

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](http://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 (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl)).

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

[info@bua.nl](mailto:info@bua.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# *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%), insomnie (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- of 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 tijdstippen: (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*

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
<b>Psycho-educatie</b>	Wat is een angststoornis? Hoe ontstaat een angststoornis? Waardoor blijf je bang? Uitleg van GGGG
<b>Denken</b>	Bange gedachten en helpende gedachten. Uitdagen van gedachten. Denkfouten.
<b>Voelen</b>	Waar voel je in je lichaam wanneer je bang bent (angstsignalen)? Ontspanningsoefeningen. Mindfulnessoefeningen (ademtpauze, voetenpauze).
<b>Doen</b>	Exposure (stappenplan en beloningen) en/of gedragsexperimenten.
<b>Coping</b>	Helpend gedrag. Moedig gedrag. Piekerkwartiertje. Taakconcentratieoefeningen.
<b>Ouderbegeleiding</b>	Angstige cognities van ouders identificeren en uitdagen. Rol van vaders en moeders. Begeleiden van je kind bij het uitvoeren van exposures. Moedige modellering. 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 behandelingsformulier 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 samenhangt 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 <sup>1</sup>	
	Ervaren steun van moeder	Ervaren steun van vader	Gerapporteerd door moeder	Gerapporteerd door vader
<b>Geslacht</b>	-0,007	0,178	0,060	-0,040
<b>Leeftijd</b>	-0,001	0,035	-0,069	-0,70
<b>Ernst angstproblematiek (SCARED-71 totaalscore)</b>	0,128	0,069	-0,118	-0,288*
<b>ASR angst en/of depressie moeder</b>	0,005	0,006	-0,297**	-0,166
<b>ASR angst en/of depressie vader</b>	-0,025	-0,114	-0,105	-0,176
<b>Ouderlijke betrokkenheid (% therapietijd dat ouders aanwezig waren)</b>	-0,246*	-0,016	-0,198	-0,186

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup>	72,87	29,80	74,21	24,41	0,641
Door vader ervaren steun van partner <sup>1</sup>	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 ( $p = 0,028$ ).

<sup>1</sup>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* <sup>†</sup> T2	-0,04	0,07	0,552	-0,25	0,07	0,001
Steun* <sup>†</sup> T3	-0,06	0,08	0,467	-0,11	0,08	0,188
Steun* <sup>†</sup> 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 <sup>1</sup>			Door vaders ervaren steun van partner <sup>1</sup>		
	Parameter estimate	SE	<i>p</i>	Parameter estimate	SE	<i>p</i>
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.

<sup>1</sup> 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 behandel fase 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 onderstreept 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 behandelingsperiode 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 angstbehandeling 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., Vадnais, 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.