

University of Groningen

Samen naar de top van de angstladder. Kind en Adolescent Praktijk, 16, 6-14

Scholts, Henriët; Nauta, Maaïke; Koopmans, Hadewey

Published in:
 Kind en Adolescent Praktijk

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Scholts, H., Nauta, M., & Koopmans, H. (2017). Samen naar de top van de angstladder. Kind en Adolescent Praktijk, 16, 6-14: Intensieve groepstraining voor angstige jongeren. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 6-14. <https://mijn.bsl.nl/samen-naar-de-top-van-de-angstladder-intensieve-groepstraining-v/15048404>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

SAMEN NAAR DE TOP VAN DE ANGSTLADDER

INTENSIEVE GROEPSTRAINING VOOR ANGSTIGE JONGEREN

Onder het motto 'In de zomer van je angst af' werd vorig jaar een intensieve angstbehandeling van acht dagen in twee weken gegeven. Zo'n kort maar krachtige groepsbehandeling brengt meer focus, minder afleiding en minder ruimte voor vermijdingsgedrag, was het idee. Jongeren en hun ouders waren positief.

HENRIET SCHOLTS, HADEWEY KOOPMANS EN MAAIKE NAUTA

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de eerstekeus-behandeling voor kinderen en jongeren met een angststoornis (Zorgstandaard Angststoornissen, 2017; Reynolds e.a., 2014). Deze behandeling bestaat doorgaans uit twaalf tot zestien wekelijkse sessies in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Toch is dat niet altijd ideaal. Niet iedereen knapt namelijk voldoende op na reguliere CGT: 30 tot 40 procent van de jeugdigen voldoet nog aan de criteria van een angststoornis (non-responders). Uit de praktijk kwam dan ook de vraag wat we konden bieden als de reguliere wekelijkse therapie onvoldoende effect had (volgens het model van getrapte zorg of *stepped care*). Bovendien is de context veranderd: na de transitie van de jeugdhulp is de nadruk nog meer komen te liggen op ambulante werken, omdat dat minder kostbaar is. Er is steeds minder capaciteit voor langduriger (dag)opname. Het leek dan ook een goed idee de exposure-behandeling te gaan aanbieden als een module: een kortdurende intensieve angstbehandeling op maat in een groep. In een intensieve behandeling is meer focus, zo was het idee, minder afleiding door het leven van alledag, en minder ruimte voor vermijdingsgedrag. Daarnaast kan een intensieve behandeling (deels) in de vakantie een goede nieuwe start bieden bij het weer naar school gaan. Bij Accare in Groningen werd zo'n een inten-

sieve angstbehandeling van acht dagen verspreid over twee weken ontwikkeld.

MATCHED CARE

Niet alleen de behoefte vanuit de praktijk en de veranderde context waren aanleiding voor de ontwikkeling van deze kortdurende, intensieve angstbehandeling. Ook vanuit het principe van *matched care* leek het belangrijk om alternatieven te ontwikkelen naast de poliklinische CGT van twaalf tot zestien wekelijkse zittingen. Bij *matched care* wordt een jeugdige op basis van persoonskenmerken direct aan de behandeling toegewezen die het best geïndiceerd lijkt. Iemand met ernstige klachten bijvoorbeeld of veel comorbide problemen zou zo bijvoorbeeld direct een intensieve behandeling kunnen krijgen, ook als niet eerder kortdurende poliklinische zorg is geprobeerd. Wanneer bijvoorbeeld sprake is van schoolverzuim als gevolg van een sociale angststoornis, kan de intensieve angstbehandeling geïndiceerd zijn om langdurig schoolverzuim te voorkomen.

In het buitenland zijn verschillende voorbeelden van CGT die werd aangeboden als een korter durende en intensievere variant op de reguliere CGT. Drie intensieve CGT-behandelingen voor angststoornissen die zijn getoetst op effectiviteit werden beschreven: voor paniek en agorafobie (Angelosante e.a., 2009), sociale



Box 1: Casus Dario

Dario is een veertienjarige jongen die met zijn moeder en stiefvader in een dorp woont. Dario en zijn moeder komen oorspronkelijk uit Bulgarije. Tot zijn negende hebben ze in Frankrijk gewoond, daarna zijn ze naar Nederland verhuisd. Dario's moeder heeft sinds enkele jaren een vriend, bij wie ze in huis wonen.

Dario wordt door zijn huisarts naar het ziekenhuis verwezen vanwege krachtsverlies in zijn armen en benen. Hij kan niet meer voetballen en fietsen en dat beangstigt hem. Een lichamelijke oorzaak wordt niet gevonden. Dario wordt verwezen naar een fysiotherapeut. Voor de angst wordt hij aangemeld bij Accare.

Na het intakegesprek worden bij Dario en zijn moeder een semigestructureerd diagnostisch interview (ADIS-C/P) afgenomen om te onderzoeken of sprake is van een angststoornis. Hieruit komt naar voren dat bij Dario sprake is van een paniekstoornis met agorafobie en een gegeneraliseerde angststoornis. Over de paniekstoornis zegt hij: 'Als ik in paniek raak, verslappen mijn spieren en neemt de paniek toe.' Over de gegeneraliseerde angststoornis vertelt Dario dat hij over van alles piekert, maar vooral over de vraag of het met hem ooit nog goed zal komen. Ook maakt hij zich zorgen om zijn moeder. Volgens zijn moeder staat de paniekstoornis op de voorgrond. Zij geeft aan dat Dario bang is voor menigten en drukke plaatsen vermijdt. Deze angst uit zich door hyperventilatieaanvallen. Er wordt gestart met individuele cognitieve gedragstherapie gericht op de angst: het Dappere-Katprotocol (Kendall e.a., 1996). Na twaalf sessies is er weinig verbetering. Zowel bij de fysiotherapie als bij de angstbehandeling oefent Dario weinig: hij vindt de oefeningen te spannend. Als de mogelijkheid van een intensieve vorm van angstbehandeling wordt besproken, is Dario enthousiast. Vooral het contact met leeftijdgenoten die ook kampen met een angststoornis spreekt hem aan.

fobie (Donovan e.a., 2015) en separatieangststoornis (Santucci e.a., 2013).

De behandeling voor jongeren met een paniekstoornis bestaat uit zes sessies verspreid over acht dagen, en beslaat in totaal 24 tot 30 uur (Angelosante e.a., 2009). Het is de bedoeling dat de jongere in die week geen andere verplichtingen heeft. Het tussenliggende weekend wordt gebruikt om zelf exposure-oefeningen te doen. In de eerste twee sessies wordt de rationale voor de behandeling gegeven, inclusief cognitieve herstructurering. Ook wordt een individuele angsthiërarchie gemaakt. In de andere sessies vindt interoceptieve exposure plaats in de instelling en worden exposure-oefeningen met een behandelaar binnen en buiten de instelling gedaan. Er is voldoende tijd om écht naar de bioscoop te gaan of om samen een stuk te reizen in de trein of een bus. De intensieve paniekbehandeling bleek even effectief ten aanzien van het dalen van angst als CGT in wekelijkse sessies (Chase e.a., 2012; $n = 51$).

De behandeling voor sociaal angstige kinderen (Donovan e.a., 2015) bestaat uit vier groepsessies van drie uur, verspreid over drie weekenden. Er zitten vier tot zes kinderen in de groepen. Het programma bestaat uit psycho-educatie, probleemoplossende strategieën, relaxatie-oefeningen, cognitieve herstructurering, sociale vaardigheidstraining en exposure-oefeningen. Ook is er een beloningssysteem. Veel exposure-oefeningen voor sociale angst

kunnen goed in de groep geoefend worden. Ouders zijn aanwezig bij een groot deel van de zittingen en participeren in de exposure-oefeningen. Het sociale angstprogramma bleek effectiever dan een wachtlijst (7 tot 12 jaar; $n = 40$): 52 procent van de kinderen had na het programma geen sociale angststoornis meer, versus 16 procent in de wachtlijstconditie. Na een half jaar had 77 procent geen sociale angststoornis meer.

EÉN NACHTJE ZONDER OUDERS OP KAMP

Een programma voor separatieangst ontwikkeld door Santucci e.a. (2009) bestaat uit een zomerkamp van maandag tot en met zondag, waarbij er naartoe wordt gewerkt dat de kinderen de laatste avond zonder ouders in het kamp blijven overnachten. Het zomerkamp voor kinderen met separatieangst werd onderzocht bij vijf meisjes van zeven tot elf jaar (Santucci e.a., 2009). De separatieangst daalde sterk, en deze winst bleef behouden tot een maand na de behandelweek. De tevredenheid over de behandeling was groot onder zowel de kinderen als de ouders.

De genoemde intensieve programma's werden ontwikkeld als alternatief voor reguliere wekelijkse CGT, om de behandelduur sterk in te korten en ervoor te zorgen dat jongeren sneller weer gewoon kunnen functioneren. Bovendien is een intensief kortdurend programma makkelijker voor gezinnen die ver weg wonen van een CGT-therapeut. De kinderen en jongeren die deelnamen aan genoemde intensieve behandelingen waren tot nu toe wat betreft ernst en comorbiditeit vergelijkbaar met de reguliere zorg. Het waren niet zozeer jongeren met ernstiger klachten (matched care) of jongeren die al eerder waren behandeld (stepped care). Het is belangrijk om te kijken of de resultaten ook positief zijn bij kinderen met ernstige klachten, of die eerder niet opknapt van behandeling.

Dat zo'n intensieve variant hiervoor geschikt zou kunnen zijn, blijkt uit eerste studies naar de toepassingen van intensieve behandeling bij de dwangstoornis (Marien e.a., 2009) en bij posttraumatische stressstoornis (PTSS; Hendriks e.a., 2017). De intensieve dwangbehandeling was een gezinsbehandeling met dagelijkse sessies gedurende drie tot vier weken. Zo'n 80 procent van de dertig jeugdigen in de studie rapporteerde verbetering van de dwangklachten, en iets meer dan 50 procent was in remissie na de behandeling (Marien e.a., 2009). De intensieve exposurebehandeling voor PTSS duurde één week (30 uur) en bestond voornamelijk uit blokken van 90 minuten imaginaire exposure en exposure in vivo (drie blokken per dag). In een baseline gecontroleerde studie onder tien deelnemers bleek zo'n intensieve behandeling haalbaar en veilig. Bovendien was 80 procent van de jongeren bij follow-up in remissie van PTSS en waren er gemiddeld genomen sterke dalingen van PTSS-symptomen en comorbide angst- en stemmingsklachten. Een intensieve vorm van angstbehandeling lijkt dus haalbaar en zou zinvol kunnen zijn voor jeugdigen met ernstiger klachten of voor non-responders.



GOED BEZIG

Bij de ontwikkeling van de Kortdurende Intensieve Angstbehandeling door Accare werd gebruikgemaakt van het reguliere behandelprogramma 'Dappere Kat' (Kendall e.a., 2006). Bij dit behandelprogramma wordt gestart met psycho-educatie en het opstellen van de situaties die jongeren spannend vinden (angstladder). Er worden vier trucs geleerd om de jongeren te helpen de exposure aan te gaan. De beginletters van de vier trucs vormen samen een acroniem: het woord BANG, zodat de jongere de stappen makkelijk kan onthouden. De trucs zijn achtereenvolgens: Bang gevoel?, Angstige gedachten, Nieuwe oplossingen en Goed bezig. Door middel van deze trucs, ontspanningsoefeningen en beloningen van ouders en behandelaren wordt de jongeren geleerd om te gaan met angst. Het is een groepsbehandeling voor maximaal zes jongeren.

De acht behandeldagen (van 10.00 tot 16.00 uur) vonden plaats bij Accare en hadden dezelfde structuur: de dag begon in de groep met uitleg over angst of over een truc en 's middags werd er geoefend. De doelen van de jongeren die vooraf werden opgesteld stonden hierbij centraal. De nadruk binnen het programma lag op het oefenen met beangstigende situaties. Voorafgaand aan de oefening vulden jongeren onder begeleiding een gedragsexperimentformulier in. Vervolgens toetsten ze of datgene gebeurde wat zij verwachtten. Er werd binnen verschillende contexten geoefend en met verschillende therapeuten (Craske e.a., 2014). Op

Box 2: De angstladder van Dario

Samen met de begeleider maakt Dario een angstladder voor de twee weken intensieve angstbehandeling:

- 1: evenwichtsoefeningen doen
- 2: duizelig worden door bijvoorbeeld draaien met een bureaustoel
- 3: iets zwaars optillen
- 4: op drukke plekken zijn
- 5: lange afstand lopen
- 6: trap op en af rennen
- 7: fietsen
- 8: rennen/springen
- 9: in een attractie gaan
- 10: sporten

woensdag en in het weekend waren de jongeren niet aanwezig, maar deden ze thuis oefeningen. Tot slot werd op de laatste dag met de jongeren een terugvalpreventieplan gemaakt en werden de twee weken feestelijk afgesloten.

In de eerste week werden op dinsdagavond de ouders verwacht voor een ouderbijeenkomst. Tijdens deze ouderbijeenkomst kregen ouders psycho-educatie over angst. Praktische tips uit het ouderwerkboek van *Denken + Doen = Durven* (Bögels e.a., 2008) werden hiervoor gebruikt. In de tweede week op de donderdagmiddag gingen ouders met hun kind oefenen, zodat ouders ook zelf konden zien en ervaren wat exposurebehandeling behelst.

Tabel 1. Gemiddelden en standaarddeviaties op de uitkomstmaten op de voor- en nameting en bij twee maanden follow-up.

	Voormeting			Nameting			Twee maand follow-up			ANOVA overall tijdseffect
	N	M (SD)	Range	N	M (SD)	Range	N	M (SD)	Range	F (p)
Emotionele symptomen (SDQ-jongere)	10	8,0 (1,8)	5-10	10	6,7 (3,0)	1-10	7	6,9 (2,7)	2-10	0,75 (0,48)
Emotionele symptomen (SDQ-ouder)	8	9,0 (1,1)	7-10	9	7,8 (1,2)	6-10	8	7,5 (1,9)	4-10	5,14 (0,10)
Angstsymptomen (SCARED)	10	74,1 (20,8)	39-107	10	62,5 (27,9)	12-107	7	62,0 (24,1)	31-101	0,73 (0,49)
Angst (Angst&Actieschaal)	10	6,6 (0,8)	4,8-7,6	10	4,4 (1,6)	1,0-6,2	6	3,7 (1,6)	2,6-6,8	10,6 (0,001)
Actie (Angst- en actieschaal)	10	2,6 (1,4)	0,8-5,4	10	4,6 (1,8)	1,6-7,6	6	5,8 (1,7)	3,0-7,6	8,3 (0,002)

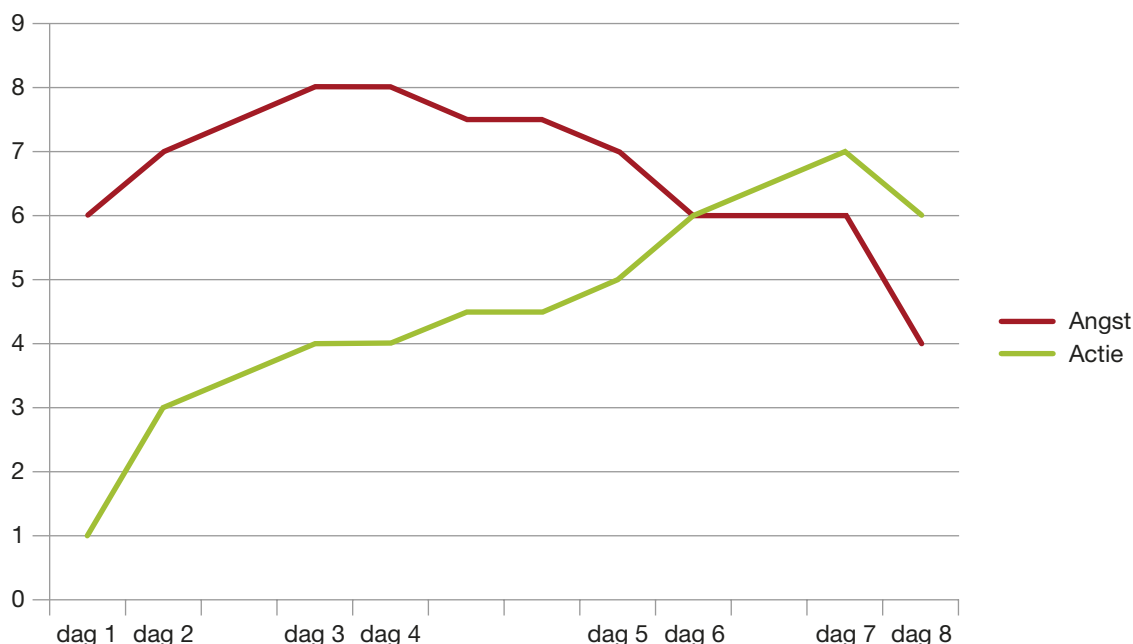
M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie.

DOELN VOOR DE ANGSTLADDER

Tien jongeren (leeftijd 13 tot 19 jaar; 30 procent jongens) namen deel aan het programma in drie verschillende groepen. Acht van deze jongeren hadden al verschillende vormen van hulp gehad, inclusief poliklinische CGT (stepped care). Voor één jongere met forse angstklachten was dit de eerste CGT-behandeling en voor één jongere werd de lopende poliklinische CGT geïntensiveerd (matched care). De jongeren hadden allemaal een angststoornis die was vastgesteld op basis van klinische diagnostiek. Bij vier jongeren was sprake van sociale fobie, bij vier jongeren gegeneraliseerde angststoornis en bij twee

jongeren paniek met agorafobie. Tevens was sprake van comorbiditeit, zoals andere angststoornissen, depressie, een eetstoornis, PTSS en ADHD. De enige exclusiecriteria waren acute psychose of suicidaliteit. Naast deze tien deelnemers waren er drie drop-outs: twee zijn uiteindelijk niet gestart en één haakte na twee dagen af. Reden voor uitval van deze deelnemers was vermijding: deelname aan de groep was nog te beangstigend. Bij twee deelnemers werd de ambulante reguliere behandeling vervolgd. Bij één drop out werd succesvol toegewerkt naar deelname aan de eerstvolgende intensieve angstbehandeling die werd aangeboden.

Figuur 1. Voorbeeld van de Angst en Actieschaal met dagelijkse metingen van Dario bij de eigen situatie 'zelf fietsen'.



De groep werd begeleid door twee cognitief-gedrags-therapeutisch werkers (cgw-ers), een orthopedagoog en een stagiaire, die in afwisselende samenstelling aanwezig waren. Tevens waren er twee hoofdbehandelaren op afroep beschikbaar (GZ-psychologen waarvan een geregistreerd cognitief gedragstherapeut en de ander in opleiding hiervoor).

Voorafgaand aan de groepsbehandeling vond een oriënterend gesprek plaats met een hoofdbehandelaar betrokken bij de intensieve angstbehandeling, een cognitief-gedrags-therapeutisch werker die de groepsbehandeling daadwerkelijk ging geven, de jongere, de ouders en de eigen behandelaar. In dit gesprek werden verwachtingen doorgesproken en concrete doelen opgesteld met behulp van een angstladder. Na de intensieve angstbehandeling volgde in dezelfde samenstelling een evaluatiegesprek.

METINGEN

De metingen bestonden voor jongeren uit de SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*; Goodman, 1997) en de SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*; Birmaher e.a., 1997). De SCARED is een zelfrapportagevragenlijst die symptomen van angststoornissen bij jeugdigen meet. Hiervan werd de totaalscore gehanteerd. Van de SDQ werd alleen de subschaal 'emotionele symptomen' gebruikt, wat een combinatie is van symptomen van angst en depressie. Ouders vulden de SDQ in. Deze vragenlijsten werden bij de start van de behandeling, direct na de behandeling en twee maanden later ingevuld.

Tevens vulden jongeren gedurende de intensieve angstbehandeling dagelijks de angst en actieschaal in (op een schaal van 0 tot 8), een geïndividualiseerde zelfrapportagevragenlijst (Nauta, Scholing & Emmelkamp, 1998). De behandelaar zoekt samen met de jongere (eventueel ook in samenspraak met de ouders) naar vijf relevante situaties, waarin ook het doel van de behandeling weerklinkt. De jongere geeft dagelijks voor iedere eigen situatie aan hoe spannend hij die situatie vindt (angst) en hoe vaak hij die situatie aangaat (actie/toenaderingsgedrag). De vijf situaties werden per jongere gemiddeld en leverden per jongere een score op voor angst en voor actie. In figuur 1 wordt een voorbeeld gegeven van hoe zo'n Angst- en actieschaal met dagelijkse metingen er in een grafiek uit kan zien.

Om te onderzoeken in hoeverre de intensieve angstbehandeling effect had op het angstniveau van de jongeren werden ANOVA's voor herhaalde metingen uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat de scores op zowel de algemene klachtenlijst SDQ (subschaal 'emotionele symptomen') als op de SCARED weliswaar lager werden, maar dat deze daling niet significant was. Op de angst- en actieschalen die waren ingevuld door de jongeren vonden we wel een significante daling tussen de voormeting en de nameting en follow-up (zie tabel 1). Er waren grote individuele verschillen tussen de jongeren (zie figuur 2 en 3). De resultaten lieten hetzelfde patroon zien wanneer apart

Box 3: Dario's intensieve angstbehandeling

Dag 1 staat in het teken van kennismaking en psycho-educatie over angst en cognitieve gedragstherapie. Dag 2 begint het oefenen. Dario gaat met een behandelaar naar een groot woonwarenhuis. Zijn angst is dat mensen tegen hem aanlopen en hij omvalt. Als met de stroom meelopen niet meer spannend is, gaat hij tegen de stroom in lopen. Dario geeft aan duizelig te worden en loopt zichtbaar moeizamer, maar hij houdt vol. Na afloop is hij moe maar ook trots op zichzelf. 's Avonds komen zijn moeder en stiefvader naar de ouderavond en tonen zich betrokken. De dagen erna bestaat de exposure van Dario vooral uit oefeningen van de fysiotherapeut. Net als alle jongeren wordt Dario enthousiast van de beloningspunten die hij verdient. Na het oefenen geeft Dario aan dat zijn angst is verminderd en dat verwachtingen zoals door zijn benen zakken, niet zijn uitgekomen. De laatste dag voor het weekend oefent Dario met fietsen. Een keer lijkt hij te vallen, maar hij voorkomt dit door zijn benen op de grond te zetten. Hij ademt even rustig en fietst dan verder. Het lukt hem goed helpende gedachten te bedenken.

In de tweede week zijn de exposure-oefeningen afwisselend binnen en buiten. Binnen oefent hij met springen op een skippybal en met evenwichtsspelletjes; buiten met fietsen op drukke plekken. De laatste dagen moet Dario alleen gaan oefenen. Donderdag zijn de ouders weer uitgenodigd met als doel de jongeren te kunnen begeleiden bij het oefenen. Dario heeft zijn oma uitgenodigd. Samen gaan ze wandelen. Dario wordt enigszins duizelig, maar is toch tevreden: het lukt hem om door te zetten. Tijdens de laatste dag van de intensieve angstbehandeling wordt er gezamenlijk stilgestaan bij wat de jongeren hebben geleerd en bereikt. Ook wordt er een terugvalpreventieplan gemaakt (zie box 4). Als feestelijke afsluiting is een lunch. Na afloop van de intensieve angstbehandeling heeft Dario een afspraak met zijn hoofdbehandelaar. Dario geeft aan geen hulp meer nodig te hebben. Naar school gaan, verloopt prima. Dario lijkt te hebben geleerd hoe hij kan omgaan met nare gevoelens en dat hij, ondanks die gevoelens, toch kan doorzetten. Hij zegt: 'Ook al heb ik nog wel last van het idee dat mijn lichaam niet meewerkt, het lukt me toch om door te gaan!'

werd gekeken naar het verschil tussen de voor- en nameting en naar het verschil tussen de voormeting en follow-up (post hoc Tukey HSD toets).

WAT KUNNEN WE ERMEE?

Na afloop van de intensieve angstbehandeling van twee weken bleken jongeren minder angst te rapporteren ten aanzien van hun eigen doelgedragingen en gaven ze aan deze doelgedragingen ook meer op te zoeken. Echter, er waren geen significante verbeteringen op vragenlijsten die een breder palet aan angst- en stemmingsklachten meten. Hier zijn verschillende verklaringen voor mogelijk.

Ten eerste waren er grote individuele verschillen, was er veel spreiding in de data, en heeft een kleine onderzoeksgroep van tien personen maar weinig power om een verschil te kunnen detecteren.

Daarnaast waren de lijsten (SDQ en SCARED) mogelijk te breed, gericht op meerdere angststoornissen en stemmingsproblemen, terwijl er alleen met specifieke angsten werd geoefend. Wellicht kleurde de comorbiditeit van depressieve symptomen of andere angstklachten de bevindingen. Er was in deze groep inderdaad sprake van veel comorbide symptomen die

Box 4: Terugvalpreventieplan/ BANG-plan van Dario

B	Bang gevoel	Ontspanning Letten op ademhaling Schouders en nek ontspannen Handen even onder koud water doen
A	Angstige gedachten	Helpende gedachtes: Dit heb ik vaker gedaan Het nare gevoel is op een gegeven moment wel voorbij Het is niet het einde van de wereld Ik zal zo trots zijn op mezelf als ik het gedaan heb Mezelf afvragen hoe groot de kans is dat dit verkeerd uitpakt
N	Nieuwe oplossingen	Nieuwe oplossingen Van tevoren een plan maken Afdleiding zoeken Het hoeft allemaal niet in een keer: tussendoor even pauze nemen en wachten tot de angst wat gezakt is Denken aan wat mijn held zou doen
G	Goed gedaan, goed resultaat	Goed gedaan! Mezelf belonen: bijv. een film uitzoeken.

niet direct in de behandeling werden aangepakt en dus mogelijk niet veranderden. Dat zou kunnen terugkomen in een blijvend hoge score op de SDQ-subschaal ‘emotionele symptomen’ waar depressieve symptomen deel van uitmaken.

Een derde verklaring zou kunnen zijn dat ondanks de specifieke aandacht gedurende de behandeling voor de generalisatie naar het dagelijks leven, dit toch nog onvoldoende is. Aan de jongeren werd nadrukkelijk gevraagd thuis te oefenen op de woensdagen en in het weekend wanneer er geen bijeenkomst was. Wellicht zouden een of meer terugkombijeenkomst(en) met

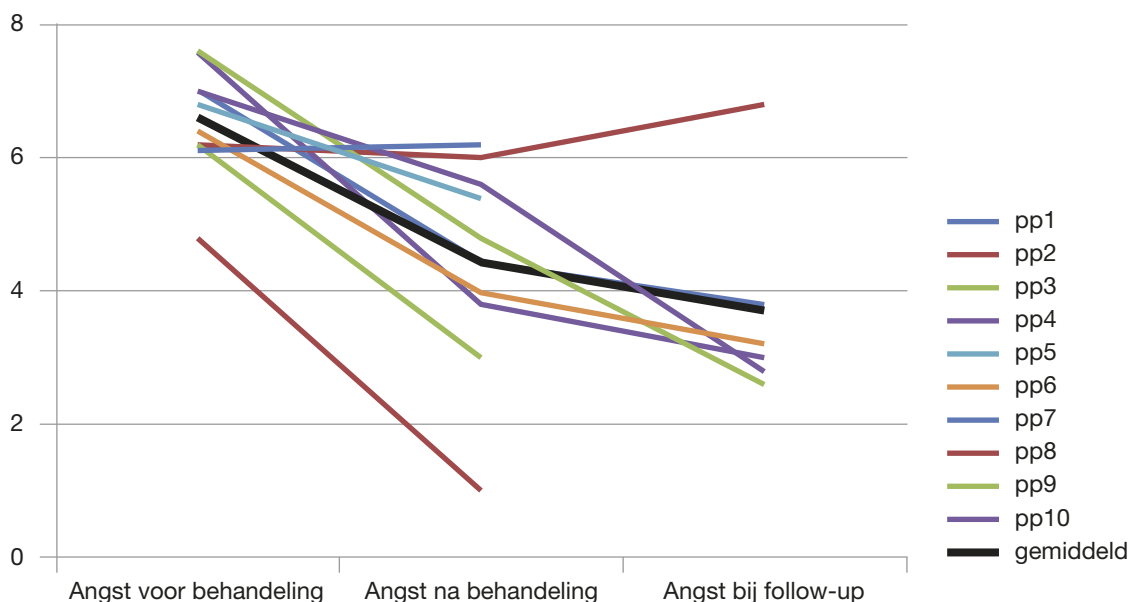
evaluatie van gestelde doelen kunnen bijdragen aan het blijven oefenen met angstige situaties en zo (ook?) aan het generaliseren naar situaties buiten de behandelsetting. Zo waren er bij de genoemde intensieve exposure behandeling bij PTSS goede ervaringen met wekelijkse vervolgsessies in de maand die volgde op de intensieve behandelweek (Hendriks e.a., 2017).

BEGRIIP EN (H)ERKENNING!

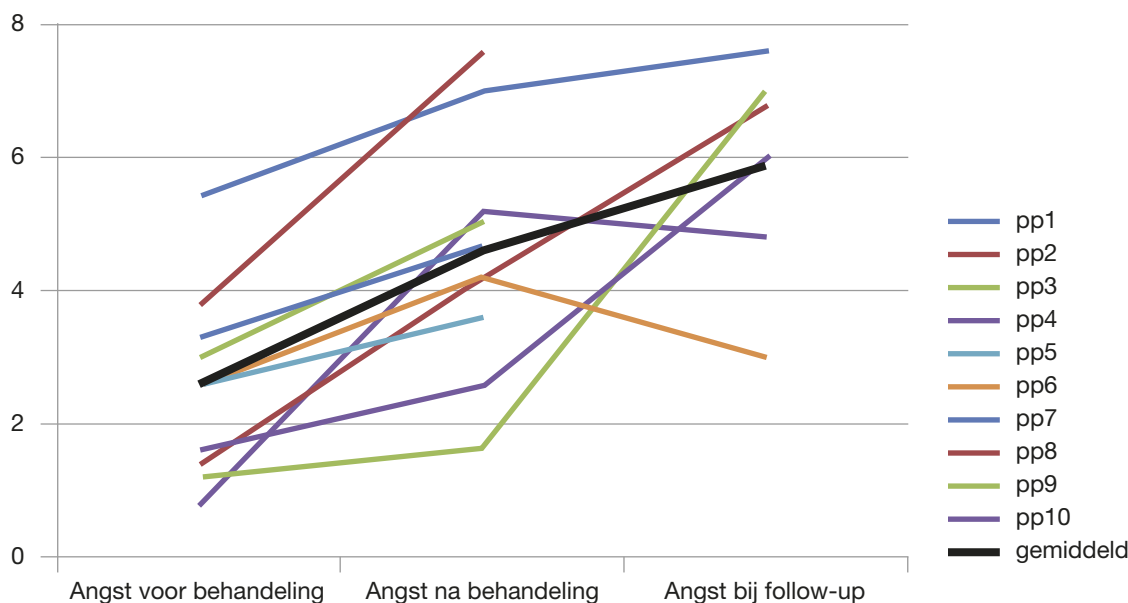
De intensieve angstbehandeling in twee weken waarbij de nadruk ligt op het oefenen (en doen!) in dagelijkse situaties lijkt in ieder geval een vermindering van angst en vermijding met zich mee te brengen. Het lijkt dus goed aan te sluiten bij de doelen die de jongeren voor zichzelf voor ogen hebben. Dit sluit ook aan bij de reacties die we zowel van jongeren, ouders als betrokken behandelaren hebben teruggekregen. Jongeren vonden het goed om in een groep met anderen aan de slag te gaan, het gaf (h)erkenning en resultaat! De jongeren gaven aan dat een behandeling in groepsvorm een voordeel was boven individuele behandeling omdat ze begrip van elkaar kregen en zichzelf herkenden in anderen. Ook konden ze elkaar motiveren om daadwerkelijk de exposure aan te gaan. Hierbij was tevens altijd een cgw’er beschikbaar, waardoor de kans op vermijding aanzienlijk kleiner was. Dit in tegenstelling tot een individuele behandeling waarin de verantwoordelijkheid voor het oefenen in de dagelijkse situaties veelal bij de jongeren zelf ligt en vermijding mogelijk meer op de loer ligt.

Naast de voordelen van deze groepsbehandeling zijn er ook enkele nadelen te noemen. We hebben in deze verschillende groepen gemerkt dat de samenstelling van de groep sterk van invloed kan zijn op de sfeer binnen de groep. Wat opviel was dat wanneer binnen de groep met name jongeren deelnamen bij wie primair sprake was van een sociale fobie, de groepsbehandeling aanvankelijk moeilijker van de grond kwam. Deze jongeren worden namelijk door deelname binnen een groep gelijk

Figuur 2. Beloop van angst op individuele doelgedragingen per deelnemer.



Figuur 3. Beloop van toenaderingsgedrag van individuele doelgedragingen per deelnemer.



blootgesteld aan de angsten die zij in hun angstladder hebben opgesteld, zoals spreken in een groep of vragen stellen. Deze observatie komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek, waaruit bleek dat groepsbehandeling voor zeer sociaal angstige jongeren zelfs minder goed werkte dan een individuele behandeling (Manassis e.a., 2002). Onze indruk was dat de groepsbehandelingen beter liepen wanneer er ook jongeren deelnamen die geen last hadden van sociale angst. Bij de samenstelling van groepen zou hiermee rekening gehouden kunnen worden. Een ander nadeel van de groepsbehandeling was dat een paar jongeren deelname aan de groep zó beangstigend vonden dat ze toch op het laatste moment afhaakten, ondanks een uitgebreide individuele voorbereiding op maat. Dit zorgde ervoor dat de groeps-samenstelling een keer beduidend lager uitviel dan van te voren gepland was: in plaats van het in principe minimale aantal van vier deelnemers kwamen er uiteindelijk maar twee. We lieten het toch doorgaan omdat deze jongeren erop rekenden. We hadden vervolgens genoeg aan één in plaats van twee cgw'ers in de behandeling. Dit vraagt flexibiliteit van behandelaren en de zorg kan op deze manier relatief duur zijn.

EEN BOOST IN DE VAKANTIE

Naast bovenstaande overwegingen met betrekking tot de groepsamenstelling is het tot slot goed om te noemen dat we er bewust voor hebben gekozen om de behandeling bij voorkeur deels in de vakantie te laten plaatsvinden. De insteek is dat de eerste week in de vakantie wordt geboden, zodat er niet teveel schooldagen worden gemist. Bovendien kan dan in de tweede week geoefend worden met moeilijke situaties binnen de schoolse setting. Bezwaar hiertegen zou kunnen zijn dat angstige jongeren ook behoefte hebben aan vakantie. We hebben echter van de jongeren en ouders vooral begrepen dat zij het prettig vinden dat ze op deze manier niet te veel van school missen. Een praktijkvoorbeeld laat zien dat een jongere deze twee

weken als boost heeft gebruikt om een doorstart te kunnen maken op school, waardoor langdurig schoolverzuim en bijbehorende achterstand in de algehele ontwikkeling (en kosten) werd voorkomen.

Het is belangrijk om te benadrukken dat dit een pilot betreft: we hebben voorzichtig de eerste resultaten bij tien jongeren in kaart gebracht. Het is de vraag of deze tien jongeren een representatieve groep zijn geweest. Bovendien is het een open studie, waarin niet is gecontroleerd voor bijvoorbeeld het verstrijken van de tijd. Het zou goed zijn dit onderzoek te herhalen in een gecontroleerd onderzoek met veel meer deelnemers, waarin wordt gekeken naar de effecten op korte en op lange termijn. Nader onderzoek is tevens gewenst om meer inzicht te verkrijgen in de werkzame elementen en in welke jongeren mogelijk het meest profiteren (verschil *stepped-care/matched care*). In dit vervolgonderzoek zou eventueel de ADIS-C (*Anxiety Disorder Interview Schedule for Children*; Silverman e.a., 1996) als instrument aanvullend kunnen worden meegenomen om de angststoornissen specifiek te kunnen evalueren.

Al met al kijken wij tevreden terug op onze pilotstudie. De intensieve angstbehandeling krijgt binnen onze instelling dan ook zeker een vervolg. We hebben de indruk dat deze intensieve angstbehandeling verschillende elementen heeft die zorgen voor het gewenste effect bij deze jongeren met veel klachten en vaak een lange hulpgeschiedenis: veel oefenen, focus, weinig mogelijkheden tot vermijding en minder afleiding. En dat in een stimulerende omgeving met jongeren met vergelijkbare klachten die ook hard aan de slag gaan met het bereiken van de top van hun ladder.

De auteurs danken Anne Nijboer, Renate Korner en Imre Rietman voor hun inzet als behandelaren en voor de data-verzameling, Adina van der Marel voor haar inzet voor o.a. het invoeren van de data en de jongeren en ouders voor het invullen van de vragenlijsten.

LITERATUUR

- > Angelosante, A.G., Pincus, D.B., Whitton, S.W., Cheron, D., & Pian, J. (2009). Implementation of an intensive treatment protocol for adolescents with panic disorder and agoraphobia. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(3), 345-357.
- > Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 545-553.
- > Bögels, S.M. (2008). *Denken + Doen = Durven. Werkboek voor ouders*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- > Chase, R.M., Whitton, S.W., & Pincus, D.B. (2012). Treatment of adolescent panic disorder: A nonrandomized comparison of intensive versus weekly CBT. *Child & Family Behavior Therapy, 34*(4), 305-323.
- > Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research And Therapy, 58*, 10-23.
- > Donovan, C.L., Cobham, V., Waters, A.M., & Ochipinti, S. (2015). Intensive group-based CBT for child social phobia: A pilot study. *Behavior Therapy, 46*(3), 350-364.
- > Hendriks, L., Kleine, R. de, Heyvaert, M., Becker, E.S., Hendriks, G.J., & van Minnen, A. (2017). Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex post traumatic stress disorders: a single-trial design. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- > Kendall, P.C., & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (3e druk). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- > Manassis, K., Mendlowitz, S.L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., & Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. A randomized trial. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(12), 1423-1430.
- > Marien, W.E., Storch, E.A., Geffken, G.R., & Murphy, T.K. (2009). Intensive family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Applications for treatment of medication partial- or nonresponders. *Cognitive And Behavioral Practice, 16*(3), 304-316.
- > Nauta, M.H., Scholing, H.A. en Emmelkamp, P.M.G. (1998). *Idiosyncratische angstlijst (Angst en Actie)*. Groningen: Vakgroep Klinische Psychologie RuG.
- > Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 251-262.
- > Santucci, L.C., & Ehrenreich-May, J. (2013). A randomized controlled trial of the Child Anxiety Multi-Day Program (CAMP) for separation anxiety disorder. *Child Psychiatry And Human Development, 44*(3), 439-451.
- > Werkgroep Multidisciplinaire Zorgstandaard Angststoornissen (2017). *Zorgstandaard Angststoornissen (conceptversie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.