vooral gericht op de inzet van Nina. Het gezin is gezinsbesprekingen gaan houden, waarin dingen besproken werden waar iedereen over mocht meebeslissen. Deze besprekingen werden altijd afgesloten met een leuk spel, iets wat het gezin lange tijd niet meer gedaan had.

Moeder is samen met Nina een kookcursus gaan volgen, gericht op gezond eten. Hierdoor is Nina ook meer gaan eten. En moeder heeft vooral veel tijd en aandacht aan Nina besteed als ze zelf actief uit bed kwam en iets actiefs wilde gaan doen, in plaats van aan de momenten waarop Nina klaagde over slecht slapen en zich slecht voelen. Dan luisterde moeder naar het gevoel van Nina, erkende de emoties, zei dat ze dit heel naar voor Nina vond en vroeg ze Nina of ze er iets aan wilde doen, en zo ja, wat. Nina wilde dan vaak wandelen met moeder en de hond, wat heel goed werkte. Tot slot heeft moeder Nina's autonomie verder versterkt, en wel door Nina te coachen bij het bedenken van oplossingen voor haar problemen, zonder dat proces over te nemen. Dit heeft de zelfstandigheid en het zelfbeeld van Nina enorm verbeterd. Het gaat nu beter met Nina. Ze is aan de beurt bij de GGZ Jeugd en gaat twee hele en drie halve dagen naar school. Ze geeft zelf aan dat haar ouders er echt voor haar zijn, maar dat ze haar aan de andere kant meer met rust laten, wat ze heel fijn vindt.

Evaluatie ouders

Vader zegt dat hij het nog altijd moeilijk vindt om niet meteen iets te zeggen over wat er niet goed gaat. Hij probeert actief complimenten te geven aan iedereen in het gezin. Daarover zegt hij zelf: 'Het heeft me verbaasd hoeveel energie je krijgt van positiviteit. Door te letten op wat er goed gaat, ben ik een ander mens geworden: ik ben vrolijker, ik heb meer energie en ik heb meer plezier. Niet alleen in mijn gezin, maar ook op mijn werk.'

De moeder van Nina geeft aan dat ze het heel moeilijk blijft vinden om Nina los te laten en zelf oplossingen te laten bedenken, maar dat ze wel ziet dat dit het beste is voor Nina en voor moeder zelf. Zoals moeder zelf zegt: 'Ik heb geleerd dat we allemaal in ons eigen zeilbootje varen. Ik heb mijn kinderen een mooi en veilig bootje gegeven, maar de koers moeten ze zelf bepalen. Ik vaar mee en ben er voor ze, maar ze moeten zelf sturen en het water eruit hozen als er een golf over hen heen komt. Ik heb nu meer rust, handvatten en daarnaast het lef om de controle wat meer los te laten. Ik kan nu ondersteunen, maar hoef het niet over te nemen; ik signaleer, maar laat me niet langer meeslepen door problemen.'

VERVOLG VAN SAMEN STERK

.....

In deze eerste fase van Samen Sterk heeft de nadruk gelegen op de systematische ontwikkeling van het programma op basis van een wetenschappelijk onderbouwde inhoud, en van de feedback van professionals en ouders. Zowel de ouders als de begeleiders die hebben deelgenomen aan Samen Sterk zijn zeer positief over het programma. Dit geldt zowel voor de face-to-facegroepen binnen de ggz als voor de online groepen. Ouders ervaren hun deelname als steunend en nuttig, en voelen zich gesterkt door de informatie over depressie en opvoedingsvaardigheden. Door ervaringen te delen, voelen ouders zich minder alleen en machteloos, zeggen ze veel te leren van

de inzichten van andere ouders en krijgen ze meer zelfvertrouwen in het ouderschap. Deelname aan de Samen Sterk-groep lijkt in veel gevallen ook tot een verbetering in de verstandhouding tussen ouders en kind te leiden. Na deelname aan de groep lijken veel ouders beter in staat om hun tiener op een constructieve manier te begeleiden, waardoor die zich meer begrepen en gesteund lijkt te voelen. Het is de hoop dat wanneer de positieve veranderingen blijvend zijn, het gezin beter beschermd is tegen terugkerende episoden van somberheid en eventuele terugkerende episoden gepaard gaan met minder stress. Dit dient echter empirisch onderzocht te worden.

ONDERZOEK NAAR SAMEN STERK

.....

Hoewel de inhoud van Samen Sterk leunt op wetenschappelijk onderbouwde principes en voorziet in een duidelijke behoefte van ouders, is empirisch onderzoek nodig om vast te stellen of Samen Sterk de ouderschapsvaardigheden, gezinsdynamiek, en het zelfvertrouwen en de stemming van ouders en jongeren zelf versterkt. Klinisch onderzoek (RCT's of *multiple single-case design studies*) is nodig om inzicht te krijgen of Samen Sterk van toegevoegde waarde is voor het herstel en eventueel het verminderen van terugval van depressieve jongeren, zowel als interventie naast individuele therapie binnen de ggz, als in de vorm van een losstaand programma. De heterogeniteit tussen gezinnen met een tiener met depressieve klachten is groot wat betreft de depressieve klachten, de secundaire problemen van de jongere en het gezinsklimaat. Om recht te doen aan deze verschillen zijn zogenaamde *single-case experimental designs* heel waardevol (Molenaar, 2004). Daarin kunnen niet alleen veranderingen in centrale ouderfactoren worden onderzocht (dat wil zeggen: warmte, kritiek en autonomie), maar kunnen ook persoonlijke veranderdoelen worden gemonitord (zoals naar school gaan). Het is de intentie om de komende jaren verschillende *single-case experiments* uit te voeren met dagelijkse digitale dagboekmetingen (*electronic monitoring assessments*, EMA's) van ouders en jongeren (Janssen, Verkuil et al., 2021). Deze dagelijkse registraties van oudergedragingen en stemming van ouders en jongeren kunnen op termijn ook ingezet worden als monitoringstool voor registratie en feedback voor ouders, wat de effectiviteit van Samen Sterk verder kan versterken.

In Samen Sterk wordt alleen met ouders gewerkt. Dit heeft als voordeel dat ouders in alle vrijheid kunnen reflecteren op hun ouderschap. Vanwege de systemische werkwijze is de aanname dat de veranderende houding van ouders ook een positieve invloed heeft op de jongeren, maar ook dit dient empirisch te worden onderzocht. Op geleide van de input van deelnemende ouders blijkt dat de uitwerking van Samen Sterk van gezin tot gezin heel verschillend is en sterk afhankelijk is van de persoonlijke doelen van de ouders. Sommige ouders geven aan dat tieners meer erkenning en waardering

ervaren en minder afwijzing, en zich meer open durven te stellen. Andere ouders geven aan dat tieners meer ondernemen en thuis vaker bijdragen aan huishoudelijke taken. Weer andere ouders noemen dat er ook weer lichamelijk contact is. Vervolgonderzoek waarbij ook de jongeren zelf worden betrokken is nodig om de invloed van het Samen Sterk-programma op jongeren zelf systematisch in kaart te brengen.

Gezien de hoge kosten en beperkte budgetten binnen de ggz is het ook belangrijk om de kosteneffectiviteit van Samen Sterk in kaart te brengen. Theoretisch zou de inzet van Samen Sterk kostenbesparend kunnen zijn, omdat het de duur van individuele behandelingen verkort of in sommige gevallen zelfs voorkomt, en uitval uit school vermindert (Schwartz et al., 2012). Hypothetisch zou deelname van ouders aan Samen Sterk ook een positieve invloed kunnen hebben op broers en zussen, en op toekomstige depressieve episoden. Kosteneffectiviteitsstudies zijn nodig om hier meer inzicht in te krijgen.

Ten slotte is er de vraag voor welke ouders Samen Sterk met name nuttig is. Ook dit dient nog nader onderzocht te worden. Aanvankelijk was de gedachte dat Samen Sterk vooral geschikt is voor gezinnen waarbinnen negatieve gezinsinteracties op de voorgrond staan. De ervaring leert echter dat ook ouders die weinig conflicten met hun kind ervaren deelname aan Samen Sterk waardevol vinden. Ervaringen van deze ouders zijn bovendien van grote toegevoegde waarde, omdat zij kunnen fungeren als rolmodellen voor andere ouders.

Daarnaast zijn er geregeld ouders in de groep die gescheiden zijn of die relationele problemen hebben. Zolang conflicten tussen ouders de groeps sfeer niet negatief beïnvloeden, kunnen deze ouders beiden deelnemen, waarbij deelname ook een positieve uitwerking kan hebben op het wederzijdse begrip en de onderlinge band tussen ouders. Wel is het belangrijk om voorafgaand aan deelname de voorwaarde van wederzijds respectvol gedrag expliciet te bespreken met beide ouders.

SAMEN STERK BINNEN DE GGZ

.....

Hoewel meer empirisch onderzoek nodig is naar de effectiviteit van Samen Sterk, lijkt het programma van toegevoegde waarde binnen een klinische setting waarin de jongere zelf ook in behandeling is. Groot voordeel van het parallel aanbieden van Samen Sterk en de individuele behandeling van de tiener is dat diens problemen tegelijkertijd vanuit verschillende kanten worden aangepakt, en dat de individuele behandelaar en de Samen Sterk-begeleider met elkaar kunnen overleggen over het behandeltraject. Om Samen Sterk ook elders in het land te kunnen aanbieden, zijn meer getrainde begeleiders nodig. Gz-psychologen, orthopedagogen en systeemtherapeuten met kennis over depressie bij jongeren zijn hier bij uitstek geschikt voor. Aange-

zien veel therapeuten binnen de ggz zijn opgeleid om individueel met cliënten te werken, is extra training nodig om voldoende kennis op te doen vanuit het systemische en pedagogische perspectief, naast kennis over depressie bij adolescenten. Daarnaast zijn supervisie en intervisie noodzakelijk. Hier is een training voor ontwikkeld.

SAMEN STERK BUITEN DE GGZ

.....

Onder ouders van depressieve jongeren die niet in behandeling willen of op een wachtlijst staan, blijkt er grote behoefte te bestaan aan advies en ondersteuning. Gezien de hoge prevalentie van depressieve klachten onder jongeren en een overbelaste jeugd-ggz, met lange wachtlijsten, is deze behoefte niet verrassend. Onder deze ouders blijken de zorgen over hun kind en de niet altijd even gemakkelijke zoektocht naar gepaste zorg groot. Bij ouders van jongeren die niet in zorg zijn is een uitgebreide en zorgvuldige intake noodzakelijk, waarbij de problematiek van het kind en het gezin worden besproken, en verwachtingen en verantwoordelijkheden duidelijk worden afgebakend.

Het online format van Samen Sterk blijkt zowel voordelen als nadelen te hebben. Ouders zien het vaak als een voordeel dat ze vanuit huis kunnen deelnemen. Dit maakt de drempel minder hoog om (samen) mee te doen. Bovendien kunnen ouders deelnemen vanuit heel Nederland en daarbuiten. Door gebruik te maken van chatrooms is er voldoende gelegenheid voor ouders om ervaringen uit te wisselen. Een nadeel van de online groep is dat de ouders de kosten ervan op dit moment zelf moeten betalen. Verschillende gemeenten (waaronder Rotterdam) bieden Samen Sterk gesubsidieerd aan, waardoor ouders alleen een eigen bijdrage hoeven te betalen. Een lichtversie van Samen Sterk zou ook goed ingezet kunnen worden als preventieve interventie, indien er somberheidsklachten spelen maar er (nog) geen sprake is van een vitale depressie. Hier zouden de Centra voor Jeugd en Gezin een centrale rol in kunnen spelen.

CONCLUSIE

.....

De adolescentie is een cruciale fase voor de mentale gezondheid, en depressies tijdens de adolescentie zijn vaak een voorbode van meerdere perioden van somberheid. Terwijl ouders van tieners met een depressie zich vaak machteloos voelen en het idee hebben weinig te kunnen bijdragen, kunnen *juist* ouders, dankzij de duurzame band met hun kind, een belangrijke rol spelen bij het faciliteren van het herstel van een tiener uit een depressie. Voor ouders met behoefte aan extra ondersteuning in het ouderschap kan deelname aan het Samen Sterk-programma heel waardevol zijn. Vervolgon-

derzoek is nodig om te evalueren of het zelfvertrouwen en de stemming van ouders en jongeren door de verbeterde gezinsdynamiek vooruitgaan, en of veranderingen ook op de lange termijn beklijven.

Bernet Elzinga is verbonden aan de sectie Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden.

Carine Kielstra is werkzaam bij Klinische Kind en Familie Studies, Faculteit Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam, en bij Parenting Consultancy, Hilversum.

Romke van den Nouweland-van Baars is verbonden aan GGZ-Rivierduinen Jong, Zoetermeer.

Marjanke Ruys-Zonnenberg is werkzaam bij De Waag, zorglijn Jeugd, Amsterdam.

Correspondentieadres: Bernet Elzinga, Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, sectie Klinische Psychologie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden.

E-mail: elzinga@fsw.leidenuniv.nl.

Summary *Stronger Together: A group program for parents of adolescents with depression*

A child's depressive symptoms often have a major impact on the family. Parents of adolescents with depression feel powerless and often have a lot of worries. At the same time, parents can also make an important contribution to the well-being of their child. In this article we describe the scientific underpinning and content of a group program Samen Sterk ('Stronger Together') for parents of depressed adolescents. The aim of this group intervention is to give parents more insight into the depressive symptoms of adolescents and the family dynamics, to strengthen mutual bonds and positive parenting behavior, and to improve the self-confidence of parents and adolescents. The program is based on parental factors that have been proven to be associated with the severity of depressive symptoms in adolescents with depression: parental warmth, parental criticism, autonomy support, and psychological well-being of parents. The program has two variants: a face-to-face group within mental health care that is offered in addition to the individual treatment of the adolescent, and an open online group (independent from a clinical setting). The aim of Stronger Together is to give parents more insight into the problems of their child by providing psycho-education about depressive problems and its influence on the family, and to improve mutual relationships within the family by stimulating positive parenting. Research is needed to evaluate whether participation in the program improves family climate, self-confidence and well-being of parents and young people, which families can benefit the most, and whether positive consequences also last in the long term.

Keywords *depression, adolescence, parent guidance, family interactions, group program, positive parenting, psycho-education about depression*

Literatuur

- Bodner, N., Kuppens, P., Allen, N. B., Sheeber, L. B., & Ceulemans, E. (2018). Affective family interactions and their associations with adolescent depression: A dynamic network approach. *Developmental Psychopathology*, 30, 1459-1473.
- Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M. W. F. T., & van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 113, 287-298.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1: Attachment*. Basic Books.
- Bülow, A., van Roekel, E., Boele, S., Denissen, J. J. A., & Keijsers, L. (2022). Parent-adolescent interaction quality and adolescent affect – An experience sampling study on effect heterogeneity. *Child Development*, 93, e315-e331.
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27, 959-985.
- Courtney, D. B., Watson, P., Krause, K. R., Chan, B. W. C., Bennett, K., Gunlicks-Stoessel, M., Rodak, T., Neprily, K., Zentner, T., & Szatmari, P. (2022). Predictors, moderators, and mediators associated with treatment outcome in randomized clinical trials among adolescents with depression: A scoping review. *JAMA Network Open*, 5, e2146331.
- Curry, J., Silva, S., Rohde, P., Ginsburg, G., Kratochvil, C., Simons, A., Kirchner, J., May, D., Kennard, B., Mayes, T., Feeny, N., Albano, A. M., Lavanier, S., Reinecke, M., Jacobs, R., Becker-Weidman, E., Weller, E., Emslie, G., Walkup, J., Kastelic, E., ... March, J. (2011). Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 68, 263-269.
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2020). Annual research review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61, 294-308.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2021). *Factsheet: Onvoldoende tijdige en juiste hulp voor jongeren met ernstige psychische problemen*. www.igi.nl/actueel/nieuws/2021/03/15/onvoldoende-hulp-voor-jongeren-met-ernstige-psychische-problemen
- Janssen, L. H. C., Elzinga, B. M., Verkuil, B., Hillegers, M. H. J., & Keijsers, L. (2021). The link between parental support and adolescent negative mood in daily life: Between-person heterogeneity in within-person processes. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 271-285.
- Janssen, L. H. C., Verkuil, B., van Houtum, L. A. E. M., Wever, M. C. M., & Elzinga, B. M. (2021). Perceptions of parenting: Adolescent-parent differences and associations with adolescent affect. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 2427-2443.
- Janssen, L. H. C., Verkuil, B., van Houtum, L. A. E. M., Wever, M. C. M., & Elzinga, B. M. (2022). A closer look into the affect dynamics of adolescents with depression and the interactions with their parents: An ecological momentary assessment study [Manuscript submitted for publication].
- Johnco, C. J., Magson, N. R., Fardouly, J., Oar, E. L., Forbes, M. K., Richardson, C., & Rapee, R. M. (2021). The role of parenting behaviors in the bidirectional and intergenerational transmission of depression and anxiety between parents and early adolescent youth. *Depression & Anxiety*, 38, 1256-1266.
- Kullberg, M. L., Maciejewski, D., van Schie, C. C., Penninx, B. W., & Elzin-

- ga, B. M. (2020). Parental bonding: Psychometric properties and association with lifetime depression and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 32, 780.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd: Addendum*. Trimbos-instituut.
- Lewis, G., Rice, F., Harold, G. T., Colishaw, S., & Thapar, A. (2011). Investigating environmental links between parent depression and child depressive/anxiety symptoms using an assisted conception design. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 451-459.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Molenaar, P. C. M. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 2, 201-218.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 114-144.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage & Family Review*, 53, 613-640.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 1, 1142-1150.
- Raven, D., Jörg, F., Visser, E., Oldehinkel, A., & Schoevers, R. (2017). Time-to-treatment of mental disorders in a community sample of Dutch adolescents: A TRAILS study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 177-188.
- Rengasamy, M., Mansoor, B. M., Hilton, R., Porta, G., He, J., Emslie, G. J., Mayes, T., Clarke, G. N., Wagner, K. D., Keller, M. B., Ryan, N. D., Birmaher, B., Shamseddeen, W., Asarnow, J. R., & Brent, D. A. (2013). The bi-directional relationship between parent-child conflict and treatment outcome in treatment-resistant adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 370-377.
- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29, 294-316.
- Schwartz, O. S., Dudgeon, P., Sheeber, L., Yap, M., Simmons, J., & Allen, N. B. (2012). Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 40, 59-71.
- Schwartz, O. S., Rowell, V. J., Whittle, S., Byrne, M. L., Simmons, J. G., Sheeber, L., McKenzie, V., & Allen, N. B. (2018). Family meta-emotion and the onset of major depressive disorder in adolescence: A prospective longitudinal study. *Social Development*, 27, 526-542.
- Sheeber, L. B., Davis, B., Leve, C., Hops, H., & Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 144-154.
- Spinoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P., & Penninx, B. W. (2010). The specificity of childhood adversities and

- negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103-112.
- Stikkelbroek, Y., Vink, G., Nauta, M. H., Bottelier, M. A., Vet, L. J. J., Lont, C. M., van Baar, A. L., & Bodden, D. H. M. (2020). Effectiveness and moderators of individual cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in clinically depressed adolescents: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 10, 14815-14815.
- van Harmelen, A. L., de Jong, P. J., Glashouwer, K. A., van Dyck, R., Spinhoven, Ph., Penninx, B. W. J. H., & Elzinga, B. M. (2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 486-494.
- Wang, Y. R., Shi, H. L., Wang, Y., Zhang, X., Wang, J., Sun, Y. Y., Wang, J. W., Sun, J. W., & Cao, F. L. (2021). The association of different parenting styles among depressed parents and their offspring's depression and anxiety: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21, 495.
- Weissman, M. M., Berry, O. O., Warner, V., Gamberoff, M. J., Skipper, J., Talati, A., Pilowsky, D. J., & Wickramaratne, P. (2016). A 30-year study of 3 generations at high risk and low risk for depression. *JAMA Psychiatry*, 73, 970-977.
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 983.
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 167-180.
- Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2013). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.

LISBETH UTENS & LUUK STAPERSMA

Ouders leven als het ware ‘het leven aan hun kind voor’ en vormen een cruciale leerschool voor hun kroost. Dit themanummer stelde ouderschap centraal, waarbij het leertheoretisch perspectief bij verschillende bijdragen naar voren komt. In deze nabeschouwing gaan wij in op wat elk artikel ons leert en de relevantie ervan voor de klinische praktijk, en leggen we een link naar de toekomst.

GEHECHTHEIDSONTWIKKELING IN LEERTHEORETISCH PERSPECTIEF

.....

Guy Bosmans en collega’s presenteren een concrete, voor cognitief gedrags-therapeuten goed werkbaar en innovatieve leertheorie van gehechtheid, die ervan uitgaat dat het gehechtheidssysteem aangeboren en biologisch verankerd is, en dat gehechtheidsontwikkeling gevormd wordt door leerervaringen. Via klassiek en operant conditioneren krijgen ouders al dan niet de betekenis van veiligheidssignalen. Dat kan in ongunstige situaties leiden tot een onveilige cyclus van gehechtheid.

Innovatief is dat Bosmans en collega’s de vermijdende en ambivalente gehechtheid verklaren vanuit leertheoretische principes. Als bij stressvolle situaties de interactie met ouders bij een kind meestal tot verdriet of teleurstelling leidt, helpt vermijndend gedrag en de daaruit volgende vermijdende gehechtheid om deze pijn te voorkomen. Wanneer een kind bij stress niet gesteund of afgewezen wordt door ouders, kan het angstig, aanklampend of eisend gedrag gaan vertonen. CGT leert ouders om angst en verdriet weliswaar te erkennen, maar ook om ongewenst gedrag te verminderen door er weinig aandacht aan te schenken of het te negeren. Als ouders echter *soms* wel gehoor geven aan problematisch gedrag, wordt het juist in stand gehouden door *intermittent* bekrachtiging. Bij CGT wordt doorgaans op vermijding in stressvolle situaties geïntervenieerd door het kind te leren die situaties te benaderen met gewenst gedrag. Dat kan bij pijnlijke interacties met ouders leiden tot terugtrekking en vermijding door het kind. Derhalve sorteren CGT-interventies in bovengenoemde situatie niet altijd het gewenste effect.

Volgens Bosmans en collega’s kan eisend, aanklampend of juist vermijndend gedrag van het kind begrepen worden als een verkeerd gecommuni-

ceerde behoefte aan steun, die bij ouders frustraties en negatieve verwachtingen over het kind kunnen activeren. Ook kunnen ouders vanuit hun eigen gehechtheidsproblematiek het gevoel hebben als ouders afgewezen te worden. Hierdoor kan de onveilige gehechtheidscyclus steeds verder escaleren en er een breuk ontstaan. De auteurs stellen dat dergelijke patronen zich ook in de therapie kunnen herhalen en leiden tot een breuk in de hulpverleningsrelatie, bijvoorbeeld als de therapeut zich vanuit persoonlijke gehechtheidsproblematiek afgewezen voelt. De les die wij hieruit trekken is dat het heel belangrijk is dat therapeuten hun eigen gehechtheidsdynamiek durven te (h)erkennen en daar zo nodig aan te werken. De basisgedachte van Bosmans en collega's is dat gezinsleden onderling verlangen naar een goede relatie, maar dat ze door onderlinge miscommunicatie over hun zorgbehoeften bang zijn door de ander hierin teleurgesteld of gekwetst te worden. Voor de klinische praktijk biedt Bosmans' model van de onveilige cyclus handvaten om in gezinsgesprekken deze onderliggende verlangens en thema's rond gehechtheid te bespreken, om daarmee een functieanalyse en behandelplan op te stellen. Zo kunnen de gezinsleden dichter naar elkaar groeien en de gehechtheidsrelatie herstellen. Behulpzaam is dat de auteurs aanbevelingen doen hoe men als cognitief gedragstherapeut af kan stemmen op het niveau van jongere kinderen en de hechtingsthematiek, wat wij cruciaal achten voor welslagen van de therapie.

Interessant is dat Bosmans en collega's vermelden dat alle miscommunicatie uit de onveilige cyclus beschouwd kan worden als vermijdingsgedrag, als reactie op onveilige verwachtingen. Dus niet alleen ambivalent gehechte kinderen, maar ook vermijdend gehechte kinderen kunnen emotionele pijn trachten te *vermijden* door middel van opstandig of eisend gedrag, op grond van hun verwachtingen dat ouders niet steunend of kwetsend zullen reageren. De exposuretherapie bestaat dan uit het blootstellen aan die onveilige verwachtingen en het inhiberen van dit vermijdingsgedrag. Dit geldt zowel voor de negatieve verwachtingen van kind richting ouders als van ouders ten opzichte van elkaar. Kortom, de exposuretherapie betreft alle gezinsleden. Deze gehechtheidsgerichte exposure kan het beste plaatsvinden tijdens stresserende interacties, met oplopende moeilijkheidsgraad, omdat juist dan de zorgbehoeften van alle gezinsleden maximaal geactiveerd zijn (Craske et al., 2014).

Dit vraagt naar onze mening om de nodige systeemtherapeutische competenties, gezien de heftige interpersoonlijke dynamieken die kunnen opspelen. CGT'ers die in de jeugdsector werken, werken doorgaans ook met ouders: het werken met systemen is een essentieel onderdeel bij jeugdigen. Onzes inziens zijn tijdens de opleiding tot cognitief-gedragstherapeut(isch werker) aanvullende training en supervisie in deze specifieke systemische gespreksvoering van groot belang om deze therapievorm goed uit te kunnen voeren en op effectiviteit te toetsen. In dit kader is het interessant dat in

België de kinder- en jeugdgedragstherapie momenteel uitgebreid wordt met het therapeutisch leren hanteren van relationele dynamieken met meerdere gezinsleden tegelijk. Wij zouden eenzelfde beweging voor de Nederlandse situatie toejuichen.

In de lijn van de evidence-based werkwijze vanuit de VGCT (Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën, 2020) melden Bosmans en collega's ook onderzoeksresultaten die de effectiviteit ondersteunen van gehechtheidgerichte interventies voor gedragsproblemen bij jonge kinderen, en voor jongeren met depressie en suïcidaliteit (respectievelijk *video feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline* (VIPP-SD) en *attachment based family therapy/middle childhood attachment-based family therapy* (ABFT/MCABFT)). Hier rees bij ons de vraag in welke mate degenen die VIPP-SD-interventies geven getraind en gekwalificeerd waren binnen de cognitieve gedragstherapie, aangezien gesproken wordt over 'coaches'. Naar onze mening zijn cognitief-gedragstherapeutisch werkers en cognitief gedragstherapeuten hiertoe goed uitgerust met CGT-technieken.

Vragen die nog openblijven zijn: Wat zijn de (contra)indicaties voor deze manier van kijken? Wanneer in het therapeutisch traject kan deze therapie het beste ingezet worden? En moet dat gebeuren als monotherapie of als toegevoegde module naast stoornisspecifieke interventies? Daarnaast is er niet bij alle aangemelde kinderen sprake van een breuk in de gehechtheidsrelatie. Bosmans en collega's opperen de vraag of het niet zinvol zou zijn om deze therapievorm standaard op te nemen binnen bestaande behandelingen. Onzes inziens dient deze vraag vooralsnog negatief beantwoord te worden, zowel vanuit wetenschappelijk als kosteneffectiviteitsperspectief. Zoals de auteurs zelf concluderen, zal eerst nader onderzoek nodig zijn.

De klinische relevantie voor cognitief gedragstherapeuten om te werken aan gehechtheid is erin gelegen dat iets minder dan de helft van alle kinderen een onveilige gehechtheidsrelatie ontwikkelt en dat veel volwassenen die psychische hulp zoeken onder andere gekenmerkt worden door onveilige gehechtheid, aldus Bosmans. Hierbij merken we op dat veel gehechtheidsonderzoek zich uitsluitend richtte op moeders, terwijl vaders een belangrijke bufferfunctie kunnen vervullen (zoals bleek bij internaliserende problematiek bij kinderen; Möller et al., 2016). Toekomstig onderzoek kan nader aantonen wat de rol van vaders (of meerdere verzorgers) betekent voor gehechtheidsrelaties.

Leerzaam voor de klinische praktijk is de voornaamste les uit het artikel van Bosmans en collega's, namelijk dat de leertheorie en de hechtingstheorie goed te integreren zijn. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie te bezien in leertheoretische termen. Kijken naar bekrachtigers van gedrag van zowel ouder als kind, of naar de associaties die gevormd worden in de relatie, biedt concrete aanknopingspunten. Het samen met een gezin opstellen van betekenis- of functieanalyses over de gehechtheidsrelaties, het (h)erkennen van voorwaardelijke prikkels (bij expo-

suretherapie) en het gezamenlijk met alle gezinsleden opstellen van een coherent gehechtheidsnarratief kan het behandelplan verrijken en bovendien als katalysator dienen in de samenwerking tussen gezin en hulpverlener.

Concluderend kunnen we stellen dat dit heldere, op empirische evidentie gerichte artikel een mooi voorbeeld is van verbindende communicatie tussen de gehechtheidstheorie, leertheoretische principes en systeemtherapie. Gezien de rol van hechting in de ontwikkeling van kerncognities en schema's, is het interessant voor de toekomst of ook integratie met schema-therapeutische principes nog van toegevoegde waarde is.

EMOTIE-ETEN: DE ROL VAN DE VROEGE OUDER-KINDRELATIE, EMOTIEREGULATIE EN ALEXITHYMIE

.....

In het volgende artikel leggen Beijers en van Strien de relatie tussen de vroege ouder-kindrelatie (hechting, kwaliteit van zorg) en emotie-eten. Onderzoek naar voorspellers van emotie-eten is uitermate relevant, omdat circa 14% van de Nederlandse kinderen vanwege overgewicht een verhoogd risico op obesitas heeft. Circa 70.000 kinderen (2-4%) in Nederland lijden aan obesitas (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2020), met alle gezondheidsrisico's en psychosociale gevolgen op de langere termijn. De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 2018) spreekt van een 'obesitaspandemie'. Bovendien is er sinds de coronapandemie een schrikbarende stijging geweest in crisisaanmeldingen van jongeren met eetstoornissen (de Nederlandse ggz, 2020). Emotie-eten (eetbuien, overeten) is kenmerkend voor boulimia en de eetbuiestoornis. Onderzoek naar oorzaken en ontwikkeling van emotie-eten is belangrijk om er preventie en vroege interventies op in te zetten.

Innovatief en lovenswaardig aan deze studie van de auteurs is hun longitudinale design (N = 129), met herhaalde metingen op 15 maanden, 28 maanden, 12 jaar en 16 jaar, waarbij ze de mediërende rol van emotieregulatie en alexithymie onderzochten. Volgens de auteurs draagt het longitudinale design bij aan het ontrafelen van oorzaak-gevolgassociaties van emotie-eten. De term 'oorzaak' lijkt ons hierbij te sterk. Andere (niet-gemeten) factoren kunnen namelijk eveneens een rol spelen bij de ontwikkeling van emotie-eten. Gedacht kan worden aan ouderlijke psychopathologie, eetgewoonten en -gebruiken, gewicht en/of negatief zelfbeeld (Braden et al., 2014; Shriver et al., 2020). Bovendien gaan de auteurs voorbij aan de biologische componenten die een rol kunnen spelen bij zowel hechting als emotie-eten en overgewicht. Zo melden Braet en collega's (2020) dat genetische kwetsbaarheden en familiale overdracht een rol spelen bij overvoeding en obesitas. Berner en collega's (2019) rapporteerden dat bij zowel anorexia als boulimia het neuro-endocrinologisch systeem een integrale rol speelt in het voedsel-beloningssysteem in de vorm van reacties in het brein. Kortom, in het ont-

staansmechanisme van emotie-eten spelen onze inziens interacties tussen ouder en kind, leerervaringen, en biologische, genetische en culturele (bijvoorbeeld eetculturen) factoren een rol, die om nader onderzoek vragen.

De auteurs vonden dat een lagere kwaliteit van zorg én een lagere hechtingskwaliteit (gemeten met de verkorte Strange Situation en de Attachment Q-set) emotie-eten op zowel 12- als 16-jarige leeftijd konden voorspellen, en wel via twee mediators: emotieonderdrukking en alexithymie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat beide mediators en de uitkomst (emotie-eten) op dezelfde tijdstippen gemeten werden, zoals de auteurs zelf melden. Een sterk punt is dat de uitval gering is, gelet op de zeer lange follow-uptermijn. Bij 15 maanden werden kinderen via lokale gezondheidscentra geworven (Beijers et al., 2021). De ouderlijke socio-economische status was toen representatief voor de Nederlandse bevolking, maar 95% van de kinderen kwam uit een tweeoudergezin. De vraag is voor hoeveel kinderen dat op 12-jarige leeftijd nog gold. Zijn er in de vroege jeugd hechtingsbreuken opgetreden (door bijvoorbeeld echtscheiding)? En wat is de invloed daarvan op hun emotieonderdrukking of emotie-eten? De culturele achtergrond van ouders, die eetgewoonten kan beïnvloeden, is onbekend. Ten slotte is er nog de vraag hoeveel kinderen bij 12 en 16 jaar psychiatrische comorbiditeit hadden die gerelateerd was aan emotieregulatie.

Aangezien er op vaste leeftijdsmomenten gemeten werd, konden invloeden van tussenliggende leeftijden op de mediatiemodellen niet onderzocht worden. Voor de toekomst lijkt het ons relevant om deze leeftijdseffecten op emotie-eten te bestuderen. Immers, op jonge leeftijd bepalen doorgaans de ouders over welke voeding kinderen kunnen beschikken en dit verandert uiteraard met de leeftijd, met meer mogelijkheden tot emotie-eten. Daarnaast geldt dat er veranderingen plaatsvinden in hoe jeugdigen hun emoties reguleren naarmate ze ouder worden, en wel meer specifiek tussen 12 en 15 jaar (Cracco et al., 2017).

Wat betreft preventie en interventie voor ongezond eetgedrag zijn de auteurs bescheiden met het bieden van handvatten. Wel wijzen zij op dialectische gedragstherapie (DGT). DGT voor Jongeren (DGT-J) is geschikt voor de (poli)klinische setting, voor jongeren met een borderline-persoonlijkheidsstoornis of andere emotieregulatiestoornissen (de Bruin et al., 2013). Voor preventie van emotieregulatieproblematiek in het algemeen wijzen wij graag op Boost Camp, een transdiagnostisch groepsprogramma voor emotieregulatietraining, dat op school vanaf de brugklas ingezet kan worden en significante positieve resultaten liet zien (Volkaert et al., 2019). Dit programma is uitgewerkt tot EuREKA (Verbeken et al., 2020), dat al vanaf 10 jaar in de klinische setting ingezet kan worden. Ten slotte willen wij wijzen op vroegtijdige interventies via (online) psycho-educatiemodules voor ouders van (jonge) kinderen, gericht op emotieregulatie en gezond eetgedrag. Het Brain Fitness-programma, ontwikkeld door Braet en collega's (2020), is een online trainingsprogramma voor zelfcontrolevaardigheden

tegen overgewicht, dat ingezet kan worden boven op de multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht (8-18 jaar). Hopelijk kunnen deze interventies ertoe bijdragen om emotie-eten en de obesitaspandemie te verminderen.

Leerzaam en klinisch relevant is dat het artikel van Beijers en van Strien ons inzicht verschaft in de invloed van vroege ouder-kindfactoren op emotie-eten later in de ontwikkeling. Hoe een kind leert zichzelf emotioneel te reguleren, vindt zijn oorsprong in de vroege kinderjaren. De relatie tussen de vroege hechtingsrelatie en emotieregulatie tijdens de puberteit is hier een goed voorbeeld van. Het is voor klinici relevant om emotie-eten als regulatiestrategie in het oog te houden. Vaak wordt wel anamnestic gevraagd naar hoe het eten verloopt, maar emotie-eten vraagt om concreter doorvragen naar de rol van eten, en ook naar hoe ouders – al dan niet bewust – voedsel en eten inzetten in hun opvoeding. Tot slot is het voor de cognitief gedragstherapeut(isch werker) een mogelijk thema om met ouders en jeugdigen te kijken naar leertheoretische mechanismen die werken bij eten. Gedacht kan worden aan wat de betekenis is van eten voor ieder gezinslid, hoe een kind deze betekenis meekrijgt van de ouders, en hoe ouders en kind elkaar positief of negatief bekrachtigen in de eetmomenten.

DRAAGT ERVAREN STEUN BIJ AAN DE VERMINDERING IN ANGSTKLACHTEN VAN KINDEREN NA CGT?

.....

Waar de eerste twee artikelen zich richten op *hechting/gehechtheid*, leggen van Steensel en collega's de focus op de mate waarin actueel ervaren *ouderlijke steun* bijdraagt aan behandel succes van CGT voor kinderen en jongeren met angststoornissen (N = 116, 7-17 jaar). Innovatief hierbij is dat ze beide ouders includeren. Ze laten het kind rapporteren over de ervaren steun van vader en van moeder, en ze laten beide ouders rapporteren over de steun die ze van elkaar ervaren. Vernieuwend is ook dat ze in hun longitudinale, naturalistische studie behandelaren een aangepaste modulaire versie van CGT laten uitvoeren (zie tabel 1 in hun artikel). Het vereist veel moed, tijd en energie om vier herhaalde metingen te verrichten in een multicenter-onderzoek waar zo'n 20 instellingen bij betrokken zijn.

Het voordeel van een naturalistische studie is de grote externe validiteit ervan. Tegelijkertijd is het relevant te melden dat 80% van de kinderen in dit onderzoek leefden in intacte gezinnen, met hun biologische ouders, die voor een groot deel hbo/wo opgeleid waren. Het is derhalve de vraag hoe de resultaten er zouden hebben uitgezien bij een- of meeroudergezinnen met co-ouderschap.

De resultaten leren ons dat de mate van steun die kinderen ervoeren geen invloed had op de behandel effectiviteit. Moeders die meer steun van hun partner rapporteerden, meldden minder eigen angst- en/of depressiesymp-

tomen, en vaders die meer steun van hun partner rapporteerden, meldden minder angstklachten bij het kind bij start van de behandeling. Deze laatste resultaten zijn in lijn met het reviewartikel van Majdandžić en collega's (2012), dat aangeeft dat als ouders elkaar steunen, dit kan samenhangen met minder angst bij het kind. Rapee (2012) meldt echter in zijn review dat algemene ouderlijke en gezinsrelaties niet duidelijk samenhangen met de ontwikkeling van angststoornissen bij kinderen. Dat men soms concludeert dat dit wel het geval is, schrijft hij deels toe aan de slechte operationalisatie en zwakke psychometrische onderbouwing van de gehanteerde maten in de betreffende studies.

Dit brengt ons op het belangrijke methodologische knelpunt in het artikel van van Steensel en collega's, dat ook de auteurs zelf onderkennen. Het concept 'ervaren steun' is niet helder gedefinieerd en wordt geoperationaliseerd door één zeer algemene vraag: 'In hoeverre voelde je je deze week gesteund door je moeder/vader/partner?' Het blijft onduidelijk of het gaat om steun bij het uitvoeren van de CGT-thuiswerkoefeningen en exposure-opdrachten die bij de behandeling horen of bijvoorbeeld om ervaren emotionele steun? Kinderen kunnen zich begrepen en gesteund voelen wanneer ouders zich aanpassen aan hun angst (*family accommodation*). Onderzoek laat echter zien dat *family accommodation* een negatieve invloed kan hebben op de ontwikkeling, instandhouding en behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen en jongeren (Kagan et al., 2017). Kortom, dit onderzoek leert ons dat voor de toekomst het concept 'ervaren steun' vraagt om nadere specificering.

Tot nu toe richtte onderzoek op dit vlak zich doorgaans louter op ouderlijke betrokkenheid bij de therapie. De toevoeging van 'ervaren steun' is een nieuw element hierbij. Het is onzes inziens heel belangrijk verder systematisch te onderzoeken welke componenten van ouderlijke betrokkenheid essentieel zijn om effectiviteit van CGT te verbeteren. In hun meta-analyse lieten Manassis en collega's (2014) zien dat er in diverse studies een grote heterogeniteit bestaat in het soort ouderlijke betrokkenheid dat onderzocht werd. Manassis en collega's onderzochten ouderlijke betrokkenheid, gericht op ouderlijk contingentie management (CM) en *transfer of control* (TC). Zij toonden aan dat voor CGT-behandeling van angststoornissen bij kinderen actieve ouderlijke betrokkenheid, gericht op CM of TC, op langere termijn de geboekte therapiewinst beter kan doen beklijven. Een ander reviewartikel, van Gibby en collega's (2017), liet ook zien dat er op langere termijn meer angstvermindering optrad bij CGT met ouderlijke betrokkenheid dan zonder ouderlijke betrokkenheid. Door ouders actief te betrekken, kunnen vooral op lange termijn de geleerde technieken beter generaliseren naar de thuissituatie.

Zoals gezegd is een kracht van het onderzoek van van Steensel en collega's dat het in de alledaagse klinische praktijk is uitgevoerd. De les die wij uit hun artikel kunnen trekken, is dat in toekomstig onderzoek ouderlijke

betrokkenheid niet alleen geoperationaliseerd moet worden als ‘hoe vaak/hoe actief aanwezig tijdens de sessies’, maar ook in termen van *actieve betrokkenheid* bij de uitvoering van de therapieopdrachten thuis, buiten de behandelsessies, en van de mate van *ervaren steun*, met specificatie op welke domeinen die steun ervaren wordt. Voor de klinische praktijk slaat dit onderzoek een brug naar modulair werken. Wat de effectiviteit is van modulair behandelen van angststoornissen bij kinderen en jongeren dient verder onderzocht te worden.

Klinisch relevant is dat het artikel helpt stil te staan bij deze systemische factor van ervaren steun. Want hoeveel steun ervaren gezinsleden van elkaar? Wat zijn de onderlinge verwachtingen op dit gebied? Is het een aangrijpingspunt om te werken richting herstel, en zo ja, hoe? Voor de cognitief gedragstherapeut(isch werker) is het dan waardevol om (ouderlijke) steun te benaderen met een leertheoretische blik. Welke bekrachtigingsmechanismen zijn hier werkzaam? Een kind kan bijvoorbeeld weinig steun ervaren en daarom de ouders niet vragen om hulp bij het CGT-huiswerk. Zo hoeft het kind niet geconfronteerd te worden met weinig steun voelen, maar ontvangt het ook niet de benodigde hulp.

Tot slot is de wetenschappelijke discussie rondom ouderlijke betrokkenheid bij CGT-behandeling van kinderen met angststoornissen nog niet beslecht. Voor klinici blijft dan de vraag: Hoe kunnen we ouders betrekken bij de CGT van hun kind? Zetten we hen in als cotherapeut, zien we ouders als onderdeel van het systeem?

SAMEN STERK: EEN GROEPSPROGRAMMA VOOR OUDERS VAN JONGEREN MET EEN DEPRESSIE

.....

Tot slot wordt in het artikel van Elzinga en collega's ook een voorbeeld beschreven van een op het systeem gerichte interventie, namelijk een groepsinterventie voor ouders van depressieve jongeren. Hoewel de relatie tussen jongere en ouders verandert tijdens de adolescentie, blijft de gezinscontext belangrijk bij stemmingsproblemen (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2019). De adolescentie is een gevoelige periode voor mentale gezondheid, waarin relatief veel jongeren stemmingsproblemen hebben en een deel van hen een depressie ontwikkelt. Een internationale review laat zien dat sinds de coronapandemie de geestelijke gezondheid van jongeren verslechterd is, met een toename van depressie en angst (Kauhanen et al., 2022). Dit in combinatie met de lange wachtlijsten voor jeugdzorg in ons land maakt deze problematiek nog actueler en nijpender.

De depressie beïnvloedt ook het gezin van de jongere, inclusief het ouderschap van de ouders. Die voelen zich vaak machteloos, terwijl ze een grote drang hebben tot helpen. De interventie Samen Sterk is ontwikkeld voor ouders van jongeren (12-16 jaar) met een depressie. De interventie gaat in

op hoe ouders hun kind het beste kunnen ondersteunen bij de depressie. Dit kan door het kind te activeren, hetgeen de stemming kan beïnvloeden, maar ook door te investeren in hun gezinsklimaat, betrokkenheid en het versterken van de autonomie van de jongere. Bij al deze onderdelen van Samen Sterk speelt de verstoorde ouder-kindrelatie een rol. Door de depressie van hun kind is het voor veel ouders lastig om contact te maken en los te laten, ondanks suïcidaliteit, middelenmisbruik of automutilatie. Er blijkt een brede behoefte te zijn aan een dergelijke op ouders gerichte interventie. Zo beschrijven ook Reigstad en collega's (2022) de ontwikkeling van een interventie voor ouders van jeugdigen met depressie die zich richt op de ouder-kindrelatie. Hier dient eveneens nog grootschalig gecontroleerd onderzoek plaats te vinden naar effectiviteit en werkingsmechanismen.

Wat betreft de inhoud van de interventie Samen Sterk beschrijven de auteurs verschillende ouderfactoren die veranderbaar zijn en waarvan is aangetoond dat ze samenhangen met (het beloop van) de depressieve klachten van jongeren. Elzinga en collega's beschrijven: (1) ouderlijke warmte en betrokkenheid, (2) ouderlijke kritiek, (3) ondersteuning van de autonomie-ontwikkeling, en (4) psychisch welzijn van de ouders zelf. De eerste drie factoren zijn alle terug te leiden op de ouder-kindrelatie. Een interventie die zich hier eveneens op richt met een systemische bril is ABFT (Bosmans et al., 2020) voor jongeren met een depressie of suïcidaliteit (zie eerder). Er ontstaat de laatste jaren geleidelijk meer aandacht voor het behandelen van de jeugdige *via de ouders*. De methode Samen Sterk is hiervan een voorbeeld. Een andere op ouders gerichte methode is SPACE (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions), die zich bij ouders van jeugdigen met angst en dwang richt op vermindering van de gezinsaanpassing (Lebowitz et al., 2014). Tevens is relevant dat professor Susan Bögels het programma mindful ouderschap heeft ontwikkeld en onderzocht (Bögels & Potharst, 2020), met positieve uitkomsten op het welzijn van ouders en de sfeer binnen het gezin. Hier gaat het om het toepassen van mindfulnesstechnieken voor het versterken van ouders als opvoeders.

De interventie Samen Sterk heeft tevens gebruikgemaakt van de principes van de Triple-P-methode (Positive Parenting Program; Sanders et al., 2014; Speentjes et al., 2007). Er is ruimte voor psycho-educatie over depressie en positief ouderschap. Zo wordt getracht de onderlinge verhoudingen in het gezin, en de band tussen ouders en kind op het gebied van warmte, ondersteuning en autonomie, te verbeteren. Hier valt heel goed de parallel te trekken met de andere artikelen in dit themanummer. Het artikel van Elzinga en collega's richt zich op de rol van ouders bij de behandeling van de jongere. De band tussen ouder en kind is hier een onderdeel van en komt uiteraard voort uit de (hechtings)relatie die beiden hebben opgebouwd, iets wat in alle artikelen een centrale rol speelt.

Het vignet dat de auteurs presenteren ter illustratie van Samen Sterk geeft aanknopingspunten voor gedragstherapeuten. Hoewel niet als zoda-

nig gespecificeerd in het artikel, zijn er verschillende functieanalyses op te maken uit de casusbeschrijving. Mogelijk kunnen concrete functieanalyses houvast bieden bij het uitvoeren van de beschreven technieken uit Samen Sterk, zoals het herstellen van de band – en wel door ouders te leren weer echt naar hun kind te luisteren –, het bekrachtigen van gewenst gedrag of de gezinsbesprekingen die het gezin geïntroduceerd heeft tijdens de behandeling.

Hoewel er geen daadwerkelijk onderzoek is verricht naar de sociale validiteit, beoordeelden de deelnemende ouders Samen Sterk positief. Specifiek genoemd werden de ervaren steun, de veilige sfeer, het delen van ervaringen, ruimte voor humor, reflectie op eigen gedrag en de herhaalde aandacht voor het eigen welzijn. Vanuit groepstherapeutisch oogpunt zijn dit zeer relevante factoren (Haas, 2020).

Tot slot geven de auteurs verschillende, wat ons betreft terechte overwegingen mee aan de lezer. Ten eerste lijken de klinische ervaringen met Samen Sterk positief, maar dient er verder empirisch onderzoek gedaan te worden naar de effectiviteit en werkzame mechanismen ervan, en de rol van verschillende ouderfactoren. Ook dient nog duidelijk te worden welke voor- en nadelen de face-to-face- en de online variant van de interventie hebben. Ook de toepasbaarheid van Samen Sterk voor verschillende doelgroepen dient nader onderzocht te worden. De auteurs noemen in deze context zowel ouders van jongeren die parallel individuele therapie volgen als ouders van jongeren die nog slechts enkele depressieve klachten hebben. Tot slot is de vraag hoe omgegaan dient te worden met meer ingewikkelde gezinssituaties, zoals ouders met relatieproblemen, gescheiden ouders of pleeggezinnen.

Innovatief en relevant voor de klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek is dat er meer aandacht komt voor interventies die zich richten op ouders. Een eerste voordeel hiervan kan zijn dat motivatie bij de jeugdige voor behandeling niet nodig is. Bij jongeren met depressie kan beperkte motivatie natuurlijk samenhangen met de problematiek, iets wat het gevoel van machteloosheid bij ouders en behandelaren kan vergroten. Verder kunnen via op ouders gerichte interventies aanvullende mechanismen bewerkt worden (zoals de ouder-kindrelatie of het psychisch welzijn van de ouders). Meestal zijn dit zaken die geen of veel minder aandacht krijgen in kindgerichte individuele psychotherapie. Op deze manier zou het aantal jeugdigen dat profiteert van depressiebehandeling vergroot kunnen worden, aangezien dit voor tot wel 60% van hen niet het geval is (Cuijpers et al., 2021).

Een nuttige les uit het artikel van Elzinga en collega's is de focus op de relatie tussen ouder en kind, en minder op de klacht. Zo kan gewerkt worden aan herstel in het gezin en daarmee hopelijk indirect aan herstel voor de jongere. Leertheoretische principes kunnen goed toepasbaar zijn op transdiagnostische factoren (zie Boek 1 van *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*; Braet & Bögels, 2020). Het werken

via ouders biedt de mogelijkheid om de jongere niet of minder te belasten en om hem of haar te bereiken (bijvoorbeeld als de jongere te angstig of te depressief is om naar de behandeling te komen). Via de ouders kan dan gekeken worden naar de ouder-kindrelatie, maar ook naar de ouders zelf, hun welzijn en de samenhang hiervan met de klachten van de jongere. De ouder-kindrelatie kan geformuleerd worden in leertheoretische termen (voor voorbeelden, zie Bosmans, eerder in dit artikel). Vanzelfsprekend is het ook belangrijk om de adolescent zelf mee te nemen in de behandeling.

Ter afsluiting: sinds relatief kort geleden is er meer aandacht gekomen voor het ontwikkelen van op ouders gerichte interventies en deze op effectiviteit te toetsen (evidence-based te maken) middels wetenschappelijk onderzoek. De in deze nabeschuwing besproken benaderingen ABFT, mindful ouderschap en de interventie Samen Sterk zijn hier voorbeelden van.

Voor de klinische praktijk hopen we dat gedragstherapeuten meenemen dat de relatie tussen ouder en kind goed te vatten is binnen een betekenis- of functieanalyse, zodat deze relatie als richtpunt kan dienen bij interventies. Dit kan gezien worden als een transdiagnostische benadering, omdat de ouder-kindrelatie bij allerlei soorten psychopathologie onder druk komt te staan. Alle professionals in de hulpverlening voor jeugdigen hebben zich nu eenmaal te verhouden tot de (gezins)context waarin de jeugdige functioneert. Ouderschap speelt altijd een rol, of ouders nu betrokken en aanwezig zijn of juist uit beeld of fysiek of mentaal afwezig zijn, of ouders de jeugdige zoveel mogelijk beschermen of juist een bedreiging voor de jeugdige vormen. De bijdragen in dit themanummer helpen ons dit niet uit het oog te verliezen.

Lisbeth Utens (klinisch psycholoog/cognitief gedragstherapeut en hoogleraar) en

Luuk Stapersma (gz-psycholoog en postdoc onderzoeker) zijn verbonden aan Levvel, academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, Expertisecentrum DAT (Dwang, Angst, Tics, misofonie en selectief mutisme), Amsterdam, en Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam Public Health. Lisbeth Utens is daarnaast werkzaam bij de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Research Institute of Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. Lisbeth Utens, p/a Levvel, Meijbergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam. E-mail: l.utens@levvel.nl.

Literatuur

- | | |
|---|--|
| <p>Beijers, R., Miragall, M., van den Berg, Y., Konttinen, H., & van Strien, T. (2021). Parent-infant attachment insecurity and emotional eating in adolescence: mediation through emotion suppression and alexithymia. <i>Nutrients</i>, 13, 1662.</p> | <p>Berner, L. A., Brown, T. A., Lavender, J. M., Lopez, E., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2019). Neuroendocrinology of reward in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Beyond leptin and</p> |
|---|--|

- ghrelin. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 497, 110320.
- Bögels, S., & Potharst, E. (2020). Mindful ouderschap. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 1* (pp. 445-481). Boom.
- Bosmans, G., Santens, T., Vandevivere, E., & Ewing, S. (2020). Attachment-based family therapy: Een evidence-based systeemtherapeutisch behandelprogramma voor depressieve adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 3* (pp. 339-372). Boom.
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N., & Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*, 80, 35-40.
- Braet, C., & Bögels, S. (2020). *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 1*. Boom.
- Braet, C., Mels, S., & Moens, E. (2020). Kinderen met overgewicht: Multidisciplinaire behandeling. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 2* (pp. 201-234). Boom.
- Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: Evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 909-921.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., Stikkelbroek, Y., Weisz, J. R., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6>
- de Bruin, R., Koudstaal, A., & Muller, N. (2013). DGT-J: specifieke aanpassingen. In *Dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderlinestooris: Met het werkboek Surfen op emoties* (pp. 87-97). Bohn Stafleu van Loghum.
- de Nederlandse ggz. (2020, 23 december). *Forse stijging crisismeldingen jongeren met suïcidaliteit en eetstoornissen*. www.denederlandseggz.nl/nieuws/2020/forse-stijging-aantal-crisismeldingen-jongeren-met-suïcidaliteit-en-eetstoornissen-bij-jeugd-ggz
- 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, 201-225.
- Haas, W. (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg: Een praktische handleiding op basis van de groepsdynamica* (2de herziene editie). Boom.
- Kagan, E. R., Frank, H. E., & Kendall, P. C. (2017). Accommodation in youth with OCD and anxiety. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24, 78-98.
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. S. L., & Sourander, A. (2022). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2019). *Achtergronddocument*

- Transitietool depressieve-stemmingsstoornissen*. www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2019/12/Achtergronddocument-Checklist-transitie-in-zorg-voor-jongeren-met-een-depressie.pdf
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 456-469.
- Majdandžić, M., de Vente, W., Feinberg, M. E., Aktar, E., & Bögels, S. M. (2012). Bidirectional associations between coparenting relations and family member anxiety: A review and conceptual model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 28-42.
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., Wilansky, P., Baer, S., Barrett, P., Boddén, D., Cobham, V. E., Dadds, M. R., Flannery-Schroeder, E., Ginsburg, G., Heyne, D., Hudson, J. L., Kendall, P. C., Liber, J., ... 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.
- Möller, E. L., Nikolić, M., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 45, 17-33.
- Nederlandse Vereniging voor Kindergerneeskunde. (2020). *Behandeling van kinderen met obesitas*. www.nvk.nl/themas/kwaliteit/richtlijnen/richtlijn?componentid=87556096&tagtitles=
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 69-80.
- Reigstad, K. M., Gunlicks-Stoessel, M. L., Westervelt, A., & Gearity, A. R. (2022). Healthy emotions and relationships with teens – a guide for parents: An intervention development study of a parent-based intervention for adolescents with depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27, 586-597.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34, 337-357.
- Shriver, L. H., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., Shanahan, L., & Wideman, L. (2020). Emotional eating in adolescence: effects of emotion regulation, weight status and negative body image. *Nutrients*, 13, 79.
- Speentjes, P., de Graaf, I., & Blokland, G. (2007). Het fundament van Triple P. *JeugdenCo*, 2. www.triplep-nederland.nl/files/3013/3457/8110/Fundament_TripleP.pdf
- Verbeken, S., Boelens, E., Debeuf, T., Volkaert, B., Wante, L., & Braet, C. (2020). EmotieREgulatie Kind en Adolescent: Een nieuwe training in emotieregulatie voor kinderen en adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Boek 1* (pp. 283-347). Boom.
- Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën. (2020). *VGCT Beleidsplan 2021-2023*. www.vgct.nl/wp-content/uploads/2022/02/Beleidsplan-2021-2023.pdf
- Volkaert, B., Wante, L., Weymeis, H., & Braet, C. (2019). Emotieregulatie trainen binnen een schoolse context. In C. Braet & M. Berking (red.), *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten* (pp. 101-115). Bohn Staf-leu van Loghum.
- World Health Organization. (2018). *Taking action on childhood obesity*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274792>

Reviewers 2022

De redactie bedankt de onderstaande reviewers hartelijk voor het beoordelen van manuscripten in 2022.

Dr. Nathan Bachrach
Dr. Tim Bastiaens
Prof. dr. Guy Bosmans
Dr. Elise Debeer
Dr. Hermien Elgersma
Dr. Arnold van Emmerik
Prof. dr. Kristof Hoorelbeke
Prof. dr. Rafaele Huntjens
Dr. Julie Karsten
Dr. Julie Krans
Dr. Jaap Lancee
Dr. Miriam Lommen
Prof. dr. Saskia van der Oord
Dr. Margreet Oorschot
Dr. Kaya Peerdeman
Prof. dr. Marleen Rijkeboer
Dr. Sara Scheveneels
Prof. dr. Christiaan Schotte
Prof. dr. Anne Speckens
Dr. Sandra Verbeken

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

Gedragstherapie is een peer reviewed tijdschrift. Plaatsing van een recensie is daarom niet gegarandeerd. Informatie over eisen die de redactie stelt aan boekbesprekingen vindt u in de auteursrichtlijnen (www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/auteursrichtlijnen).

Buwalda, F. (2022). *Bite me: Met intuïtief eten én zelfacceptatie naar een gezond leven*. Boom.

de Neef, M. (2022). *Negatief zelfbeeld* (Herziening). Boom.

Harris, R. (2022). *TF-ACT in de praktijk: Trauma-focused acceptatie- en commitment therapie*. Hogrefe.

Vanden Bogaerde, A., Stas, P., Koster, E., & Hoorelbeke, K. (2022). *Cognitieve gedragstherapie: Verandering op maat*. Acco.

Vervliet, B. (2021). *Waarom we bang zijn: De oorsprongen toekomst van angst*. Pelckmans.

Visser, H., & Punt, M. (2022). *Behandeling van OCD: Inclusief de inference based approach: Een nieuwe behandelmethode voor dwangklachten*. Bohn Stafleu van Loghum.

NIEUW



In *ACT met hoofd en hart* gaan de auteurs terug naar de basis: ACT weer verbinden met haar gedragstherapeutische roots en met de belangrijkste basisconcepten uit de Relational Frame Theory.

De hoofdstukken zijn opgebouwd rond zeven componenten van ACT. Elk hoofdstuk bevat oefeningen en interventies waarmee de therapeut *hoofd* (wetenschap) en *hart* (praktijk) van ACT kan verbinden.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



NIEUW

365



Herziening

Een waardevolle leidraad voor de (psycho)therapeut

Nieuw in deze editie:

- Het accent is verbreed van Becks cognitieve therapie naar (geïntegreerde) cognitieve gedragstherapie.
- De toepassing van Competitive Memory Training (COMET), flashforward-verzwakking en zelfcontroleprocedures is toegevoegd.
- Imaginaire rescripting en historisch rollenspel zijn in meer detail beschreven.

Boom psychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



**Belangrijkste wijzigingen in deze revisie:**

- De teksten van meer dan zeventig stoornissen zijn aangescherpt en geactualiseerd.
- De persisterende-rouwstoornis is toegevoegd.
- Er komen onder andere nieuwe codes voor het rapporteren van suïcidaal gedrag en niet-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag.
- De ICD-9-CM-codes zijn vervangen door ICD-10-codes.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



NIEUW

367



Een praktisch zelfhulpboek bij een negatief zelfbeeld

Het zeer populaire zelfhulpboek *Negatief Zelfbeeld* van Manja de Neef uit 2010 is nu volledig geactualiseerd in deze herziene editie.

Met dit boek heb je een uiterst praktische gids in handen, die je kan helpen om een positief zelfbeeld te vormen. Negatief zelfbeeld kan binnen een behandeling gebruikt worden, maar de methodiek is ook zeer geschikt om zelfstandig te doorlopen.

Boom psychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



aan te geven.

Aanwijzingen voor auteurs

Dit is een samenvatting. Uitgebreide instructies vindt u op www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Aanbieden van kopij

- ▶ Dien uw manuscript in via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/artikel_indienen. Voor het eventueel reproducteren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- ▶ Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Weltevreden 61, 3811 NR Amersfoort.

Vorm van het manuscript

- ▶ Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(a)m(en) van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- ▶ *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- ▶ Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- ▶ Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- ▶ Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Forum en Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal.

Deze omvatten maximaal 150 woorden en vermelden het doel van of de aanleiding tot de studie, de gevolgde werkwijze en de belangrijkste bevindingen en conclusies.

- ▶ Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- ▶ Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen.

Literatuur

Bij het vermelden van literatuurverwijzingen in de tekst en in de literatuurlijst gelden de richtlijnen van de zevende editie van de *Publication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2020).

Figuren en tabellen

Figuren en tabellen moeten logisch aansluiten bij de tekst. Door middel van een aanwijzing in de tekst moet worden aangegeven waar de figuur of tabel bij voorkeur moet worden ingevoegd. Illustraties en grafieken worden aangeduid als figuren.

GEDRAGSTHERAPIE

Vijfenvijftigste jaargang, nummer 4, december 2022

Pagina 261-368

261 *Redactioneel*

262 **Joke Smit & Juliëtte Liber**

Inleiding

266 **Guy Bosmans, Marian Bakermans-Kranenburg, Leen Van Vlierberghe, Martine Verhees, Bram Vervliet, Dirk Hermans & Marinus van IJzendoorn**

Gehechtheidsontwikkeling in leertheoretisch perspectief: Handvatten voor (gedrags)therapeutisch werken met gezinnen

291 **Roseriet Beijers & Tatjana van Strien**

Naar de oorsprong van emotie-eten: De rol van de vroege ouder-kindrelatie, emotieregulatie en alexithymie

309 **Bonny van Steensel, Liesbeth de Paauw-Telman, Marija Maric & Susan Bögels**

Draagt ervaren steun bij aan de vermindering in angstklachten van kinderen na CGT? Een exploratieve studie

328 **Bernet Elzinga, Carine Kielstra, Romke van den Nouweland-van Baars & Marjanke Ruys-Zonnenberg**

Samen Sterk: Een groepsprogramma voor ouders van jongeren met een depressie

349 **Lisbeth Utens & Luuk Stapersma**

Nabeschouwing

362 *Reviewers 2022*

363 *Ontvangen*