

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Werken met gehechtheid in behandeling van kinderen en adolescenten

TARA SANTENS, SIMON DE WINTER, JOKE HEYLEN, RUDI DE RAEDT &
GUY BOSMANS

Samenvatting

Meta-analyses leveren consistent evidentie voor het succes van cognitief-gedragstherapeutische interventies in het verminderen van symptomen van psychopathologie bij kinderen en jongeren. Echter, deze meta-analyses suggereren ook dat de grootte van de behandel-effecten vaak beperkt blijft. Op basis van deze vaststelling zijn we op zoek gegaan hoe de kwaliteit van de zorgfiguur-kind gehechtheidsrelatie, een tot op heden onderbelichte factor in deze behandelprotocollen, een plaats zou kunnen krijgen om de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische interventies voor kinderen en jongeren te vergroten. De huidige bijdrage heeft tot doel wetenschappelijk onderbouwde interventietechnieken toe te lichten die gericht zijn op het verbeteren van gehechtheidsrelaties door (1) op een meer strategisch niveau het installeren of herstellen van vertrouwen in de beschikbaarheid en zorg van de gehechtheidsfiguur en (2) op een meer automatisch niveau het beïnvloeden van gehechtheidsgerelateerde informatieverwerkingsprocessen. We bespreken hoe Circle of Security (COS), Video feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD), Attachment-Based Family Therapy (ABFT) en Cognitive Bias Modification voor Gehechtheid (CBM) kunnen resulteren in gunstige behandel-effecten, om tot slot te reflecteren over compatibiliteit van deze strategieën met cognitief-gedragstherapeutische interventies.

Trefwoorden: kinderen, adolescenten, behandeling, cognitieve gedragstherapie, gehechtheid

INLEIDING

72

.....

Gebaseerd op en gesteund door rigoureuus cognitief-gedragstherapeutisch onderzoek werden tot op heden talrijke protocollaire interventies en systematische behandelmethodieken ontwikkeld voor kinderen en jongeren. Meta-analyses leveren evidentie voor het succes van deze cognitief-gedrags-therapeutische interventies in het verminderen van een breed spectrum aan symptomen van psychopathologie bij kinderen en jongeren. Cognitieve gedragstherapie werd geëvalueerd als significant effectief voor de behandeling van onder andere angst, depressie en OCD (voor een uitgebreid overzicht, zie: Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Echter, deze meta-analyses suggereren ook dat de grootte van de behandel-effecten vaak beperkt blijft (Cuijpers, van Straten, Smits, & Smit, 2006; Klein, Jacobs, & Reinecke, 2007; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012; Weisz et al., 2013; Weisz, McCarty, & Valeri, 2006). Op basis van deze vaststelling zijn we op zoek gegaan naar welke factoren mogelijk onderbelicht bleven in de cognitief-gedragstherapeutische praktijk, en hoe deze factoren daar potentieel een plaats in kunnen krijgen om de effectiviteit van de talrijke protocollaire interventies en systematische behandelmethodieken voor kinderen en jongeren te vergroten.

De huidige bijdrage sluit aan bij de argumenten die besproken worden in de andere artikelen in dit nummer over de mogelijkheid om binnen de cognitieve gedragstherapie meer ruimte te geven aan het behandelen van relationele problemen die soms onderliggend kunnen zijn aan de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen. In wat volgt zullen we een overzicht geven van strategieën die een therapeut kan gebruiken bij het installeren of herstellen van vertrouwen in de beschikbaarheid van steun en zorg van de gehechtheidsfiguur. We hebben dit overzicht georganiseerd aan de hand van de bevinding (zie onder meer in dit nummer: De Winter et al., en Heylen et al.) dat zowel meer als minder automatische gehechtheidsgerelateerde processen een impact hebben op de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen.

Enerzijds gaat het op een meer strategisch niveau over de expliciete overweging en beslissing van kinderen en jongeren of ze al dan niet kunnen vertrouwen op de beschikbaarheid en steun van hun primaire zorgfiguur. Zo zullen kinderen en jongeren met meer vertrouwen in de beschikbaarheid van de zorgfiguur sneller expliciet nabijheid en steun van deze zorgfiguur opzoeken wanneer ze deze nodig hebben. Het opzoeken van de zorgfiguur als bron van steun en hulp bij stress speelt op zijn beurt een belangrijke rol in het adequaat reguleren van emoties en stress en de adaptieve ontwikkeling van kinderen en jongeren (Dujardin et al., 2016). Daarentegen zullen kinderen en jongeren met een gebrek aan vertrouwen geneigd zijn alternatieve, minder adaptieve emotieregulatiestrategieën te gebruiken, die een risico vormen

voor het ontwikkelen van psychopathologie (Brenning & Braet, 2013; Brenning, Soenens, Braet, & Bosmans, 2012; Van de Walle, Bijttebier, Braet, & Bosmans, 2015; Heylen et al., dit nummer).

Anderzijds tonen de bovengenoemde bijdragen ook aan dat processen die meer automatisch gebeuren (vertekeningen in de informatieverwerking, zoals aandachts-, interpretatie- en geheugenvertekeningen) een rol spelen in hoe kinderen en jongeren gehechtheidsrelevante interacties beleven (Bosmans, Braet, Koster, & De Raedt, 2009; De Winter, Bosmans, & Salemink, 2016; De Winter, Vandevivere, Waters, Braet, & Bosmans, 2016; De Winter et al., dit nummer; Dujardin, Bosmans, Braet, & Goossens, 2014;). Deze processen beïnvloeden de verwerking van gehechtheidsrelevante informatie. Bovendien is aangetoond dat dergelijke vertekeningen een causale invloed uitoefenen op het vertrouwen van kinderen in hun zorgfiguren. Indien kinderen getraind worden om een positieve gerichtheid te ontwikkelen over hun zorgfiguur, stijgt hun vertrouwen in de beschikbaarheid en responsiviteit van de zorgfiguur (De Winter et al., 2016). Aangezien men er in toenemende mate van uitgaat dat negatieve vertekeningen een belemmerende impact kunnen hebben op de effectiviteit van traditionele therapeutische interventies (Baert, Koster, & De Raedt, 2011; Salemink, Bosmans, De Haan, & Wiers, 2013), suggereren deze bevindingen dat behandeling zich misschien ook moet richten op deze meer automatische processen.

De huidige bijdrage heeft tot doel verschillende wetenschappelijk onderbouwde interventietechnieken toe te lichten die gericht zijn op het verbeteren van gehechtheidsrelaties. Concreet spelen deze technieken in op specifieke meer strategische mechanismen enerzijds en meer automatische mechanismen anderzijds die een rol spelen in de gehechtheidsontwikkeling van kinderen en jongeren. Tot op heden is het meeste interventieonderzoek gebeurd op niveau van de meer strategische processen. In wat volgt wordt in eerste instantie concreet toegelicht hoe deze meer strategische processen de focus van interventie kunnen zijn in de behandeling van peuters en kleuters enerzijds, en adolescenten anderzijds. In tweede instantie staan we stil bij de therapeutische mogelijkheden van behandelingen die zich richten op meer automatische processen en het idee om deze techniek te combineren met bestaande behandelingsprotocollen.

INTERVENTIES GERICHT OP HET BEÏNVLOEDEN VAN MEER STRATEGISCHE PROCESSEN

.....

Op het niveau van interventies gericht op het beïnvloeden van meer strategische processen kunnen twee behandelstrategieën onderscheiden worden, afhankelijk van de leeftijd en cognitieve maturiteit van de kinderen en jongeren. Omwille van de nauwe verwantschap tussen enerzijds adaptieve gehechtheidsontwikkeling, en anderzijds sensitieve en responsieve opvoe-

dingservaringen (zoals elders in dit nummer door Bosmans et al. besproken), richten gehechtheidsbehandelingen voor jongere kinderen zich hoofdzakelijk op opvoeding en op het ondersteunen van primaire zorgfiguren, teneinde via sensitief en responsief opvoedingsgedrag tot emotionele afstemming te komen op de noden van hun kind. In dit kader bestaan er verschillende programma's, waarvan we er twee nader zullen toelichten: Circle of Security (COS; Marvin, Cooper, Hoffman, & Powell, 2002; Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2014) en Video feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007; van Zeijl et al., 2006). We kozen voor deze voorbeelden, omdat COS wereldwijd het meest bekende programma is (recent nog binnen Nederland aangepast voor pleeg- en adoptiekinderen; de Zeeuw, Brok, & van Andel, 2015) en omdat VIPP-SD ontwikkeld en beschikbaar is in Nederland, en gesteund wordt door wetenschappelijke evidentie uit rigoureuze effectiviteitsstudies.

Voor oudere kinderen bepalen gehechtheidsschema's en gerelateerde informatieverwerkingsprocessen of zij opvoedingsgedrag van primaire zorgfiguren kunnen ervaren als sensitief en responsief (Braet et al., dit nummer; De Winter et al., dit nummer). Bijgevolg is het voor deze leeftijdsgroep in toenemende mate belangrijk om niet alleen te werken met zorgfiguren rond opvoedingsgedrag, maar ook rond concrete gehechtheidsverwachtingen en belevingen tijdens gehechtheidsrelevante interacties. Onderzoek lijkt te suggereren dat het nodig is om bij oudere kinderen vooral te werken met de zorgfiguren en kinderen samen. Terwijl interventies bij jongere kinderen hoofdzakelijk gericht zijn op het ondersteunen van zorgfiguren (om de noodzakelijke context te creëren waarin het opbouwen van vertrouwen maximaal gestimuleerd wordt), ligt bij oudere kinderen en adolescenten de behandel­focus eerder op herstel van breuken in vertrouwen ten gevolge van eerdere gehechtheidsrelevante interacties en op het (opnieuw) tot stand brengen van een context waarin adolescenten alsnog een beroep kunnen doen op door zorgfiguren geboden steun en hulp. We illustreren deze specifieke behandel­focus voor oudere kinderen aan de hand van Attachment-Based Family Therapy (ABFT; Diamond, Diamond, & Levy, 2014).

Circle of Security

De Circle of Security interventie (COS; Marvin et al., 2002) is een geprotocolleerd behandelprogramma voor baby's, peuters en kleuters dat werd ontwikkeld om risico's die met onveilige gehechtheid gepaard gaan te verminderen. De interventie onderscheidt zich van andere trainingsprotocollen voor primaire zorgfiguren van jonge kinderen, omdat ze vertrekt vanuit een geïndividualiseerde analyse van elke zorgfiguur-kinddyade, expliciet gebaseerd op het gehechtheidsgedrag van het kind (Berlin, Zeanah, & Lieberman, 2008; Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell, 2006).

Een van de basisassumpties van COS is dat wanneer een zorgfiguur de essentie van de gehechtheidstheorie begrijpt, dit de interacties met zijn of haar kind zal bevorderen. Marvin et al. (2002) hebben daartoe een figuur ontwikkeld die op een zeer bevattelijke wijze aan zorgfiguren laat zien hoe de basisprincipes en kernconcepten van de gehechtheidstheorie begrepen moeten worden (zie de figuur in: Marvin et al., 2002; Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2014; de figuur is in het Nederlands vertaald en bewerkt door: de Zeeuw, Brok, & van Anandel, 2015). Centraal staat het basale verlangen van elk kind naar een veilige basis, vanwaaruit het kind zijn omgeving kan exploreren, en naar een veilige haven om naar terug te keren wanneer het stress ervaart (Bowlby, 1988). Voortbouwend op deze figuur wordt verduidelijkt hoe meer veilig gehechte kinderen signalen uitzenden om hun nood aan exploratie enerzijds, en aan nabijheid en steun anderzijds, kenbaar te maken, terwijl meer onveilige gehechte kinderen vaak misleidende of verwarrende signalen geven met betrekking tot deze noden. Aan de hand van deze kernachtige voorstelling van de gehechtheidstheorie en door zorgfiguren ervan bewust te maken dat een kind pas echt floreert wanneer zijn nood aan nabijheid en exploratie wordt vervuld, wordt er in COS getracht de sensitiviteit en responsiviteit voor dergelijke signalen bij de gehechtheidsfiguur te versterken (Hoffman et al., 2006).

Ten behoeve van het opstellen van een geïndividualiseerd behandelingsplan wordt de interventie steeds voorafgegaan door een diagnostische fase, die er expliciet op gericht is om de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie van het kind met de zorgfiguur helder in beeld te krijgen, en om de interne werkmodellen van de zorgfiguur met betrekking tot zichzelf en het kind in kaart te brengen. Dit gebeurt enerzijds aan de hand van een observatieprocedure gebaseerd op de Strange Situation Procedure (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Cassidy & Marvin, 1992; Braet & Bosmans, dit nummer) en anderzijds met behulp van het Circle of Security Interview (Powell et al., 2014).

Het COS-behandelingsprotocol (Marvin et al., 2002; Powell et al., 2014) bestaat uit een 20 weken durende groepstraining, waarin 5 à 6 zorgfiguren aan de hand van videobeelden van de eigen zorgfiguur-kind-interacties in gesprek gaan onder leiding van een psychotherapeut. Gedurende de eerste twee sessies van het programma worden de groepsleden geïntroduceerd in de gehechtheidstheorie aan de hand van de COS-afbeelding. De focus ligt hierbij op patronen van veilige gehechtheid, welke worden ondersteund door geselecteerde videobeelden van de concrete interacties tussen de deelnemers en hun kinderen. In de volgende 18 sessies staat steeds één zorgfiguur-kinddyade centraal (iedere zorgfiguur-kinddyade is de focus van drie sessies). Aan de hand van het bespreken van videofragmenten uit de observatieprocedure wordt hierbij in een eerste fase gefocust op succeservaringen van zorgfiguren met betrekking tot specifieke opvoedingsvaardigheden die ze onderbenutten (bijvoorbeeld een zorgfiguur die zelf eerder vermijdend gehecht lijkt, maar er toch in slaagt om op een bepaald moment duidelijk een

emotionele connectie te maken met zijn of haar kind). In een volgende fase worden zorgfiguren geholpen om de eigen relationele kernproblematiek te leren herkennen. Dit is wat door de therapeut als het meest problematische patroon in de gehechtheidsinteractie en het intern werkmodel van de zorgfiguur wordt aangestipt, en waarvan, wanneer het succesvol veranderd kan worden, verwacht wordt de meest positieve impact te zullen hebben op de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie (Powell et al., 2014). Zorgfiguren worden bovendien ondersteund om inzicht te ontwikkelen in de bedreigende gevoelens die ze ervaren omtrent deze worsteling, die hen verhinderen om sensitief en responsief te reageren op hun kind. Het doel in deze fase is om zorgfiguren duidelijk te maken dat ze wel degelijk over de capaciteit beschikken om aan de noden van hun kind te beantwoorden, maar dat ze er door deze bedreigende gevoelens vaak niet in slagen om deze capaciteit voldoende in te zetten. In de zestiende week wordt opnieuw een gemodificeerde Strange Situation Procedure afgenomen, die als basis dient om in een laatste fase de vorderingen te bekrachtigen van de zorgfiguur enerzijds in het bieden van responsieve en sensitieve zorg, en anderzijds in het herkennen van de bedreigende gevoelens. Het COS-behandelprogramma wordt afgerond met een gestructureerde diploma-uitreiking, en viering van de positieve evolutie in de sensitiviteit en responsiviteit van de zorgfiguur op de signalen van het kind (Powell et al., 2014).

Hoewel COS oorspronkelijk werd ontwikkeld als een groepsprogramma, wordt het behandelprotocol tegenwoordig aangeboden in tal van modaliteiten, bijvoorbeeld binnen individuele therapie en thuisbegeleidingstrajecten. Bovendien wordt COS ondertussen toegepast in een ruime variëteit aan contexten, zoals bij pleeg- en adoptieouders, bij moeders in een forensische setting of met een psychiatrische problematiek, of bij opvoeders in crèches en andere kinderopvanginitiatieven (Powell et al., 2014). Verschillende studies lijken te suggereren dat COS er effectief in slaagt om de kans op onveilige gehechtheid bij jonge kinderen in dergelijke contexten zowel preventief te verminderen (Cooper, Hoffman, Marvin, & Powell, 2000; Cassidy, Woodhouse, Sherman, Stupica, & Lejuez, 2011) als curatief (Hoffman et al., 2006). Hoewel deze studies een eerste indicatie geven van de effectiviteit van COS, blijft meer rigoureuus onderzoek noodzakelijk om na te gaan of COS even of meer werkzaam is als andere vroegtijdige interventieprogramma's, en om duidelijker in beeld te krijgen wat de werkzame mechanismen van COS zijn. Meer uitgebreide en gedetailleerde informatie over het COS-behandelprotocol kan gevonden worden in het COS-handboek van Powell et al. (2014). Een Nederlandstalig hand- en werkboek voor de toepassing van COS bij pleeg- en adoptiegezinnen is uitgewerkt door de Zeeuw et al. (2015).

Video feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline

De Video feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2007; van Zeijl et al., 2006) is een geprotocolleerd behandelprogramma dat gericht is op het verhogen van de sensitiviteit en de sensitieve discipline van primaire zorgfiguren, met als doel de afname van externaliserende problemen bij kinderen tussen één en zes jaar. Men baseert zich hiervoor sterk op de gehechtheidstheorie enerzijds en de theorie omtrent de coërcieve interactiecyclus anderzijds (Patterson, 1982, 2002). Zorgfiguren worden getraind om hun kind beter te leren begrijpen. Om hiertoe te komen versterkt men de capaciteit van zorgfiguren om signalen van hun kinderen op te vangen en te interpreteren. VIPP-SD gaat uit van het belang van sensitief en responsief opvoedingsgedrag van primaire zorgfiguren tijdens de vroege kindertijd voor de verdere ontwikkeling van het kind. Men poogt zorgfiguren de noodzakelijke vaardigheden aan te leren om escalatie van vroege signalen van externaliserende problematieken te voorkomen.

Met dit doel maakt VIPP-SD gebruik van video-opnames van het kind alleen, en van het kind en de zorgfiguur samen. De interventie bestaat uit zeven sessies van anderhalf uur, die bij het gezin thuis plaatsvinden. Tijdens deze sessies worden zorgfiguur en kind steeds eerst gevraagd om enkele kleine opdrachten uit te voeren, die worden gefilmd. Deze opdrachten houden alledaagse activiteiten in als samen spelen, samen opruimen en samen eten. Daarna kijkt de therapeut samen met de zorgfiguur naar de videofragmenten van de vorige sessie. De therapeut heeft op voorhand de video's geanalyseerd en een gedetailleerd script uitgeschreven. Dit script specificert op welke momenten de therapeut de video stopzet en welke feedback hij geeft over het kind en de zorgfiguur. De fragmenten worden gekozen op basis van hun relevantie voor belangrijke thema's. Welke thema's aan bod komen is afhankelijk van de sessie.

Tijdens de eerste sessie staat het introduceren en toelichten van de interventie centraal. Tijdens de tweede sessie wordt gefocust op sensitiviteit en sensitieve discipline van zorgfiguren als centraal thema. Meer bepaald leert men zorgfiguren het verschil tussen enerzijds exploratie en anderzijds contact zoeken. Men legt de zorgfiguur het belang van beide processen uit en leert hen signalen herkennen. Daarnaast wordt het belang van sensitieve discipline strategieën besproken, zoals uitleg voorzien of voor afleiding zorgen. Ook tijdens de derde sessie komen deze thema's nog aan bod en bespreekt men bovendien het belang van positieve bekrachtiging, meer bepaald het geven van complimenten bij gewenst gedrag en het negeren van ongewenst gedrag. Belangrijk is dat tijdens deze eerste drie sessies de therapeut zich enkel focust op het kind. Het gedrag van de zorgfiguur wordt nog niet rechtstreeks

besproken en de focus ligt volledig op wat positief verloopt, om zodoende een positieve werkrelatie met de zorgfiguur op te bouwen. Dit verandert tijdens sessie vier. Vanaf deze sessie worden onder andere *sensitiviteitsketens* tussen zorgfiguur en kind besproken. Sensitiviteitsketens bestaan uit drie onderdelen: (1) een signaal van het kind, (2) een sensitieve respons van de moeder en (3) een positieve reactie van het kind op de respons van de moeder. Daarnaast worden vanaf deze sessie ook corrigerende boodschappen aangeboden aan de zorgfiguur. Er wordt voor het eerst stilgestaan bij één of twee momenten waar het fout loopt, en er wordt besproken wat de zorgfiguur anders had kunnen doen. Tijdens sessie vijf staat emotionele openheid tussen zorgfiguur en kind centraal. Zorgfiguren leren positieve en negatieve gevoelens met hun kind op een empathische manier delen. Daarnaast leert men de zorgfiguur aan hoe en wanneer men een sensitieve time-out kan gebruiken. Sessie zes en zeven worden gebruikt om alle aangeleerde vaardigheden nogmaals in de verf te zetten en te consolideren.

Studies naar de effectiviteit van de VIPP-aanpak tonen positieve resultaten. Velderman et al. (2006) vonden dat moeders uit een risicopopulatie met een lage SES en zelf onveilig gehecht na de interventie een stijging vertoonden in hun sensitiviteit. Bovendien vond men in follow-up-onderzoek een jaar later dat kinderen van deze moeders minder gedragsproblemen vertoonden. Van Zeijl et al. (2006) selecteerden gezinnen met kinderen die externaliserende problemen vertoonden. Zij vonden na afloop van de training een stijging van moederlijke sensitiviteit en sensitieve discipline, die resulteerden in een afname van de gedragsproblemen. Stein et al. (2006) onderzochten de effectiviteit van VIPP bij moeders met een eetproblematiek. Zij vonden dat moeders na de interventie beter in staat waren om positieve en sensitieve interacties aan te gaan tijdens eetmomenten. Onderzoek toont aan dat de VIPP-methode erin slaagt om ook ouderlijke sensitiviteit te laten toenemen bij moeders die extreem laag scoren op dit vlak (Kalinauskiene et al., 2009). Deze positieve effecten werden gerepliceerd in een groep moeders van adoptiekinderen (Mesman et al., 2008).

Attachment-Based Family Therapy voor depressieve en suïcidale adolescenten

Attachment-Based Family Therapy (ABFT) is een geprotocolleerd systeemtherapeutisch behandelprogramma, dat gericht is op het verminderen van depressieve symptomen en zelfmoordgedachten bij adolescenten (Diamond et al., 2014; voor een uitgewerkte Nederlandstalige casus, zie ook: Bosmans, Vandevivere, & Krauthamer Ewing, 2013). ABFT bouwt voort op interpersoonlijke theorieën die suggereren dat depressie bij adolescenten veroorzaakt, in stand gehouden of (belangrijker nog) gebufferd kan worden door de kwaliteit van gehechtheidsrelaties binnen gezinnen. Er wordt van uitgegaan dat depressieve en suïcidale adolescenten gestopt zijn met het opzoeken van steun en zorg van de ouders of andere primaire zorgfiguur in tijden

van stress vanwege relationele teleurstellingen en verlies van vertrouwen op basis van voorgaande ongunstige gehechtheidsrelevante interacties. ABFT speelt hierop in door de behandeling van depressieve en suïcidale jongeren initieel te focussen op het versterken of herstellen van de gehechtheidsrelatie tussen de jongere en diens primaire zorgfiguur. De kern van ABFT ligt in het gezinnen te helpen (her)ontdekken en communiceren dat ze, onderliggend aan alle conflicten, afstand en vertrouwensbreuken, vooral met elkaar verbonden willen zijn.

ABFT is opgebouwd uit vijf behandeltaken. Deze taken bieden duidelijke structuur en subdoelen, en fungeren als een *road map* om binnen een termijn van ongeveer zestien weken de primaire behandeldoelen te bereiken. De ABFT-therapeut wordt gekenmerkt door zijn intentionaliteit: de vooropgestelde doelen per taak worden niet snel losgelaten. Echter, de weg ernaartoe wordt hoofdzakelijk gestuurd door een reeks principes en therapeutische strategieën, en kan meer flexibel variëren, aangepast aan de noden van het gezin.

De eerste behandeltaak, *relationele herkadering*, vindt plaats in de eerste sessie met (één of meerdere) primaire zorgfiguren en de adolescent samen. Deze taak heeft tot doel het gezin te motiveren de initiële behandelfocus te verschuiven van ‘de symptomen van de adolescent als probleem’ naar ‘het versterken van gezinsrelaties als oplossing’, om zodoende het verdere verloop van de therapie te focussen op het identificeren en herstellen van breuken in vertrouwen als ‘medicijn’. Vervolgens gaat de therapeut aan de slag met de adolescent en zorgfiguren afzonderlijk om hen allen te motiveren en voor te bereiden om in de centrale gehechtheidstaak later in de therapie vertrouwensbreuken in de zorgfiguur-kindrelatie samen te bespreken.

In *werkrelatie met de adolescent* (taak 2) wordt met de adolescent individueel gewerkt rond het gezamenlijk construeren van een samenhangend gehechtheidsverhaal: ervaringen die het vertrouwen geschaad hebben tussen de adolescent en zijn zorgfiguren worden geëxploreerd, en de adolescent komt in aanraking met kwetsbare gevoelens (zoals verdriet, gemis en eenzaamheid) en gehechtheidsnoden (zoals het verlangen tot verbondenheid en het gemis daaraan) die gepaard gaan met deze relatiebreuken (zie ook Braet & Bosmans, dit nummer). Adolescenten worden ten slotte voorbereid om de relationele gekwetstheid en teleurstellingen die ze ervaren hebben tijdens eerdere interacties te delen met hun zorgfiguur.

Idealiter wordt gelijktijdig in *werkrelatie met de ouder(s)* (taak 3) afzonderlijk met één of meerdere zorgfiguren gewerkt om te exploreren hoe huidige stressoren en de eigen gehechtheidservaringen hun zorgrol beïnvloeden. Zorgfiguren worden ondersteund om in aanraking te komen met hun eigen vertrouwensbreuken met gehechtheidsfiguren en zich hun eigen gehechtheidsnoden als kind te herinneren. Via deze weg wordt instinctieve zorg geactiveerd en versterkt, waardoor zorgfiguren meer openheid vertonen om in een volgende stap nieuwe communicatievaardigheden aan te leren. Deze

nieuwe communicatievaardigheden zijn nodig om op een meer emotioneel afgestemde, sensitieve en responsieve manier te luisteren naar de emotionele noden van hun adolescent, waaraan in vroegere of huidige interacties onvoldoende tegemoet is gekomen.

In de *gehechtheidstaak* (taak 4) brengt de therapeut adolescent en zorgfiguren opnieuw samen om relationele teleurstellingen en breuken in vertrouwen in de zorgfiguur-kindrelatie te bespreken. Hierbij uit de adolescent op een directe en gereguleerde manier gehechtheidsgerelateerde gekwetstheid, gevoelens en noden, waarnaar de zorgfiguur luistert op een sensitieve en responsieve manier met steun, zorg, liefde en respect. Op die manier worden krachtige correctieve gehechtheidservaringen tot stand gebracht, waarbij de adolescent een beroep doet op de door zijn zorgfiguren geboden nabijheid, liefde en steun. Dergelijke helende conversaties bieden de adolescent nieuwe ervaringen van beschikbaarheid, emotionele afstemming en steun van de zorgfiguur. Deze ervaringen vormen de cruciale context voor herstel van vertrouwen in de zorgfiguur als een enerzijds veilige basis, vanwaaruit de adolescent vrij en gesteund kan exploreren en leren over de wereld rondom hem, en als een anderzijds veilige haven om naar terug te keren voor troost en steun in tijden van stress.

Tot slot wordt in *autonomiebevordering* (taak 5) verder gebouwd op het herwonnen vertrouwen. De therapeut ondersteunt het gezin om de nieuwe interpersoonlijke probleemoplossingsvaardigheden toe te passen in het onderhandelen van autonomie, binnen een ondersteunende context van verbondenheid. Zo leren adolescenten de zorgfiguur te gebruiken als een bron van steun en hulp om stress te reguleren en uitdagingen aan te gaan, resulterend in meer adaptief functioneren.

Verschillende RCT-studies leveren evidentie voor de effectiviteit van de relationele aanpak van ABFT in het verminderen van depressieve symptomen en zelfmoordgedachten, wat gereflecteerd wordt in sterke effectgroottes (Diamond et al., 2010; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002). Bovendien zijn de behandeluitkomsten positief zelfs wanneer gewerkt wordt met de meest problematische gezinnen, inclusief zeer ernstig depressieve of suïcidale adolescenten, jongeren met een geschiedenis van seksueel trauma (Diamond, Creed, Gillham, Gallop, & Hamilton, 2012), jongeren uit kansarme multiprobleemgezinnen, of bij jongeren bij wie de zorgfiguren ernstige psychopathologie vertonen. Ook in Vlaanderen zijn de voorlopige onderzoeksresultaten, gebaseerd op pre-postdata en verzameld door Vlaamse thuisbegeleidingsdiensten die ABFT-begeleiding aanbieden, veelbelovend ($.53 \leq ES \leq .76$; Santens et al., in preparation). Tot slot suggereren eerste onderzoeksresultaten niet alleen dat ABFT erin slaagt om depressieve symptomen van adolescenten te verminderen, maar dat ten gevolge van ABFT bovendien gehechtheidsangst en gehechtheidsvermijding significant dalen (Shpigel, Diamond, & Diamond, 2012). ABFT-onderzoek levert dus evidentie voor de hypothese dat onveilige gehechtheid veranderbaar is door via

systematische technieken in te spelen op specifieke mechanismen die bepalen of jongeren al dan niet (on)veilig gehecht gedrag ontwikkelen.

INTERVENTIES GERICHT OP HET BEÏNVLOEDEN VAN MEER
AUTOMATISCHE PROCESSEN

.....

Tot nu toe werden behandelprogramma's besproken die zich hoofdzakelijk richten op meer strategische processen. Zorgfiguren of kinderen worden bepaalde vaardigheden aangeleerd, gaan dieper in op gehechtheidsrelevante thema's en proberen op deze manier een positieve relatie te ontwikkelen. Onderzoek toont echter aan dat ook meer automatische processen een belangrijke rol spelen in gehechtheid (Dykas & Cassidy, 2011). Deze meer automatische processen komen niet (of althans niet expliciet en in mindere mate) aan bod bij de hierboven besproken behandelprogramma's. Recent onderzoek probeert nu om technieken te ontwikkelen die in staat zijn om dergelijke automatische processen te veranderen, met als doel een efficiënter behandelingstraject.

Cognitive Bias Modification voor gehechtheid

.....

Er is aangetoond dat vertekeningen in de verwerking van informatie bepaalde problematieken mede in stand houden. Iemand die depressief is, zal zijn aandacht vaker richten op negatieve informatie, vaker negatieve herinneringen ophalen en vaker situaties op een negatieve manier interpreteren. Doordat hoofdzakelijk negatieve informatie verwerkt wordt, blijft de depressie zichzelf in stand houden (De Raedt & Raes, in press). Cognitive Bias Modification (CBM) is een paradigma dat op dit principe gebaseerd is. CBM probeert door middel van computergestuurde trainingen de bestaande vertekeningen in de informatieverwerking op een positieve manier te veranderen, om zo de instandhouding van de problematiek te helpen doorbreken (Koster, Baert, & De Raedt, 2006).

Recent werd de eerste CBM-training voor gehechtheid bij kinderen ontwikkeld. Deze training baseert zich op de bevinding dat kinderen met minder vertrouwen in de beschikbaarheid en responsiviteit van hun moeder ambigu moederlijk gedrag vaker negatief interpreteren (De Winter, Vandevivere, Waters, Braet, & Bosmans, 2016). Deze kinderen gaan met andere woorden sneller uit van negatieve intenties bij hun moeder, ongeacht haar objectieve intenties. De nieuw ontwikkelde CBM-training heeft als doel om deze negatieve vertekening in interpretatie positief te maken, om zo het vertrouwen van kinderen in hun zorgfiguren te laten toenemen.

Om dit te bewerkstelligen krijgen kinderen een groot aantal scenario's te lezen, waarin zij geconfronteerd worden met bepaalde moeilijkheden. Uit alle scenario's blijkt dat de kinderen hulp of steun nodig hebben van hun

moeder. Maar wanneer het scenario voor het eerst gelezen wordt, kan het kind niet bepalen of de reactie van moeder responsief was of niet. Dit komt omdat er in de laatste zin van elk scenario een woord ontbreekt, waardoor het onmogelijk is om de respons van moeder te bepalen. Bijvoorbeeld: 'Je hebt voor je laatste toets een slecht cijfer gehaald. Hierdoor voel je je droevig. Mama komt eraan en ze ziet jouw toets. Ze zal je ...'

Door het ontbrekende woord in de laatste zin is het onmogelijk om met zekerheid te zeggen wat mama zal doen. Het achterliggende idee is dat kinderen met weinig vertrouwen de open plek automatisch op een negatieve manier zullen invullen, bijvoorbeeld met: 'Ze zal je *berispen*.' De CBM-training wil dit negatieve automatische proces doorbreken en het kind aanleren om automatisch positieve interpretaties te vormen, bijvoorbeeld: 'Ze zal je *troosten*.' Dit gebeurt door na het lezen van het scenario het ontbrekende woord te presenteren als een woordfragment, waarin het kind de ontbrekende letter moet invullen. In ons voorbeeld zou het woordfragment 't.oosten' kunnen zijn, waarin het kind de letter 'r' moet invullen. Op deze manier wordt de betekenis van het oorspronkelijke scenario duidelijk. Door dit proces vele malen te herhalen en telkens opnieuw een positief einde aan te bieden, leren kinderen dergelijke ambigue situaties automatisch positief te interpreteren.

Het onderzoek naar deze nieuw ontwikkelde training bevindt zich in de beginfase. Er werd een eerste onderzoek uitgevoerd bij niet-klinische kinderen. De resultaten tonen aan dat de training erin slaagde om een positieve interpretatievertekening te trainen. Kinderen hadden na de training meer positieve interpretaties over het gedrag van moeder. Bovendien zorgde deze positieve interpretatievertekening ervoor dat kinderen na de training meer vertrouwen in de beschikbaarheid en responsiviteit van hun moeder rapporteerden. Dit toont de instandhoudende rol aan van interpretatievertekening in gehechtheid, wat een hoopvol resultaat is voor het gebruik van deze techniek om gehechtheidspatronen van kinderen te optimaliseren (De Winter, Bosmans, & Salemink, 2016).

Uiteraard is het noodzakelijk om deze resultaten te repliceren in een klinische proefgroep, teneinde de therapeutische mogelijkheden van deze techniek aan te tonen. Er loopt momenteel onderzoek naar de effecten van deze training op gehechtheid en psychopathologie in een klinische populatie. Omdat verwacht wordt dat deze kinderen veel meer negatieve ervaringen hebben gehad met hun zorgfiguren, werd de training uitgebreid van één naar zes sessies. Toekomstig onderzoek kan zich daarnaast richten op de ontwikkeling van CBM-trainingen voor gehechtheidsgerelateerde vertekeningen op het niveau van aandacht en geheugen. Mogelijk zorgt de combinatie van verschillende trainingen voor verschillende modaliteiten (aandacht, geheugen, interpretatie) voor een groter behandelingseffect.

DISCUSSIE

.....

Het hierboven beschreven interventieonderzoek lijkt de aanname te ondersteunen dat gehechtheid meer veranderbaar is dan initieel werd aangenomen, en dat onveilige gehechtheid, relationele teleurstellingen en vertrouwensbreuken hersteld kunnen worden. De interventies die we hier beschreven hebben, lijken tot gemeenschappelijk doel te hebben om kinderen en jongeren (opnieuw) bloot te stellen aan interacties met sensitieve en responsieve gehechtheidsfiguren. Dit suggereert dat elk van deze behandelingen beoogt om de kans te vergroten dat kinderen en jongeren (alsnog) een secure base script ontwikkelen, en dat een succesvolle gehechtheidsbehandeling werkt via het veranderen van cognitieve schema's en bijbehorende cognitieve processen.

Hierbij wordt enerzijds gewerkt met primaire zorgfiguren, om hen te helpen begrijpen hoe belangrijk sensitieve en responsieve ondersteuning voor hun kinderen is. Zorgfiguren leren om nood- en stressgerelateerde signalen te herkennen bij hun kinderen, en op welke manier ze kunnen reageren om sensitief en responsief te zijn. Naarmate kinderen ouder zijn, dient er anderzijds bij de therapie ook rekening gehouden te worden met hun gebrek aan vertrouwen in de zorg van de gehechtheidsfiguur. Dit kan bijvoorbeeld door jongeren te helpen alsnog de stap te durven zetten om zorgfiguren een nieuwe kans te geven om sensitief en responsief erkenning te geven aan hun ervaren relationele trauma's en teleurstellingen. Bovendien lijkt het ook een beloftevol idee om therapeutische technieken uit te werken die rechtstreeks gericht zijn op het veranderen van de gerelateerde vertekeningen in de informatieverwerking. Toevoeging van interventies gericht op meer automatische processen aan interventies gericht op meer strategische processen zou het effect van deze laatste kunnen versterken, doordat jongeren minder gehinderd worden door negatieve vertekeningen in gehechtheidsgerelateerde informatieverwerking bij blootstelling aan nieuwe, corrigerende ervaringen met sensitieve en responsieve zorg.

Samengevat toont dit overzicht aan dat een succesvolle gehechtheidsbehandeling gericht zou moeten zijn op het veranderen van cognitieve schema's en bijbehorende cognitieve processen. Dit suggereert dat gehechtheidsgerichte behandeling bij uitstek zou kunnen passen binnen de expertise van de cognitief gedragstherapeut. Betekent dit dat cognitief gedragstherapeuten dit doel zouden kunnen bereiken met hun huidig arsenaal aan technieken? Die vraag is niet zo eenvoudig te beantwoorden. Het overzicht toont op zijn minst aan dat het nodig zal zijn om tijdens de behandeling meer oog te hebben voor relationele dynamieken die onderliggend zijn aan de gehechtheidsontwikkeling. De cognitief gedragstherapeut moet daarbij gesprekstechnieken gebruiken die toelaten om zowel de zorgfiguren als het kind of de jongere erkenning te geven voor hun noden aan nabijheid en verbondenheid, en voor

hun inzet voor de relatie. Dergelijke technieken zijn beter uitgewerkt en worden ook concreter aangewend binnen het systeemtherapeutisch model. De vraag kan gesteld worden of binnen de cognitief-gedragstherapeutische opleiding hiervoor ook meer ruimte gemaakt zou moeten worden.

Betekent dit dat cognitief gedragstherapeuten de bestaande cognitief-gedragstherapeutische technieken niet meer nodig hebben? Ook dit lijkt een te kortzichtige conclusie. Het overzicht geeft aan dat het creëren van een veilige(re) gehechtheidscontext zeer helend kan zijn voor kinderen, jongeren en gezinnen. We vermoeden daarom dat werken aan de gehechtheidscontext een belangrijke voorwaarde is om bestaande cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's met meer succes uit te voeren. Dit dient in toekomstig onderzoek verder bestudeerd te worden, maar we hopen alvast de cognitief gedragstherapeut genoeg *food for thought* gegeven te hebben om binnen de eigen praktijk meer ruimte te maken voor het in kaart brengen van en het werken aan relationele problemen onderliggend aan aanmeldingsklachten.

Tara Santens, Simon De Winter, Joke Heylen en Guy Bosmans zijn verbonden aan de Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven, België.

Rudi De Raedt is verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Tara Santens, Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven, Leopold Vanderkelenstraat 32 – bus 3765, Leuven, 3000, Belgium. *E-mail:* tara.santens@ppw.kuleuven.be

Summary Meta-analyses consistently show that Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is successful in reducing symptoms of psychopathology in children and adolescents. However, these meta-analyses also suggest that CBT treatment effects are limited, often with medium effect sizes. Based on these findings, we've been investigating how the quality of the caregiver-child attachment relationship, an underexposed factor in current CBT programs, could enhance treatment effects. The current review aims to demonstrate evidence-based intervention strategies that focus on improving attachment relationships (1) at a more strategic level, developing or restoring trust in caregiver availability and care, and (2) at a more automatic level, influencing attachment related information processing. We discuss how Circle of Security (COS), Video feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD), Attachment-Based Family Therapy (ABFT), and Cognitive Bias Modification for Attachment (CBM) can result in positive treatment outcomes. Finally, we reflect on the compatibility of these attachment-based treatment strategies with Cognitive Behavioral Therapy.

Keywords: *children, adolescents, CBT, attachment, intervention*

Literatuur

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baert, S., Koster, E. H., & De Raedt, R. (2011). Modification of information-processing biases in emotional disorders: Clinically relevant developments in experimental psychopathology. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 208-222. doi:10.1521/ijct.2011.4.2.208
- Berlin, L. J., Zeanah, C. H., & Lieberman, A. F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 745-761). New York, NY: Guilford Press.
- Bosmans, G., Braet, C., Koster, E., & De Raedt, R. (2009). Attachment security and attentional breadth toward the attachment figure in middle childhood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 872-882. doi:10.1080/15374410903258926
- Bosmans, G., Vandevivere, E., & Krauthamer Ewing, S. (2013). Attachment-Based Family Therapy (ABFT): Een evidence-based systeemtherapeutisch behandelprogramma voor depressieve adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: deel 2* (pp. 179-199). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Brenning, K. M., & Braet, C. (2013). The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach. *Personal Relationships*, 20, 107-123. doi:10.1111/j.1475-6811.2012.01399.x
- Brenning, K. M., Soenens, B., Braet, C., & Bosmans, G. (2012). Attachment and depressive symptoms in middle childhood and early adolescence: Testing the validity of the emotion regulation model of attachment. *Personal Relationships*, 19, 445-464. doi:10.1111/j.1475-6811.2011.01372.x
- Cassidy, J., & Marvin, R. S. (1992). *Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual*. Unpublished manual, University of Virginia.
- Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Sherman, L. J., Stupica, B., & Lejuez, C. W. (2011). Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Development and Psychopathology*, 23, 131-148. doi:10.1017/S0954579410000696
- Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R., & Powell, B. (2000, June). Attachment-based intervention with at-risk Head Start child-parent dyads. In *National Head Start Research Meetings, Washington, DC*.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smits, N., & Smit, F. (2006). Screening and early psychological intervention for depression in schools: Systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 300-307. doi:10.1007/s00787-006-0537-4
- De Winter, S., Bosmans, G., & Salemink, E. (in press). Brief report: Exploring the causal effect of interpretation bias on attachment expectations. *Child Development*.
- De Winter, S., Vandevivere, E., Waters, T. E. A., Braet, C., & Bosmans, G. (2016). Lack of trust in maternal support is related to negative interpretations of ambiguous maternal behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 146-151. doi:10.1007/s10826-015-0197-4
- de Zeeuw, M., Brok, C., & van Aniel, H. (2015). *Handboek preventieve interventie voor pleeg- en adoptieouders bij*

- jonge kinderen met een problematische gehechtheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Diamond, G., Creed, T., Gillham, J., Gallop, R., & Hamilton, J. L. (2012). Sexual trauma history does not moderate treatment outcome in Attachment-Based Family Therapy (ABFT) for adolescents with suicide ideation. *Journal of Family Psychology, 26*, 595-605. doi:10.1037/a0028414
- Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-Based Family Therapy for depressed adolescents* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/14296-000
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-Based Family Therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1190-1196. doi:10.1097/01.CHI.0000024836.94814.08
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*, 122-131. doi:10.1016/j.jaac.2009.11.002
- Dujardin, A., Bosmans, G., Braet, C., & Goossens, L. (2014). Attachment-related expectations and mother-referent memory bias in middle childhood. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*, 296-302. doi:10.1111/sjop.12129
- Dujardin, A., Santens, T., Braet, C., De Raedt, R., Vos, P., Maes, B., & Bosmans, G. (2016). Middle childhood support-seeking behavior in times of stress: Links with self-reported attachment and future depressive symptoms. *Child Development, 87*, 326-340. doi:10.1111/cdev.12491
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin, 137*, 19-46. doi: 10.1037/a0021367
- Hoffman, T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1017-1026. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1017
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: The Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health and Development, 35*, 613-623. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00962.x
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 1403-1413. doi:10.1097/chi.0bo13e3180592aaa
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development, 4*, 107-124. doi:10.1080/14616730252982491
- Mesman, J., Stolk, M. N., van Zeijl, J.,

- Alink, L. R., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., ... Koot, H. M. (2008). The early prevention of antisocial behavior. In F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, M. H. (Eds.), *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships*. New York, NY: The Guilford Press.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Clinical psychology review effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 251-262. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.005
- Salemink, E., Bosmans, G., De Haan, E., & Wiers, R. (2013). Look at the bright side of life: Computergestuurde training bij angst. *Directieve Therapie*, 33, 102-116.
- Shpigel, M. S., Diamond, G. M., & Diamond, G. S. (2012). Changes in parenting behaviors, attachment, depressive symptoms, and suicidal ideation in Attachment-Based Family Therapy for depressive and suicidal adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 271-283. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00295.x
- Stein, A., Woolley, H., Senior, R., Hertzmann, L., Lovel, M., Lee, J., ... Fairburn, C. G. (2006). Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: A randomized, controlled trial of video feedback. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 899-906. doi:10.1176/ajp.2006.163.5.899
- Van de Walle, M., Bijttebier, P., Braet, C., & Bosmans, G. (2015). Attachment anxiety and depressive symptoms in middle childhood: The role of repetitive thinking. Manuscript submitted for publication.
- van Zeijl, J., Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., ... Alink, L. R. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 994-1005. doi:10.1037/0022-006X.74.6.994
- Velderman, M. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., Mangelsdorf, S. C., & Zevalkin, J. (2006). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 27, 466-493. doi:10.1002/imhj.20104
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70, 750-761. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1176
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149. doi:10.1037/0033-2909.132.1.132