

Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1

onder redactie van
Caroline Braet & Susan Bögels

Boom, Amsterdam

© 2014 C. Braet en S.M. Bögels, p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam

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 enige 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 van de Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprerecht 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 een 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 from the publisher.

Deze uitgave is een herziene versie van de gelijknamige versie die in 2008 verscheen bij Boom.

Vormgeving omslag: Eelko van Iersel
Verzorging binnenwerk: image realize

ISBN 978 90 8953 205 3
NUR 777

www.behandelprotocollen.nl
www.boompsychologie.nl

Inhoud

1	Kinderen met psychische klachten: aanzet tot evidence-based werken9 <i>Caroline Braet en Susan Bögels</i>
2	DSM-5 en beschrijvende diagnostiek bij kinderen en jongeren en hun gezin.....27 <i>Susan Bögels en Caroline Braet</i>
3	Handelingsgerichte diagnostiek45 <i>Leen Van Vlierberghe, Paul Hamers en Caroline Braet</i>
4	Het SLIK-programma: behandelprotocol voor ernstige voedselweigering bij jonge kinderen67 <i>Daniël Seys, Eric Dumont, Marieke van Meerten, Hanneke Rensen en Pieter Duker</i>
5	Slaapproblemen bij kinderen: assessment en protocollaire behandeling.....91 <i>Anne Marie Meijer en Winni Hofman</i>
6	Kinderen met enuresis nocturna en urine-incontinentie: protocol voor behandeling119 <i>Eline Van Hoecke en Charlotte Van Herzeele</i>
7	Encopresis bij kinderen: protocol voor behandeling 153 <i>Joop Bosch</i>
8	Protocollaire behandeling van somatoforme stoornissen175 <i>Ellen Moens en Caroline Braet</i>
9	ToM-training: protocollaire behandeling bij kinderen met autismespectrumstoornissen..... 203 <i>Pim Steerneman, Katinka Smits en Loes Schalken</i>
10	Protocollaire oudertraining bij kinderen met een autismespectrumstoornis en gedragsproblemen.... 225 <i>Sjoukje van Warners en Barbara van den Hoofdakker</i>
11	Kinderen... de baas!?: behandeling van jonge kinderen met gedragsproblemen..... 255 <i>Wim De Mey en Els Merlevede</i>
12	Kinderen met ADHD: ouderprotocol voor behandeling..... 289 <i>Saskia van der Oord en Esther ten Brink</i>
13	Tics: protocollaire behandeling van tics bij kinderen en adolescenten315 <i>Cara Verdellen, Jolande van de Griendt, Sanne Kriens en Kees Hoogduin</i>
14	Pak aan: cognitieve gedragstherapie voor kinderen met depressieve symptomen..... 349 <i>Caroline Braet, Benedikte Timbremont, Guy Bosmans en Laura Wante</i>
15	Denken + Doen = Durven: groepsbehandeling voor kinderen en jongeren met angststoornissen ... 373 <i>Dorreke Peijnenburg, Loes Jongerden en Susan Bögels</i>

16	Bedwing je dwang: protocollaire behandeling voor kinderen en adolescenten met een dwangstoornis.....	405
	<i>Else de Haan</i>	
17	Denken + Doen = Durven bij ASS: behandeling van angststoornissen bij kinderen met autismespectrumstoornissen	423
	<i>Bonny van Steensel en Susan Bögels</i>	
18	STEPS: cognitieve gedragstherapie voor adolescente meisjes met een posttraumatische stressstoornis als gevolg van eenmalig seksueel geweld.....	443
	<i>Iva Bicanic en Astrid Kremers</i>	
19	Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag: behandelprotocol	465
	<i>Paula Sterkenburg en Carlo Schuengel</i>	
20	Emotieregulatietraining voor jongeren met (symptomen van) borderline persoonlijkheidsproblematiek	481
	<i>Tonny van Gemert, Marieke Schuppert en Herman Wiersema</i>	
21	Kinderen met overgewicht: multidisciplinaire behandeling	511
	<i>Caroline Braet, Ellen Moens en Saskia Mels</i>	
22	Boulimia nervosa en verwante eetstoornissen: protocollaire behandeling.....	533
	<i>Anita Jansen, Hermien Elgersma en Sandra Mulkens</i>	
23	Cannabisbehandelprotocol voor jongeren en jongvolwassenen: behandeling van problematisch middelengebruik en verslaving	565
	<i>Yvon Ivens, Reinout W. Wiers en Elske Saleminck</i>	
24	Jongeren met zelfbeschadigend gedrag: protocollaire cognitieve gedragstherapie.....	593
	<i>Nadja Slee, Nadia Garnefski en Philip Spinhoven</i>	
	Personalia	619

Kinderen met psychische klachten: aanzet tot evidence-based werken



Caroline Braet en Susan Bögels

1.1 Inleiding: evidence-based werken is niet zo evident

Als hulpverleners zullen we ons steeds meer moeten verantwoorden. Niet alleen tegenover onze collega's en onze werkgever; ook ouders van jongeren¹ met psychische problemen profileren zich steeds vaker als kritische consumenten die bepaalde kwaliteitseisen stellen aan de geleverde hulpverlening. Ook zij zullen de hulpverlener ter verantwoording roepen.

Er is momenteel geen gebrek aan behandelmethodieken voor kinderen en jeugdigen. Het zorglandschap kenmerkt zich eerder door een onoverzichtelijke wildgroei aan hulpverleningsmethodieken. Psychologen stellen zich dan ook terecht de vraag of ze wel goed bezig zijn. Zo goed en zo kwaad als ze kunnen, trachten ze een aangemelde problematiek te behandelen met een interventiemethodiek die zij vaak intuïtief daartoe geschikt achten. Ze missen echter 'harde' kwaliteitseisen. Naast informatie uit vaktijdschriften en richtlijnen kan dit boek hen hierbij helpen. In dit boek komt een selectie aan bod van behandelmethodieken voor kinderen en adolescenten die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen.

Het stellen van kwaliteitseisen aan de behandeling van kinderen en jeugdigen is hard nodig. Al meer dan tien jaar rapporteren onderzoekers (zie bijv. Weiss, Catron & Harris, 1999; 2000) dat de klassieke kinder- en jeugdpsychotherapie (ook 'care as usual' genaamd) geen aantoonbare effecten heeft, zelfs wanneer gecontroleerd wordt voor educatiegraad en inkomen van de ouders. De auteurs vinden voor 'care as usual' effectgrootten (zie box 1.1) rond de .00, terwijl de effectgrootte van een binnen de universiteit geëvalueerde behandeling tussen de .50 en .80 ligt. Angold, Costello, Burns, Erkanli en Farmer (2000) zijn genuanceerder: volgens hen is er wel een positief effect op te merken van een behandeling buiten de academische setting wanneer de jongeren maar lang genoeg behandeld worden. Helaas haken veel jongeren vroegtijdig af (De Haan, Boon, De Jong, Hoeve & Vermeiren, 2013) en wanneer jongeren langdurig in therapie zijn, wordt deze behandeling uitermate duur.

De beste meta-analyses van de laatste jaren zijn geleid door John Weisz. Weisz, Jensen-Doss en Hawley (2006) maakten voor de eerste maal een stand van zaken op van de effectiviteit van de kinder- en jeugdpsychotherapie met studies tot 2005. Cruciaal in hun bespreking was de vraag of een 'evidence-based' behandeling (of: 'Empirical Supported Treatments by empirical evidence', de zogenaamde EST) *beter is* dan care as usual. Daarbij vergeleken ze 32 studies waarbij goed gecontroleerde 'protocolgebaseerde' therapie-effectstudies (de zogenaamde 'RCT's' of 'randomized controlled trials'; zie ook box 1.2) voor verschillende problematiek bij jongeren (zoals alcohol- en drugsmisbruik, delinquentie, gedragsproblemen, depressie en angst) direct vergeleken zijn met een reguliere praktijk in een klinische setting. Er waren geen verschillen tussen beide condities wat betreft gemiddelde lengte van één therapiesessie (gemiddelde duur: tussen de 31 en 48 minuten), het gemiddelde aantal weken therapie voor één jongere (gemiddelde duur: tussen de 13 en 16 weken) en het gemiddelde aantal sessies (gemiddeld aantal: 12 tot 16 sessies). Men betrok daarbij zowel indivi-

1 De jongeren met psychische problemen worden in dit hoofdstuk cliënten genoemd.

duele als groepstherapieën en zowel ambulante als klinische behandelingen. Sterk aan deze meta-analyse was bovendien dat enkel die studies waren opgenomen die cliënten at random aan hetzij een protocolgebaseerde behandeling hetzij aan care as usual toewezen, waardoor tegemoetgekomen werd aan de vaak gehoorde kritiek dat de klinische praktijk een ander soort clientèle heeft die zich kenmerkt door complexere problematiek. Verder moest er naast een pretest ook een posttest zijn, waardoor de ontwikkeling van de cliënten beoordeeld kon worden. Opnieuw zijn de resultaten voor de klassieke kinder- en jeugdpsychotherapie bedroevend laag. Op grond van de effectgrootten kon geconcludeerd worden dat een jongere beter af was wanneer hij werd toegewezen aan een protocolgebaseerde behandeling dan 62% van de jongeren die care as usual kregen. Zelfs wanneer Weisz et al. (2006) controleren voor ernst van de symptomen, blijven hun conclusies dat een protocolgebaseerde behandeling het beter doet.

Onlangs publiceerde de groep een nieuwe meta-analyse (Weisz et al., 2013) met nog betere bevindingen. Alle RCT's (meer dan vijfhonderd) die gepubliceerd zijn over de voorbije veertig jaar (tot december 2010) over psychotherapie bij jongeren werden gescreend, waarbij nu al 52 studies (met meer dan vijfduizend jongeren die behandeld zijn) voldeden aan de criteria: namelijk dat ze een vergelijking maakten tussen protocolbehandelingen en care as usual. De bevindingen waren dezelfde als in 2006 en gelden voor zowel studies naar kinderen als naar adolescenten, en voor studies naar programma's voor depressieve jongeren, angstige jongeren, jongeren met ADHD of gedragsproblemen. Interessant is dat de evaluatie gunstig is voor zowel cognitief-gedragstherapeutische programma's als voor protocollen met een andere therapeutische achtergrond (Attachment Based Family Therapy of IPT; deze zijn te vinden in het tweede protocolboek: Braet & Bögels, 2013). Interessant is ook dat in deze meta-analyse bij de negentien studies die een follow-upmeting bevatten, de effect size niet daalde nadat de behandeling was afgelopen (met een gemiddelde follow-up van 31 weken na posttest). Ook bleek de effect size weliswaar wat lager in minderheidsgroepen, maar niet significant. Dit is hoopgevend, aangezien de meeste protocollen ontworpen zijn voor blanke jongeren, maar wel generaliseren over culturen heen.

Box 1.1 Effectgrootte

De laatste jaren wordt er vaak voor gekozen om het resultaat van een behandeling uit te drukken in een effectgrootte ('effect size' of ES). De verwachting is dat het belang van de effectindex ook in de praktijk sterk zal toenemen. De bekendste index voor effectgrootte is Cohen's d (Cohen, 1992). Deze wordt als volgt berekend: wil men een therapie evalueren, dan vergelijkt men de testscore van een groep behandelde mensen voor en na de behandeling (pretest versus posttest of pretest versus follow-up), waarbij degenen die tijdens de behandeling afhaakten ook geïncludeerd worden (de zogenaamde 'intention to treat') en dit verschil wordt gedeeld door de standaarddeviatie (van die bepaalde test die men in die studie berekent en waarvoor men gepoolde data gebruikt). Deze maat kan zowel een negatieve als een positieve waarde hebben. Bij een positieve waarde wijst de index op een gunstig effect van de interventie, bij een negatieve waarde is er sprake van een averechts effect. In theorie kan de index elke waarde aannemen; praktisch gezien schommelt ze meestal tussen de -2.0 en +3.0. In de praktijk leidt de index geregeld tot misverstanden. Zo is het de vraag hoe een effectgrootte van bijvoorbeeld .40 geïnterpreteerd moet worden. Mogen we bij een dergelijk resultaat wel of niet tevreden zijn? Het volgende schema, gebaseerd op een publicatie van Cohen (1992), biedt vuistregels om de waarde van de index te interpreteren.

een d tussen	wijst op
1.30 en hoger	een zeer groot effect
.80 en 1.29	een groot effect
.50 en .79	een middelgroot effect
.20 en .49	een klein effect
-.19 en .19	geen of een verwaarloosbaar effect
-.20 en -.49	een klein negatief effect

Wat is er nu zo kenmerkend voor Empirical Supported Treatment (EST)? De belangrijkste eis is dat in onderzoek de behandelingsmethodiek getoetst is en effectief lijkt te zijn. Het onderzoek moet daarbij aan strenge eisen voldoen (Chambless & Hollon, 1998) (zie ook box 1.2). Alleen wanneer de studies over klachtgerichte behandelingsmethodieken voldoen aan alle eisen van goed onderzoek, leiden tot goede resultaten en de effecten zijn aangetoond door minstens twee verschillende onderzoeksgroepen, spreekt men van ‘Empirical Supported Treatment’ en kan men spreken van ‘evidence-based werken’. Helaas zijn zeker voor kinderen nog niet voor alle klachten ‘empirisch ondersteunde behandelingen’ voorhanden. Men maakt daarom onderscheid tussen behandelingen waarvan het onderzoek ernaar aan alle eisen voldoet (de zogenaamde ‘werkzame’ behandelingen) en behandelingen waarvan het onderzoek volop vordert en die men als ‘waarschijnlijk effectief’ of ‘veelbelovend’ kan beschrijven. Verder zijn er nog twee groepen van behandelingen die niet tot EST behoren: de behandelingen die ‘opinion-based’ zijn, dat wil zeggen waarbij alleen de ervaring van de therapeut als maatstaf wordt gebruikt, of de behandelingen die ‘potentie’ hebben. In beide gevallen is echter nog verder onderzoek vereist (Veerman & Van Yperen, 2005).

Voor ons taalgebied zijn al een honderdtal protocollen als ‘waarschijnlijk effectief’ of ‘werkzaam’ beoordeeld (zie www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies). In dit boek worden na twee inleidende hoofdstukken één diagnostisch protocol en 21 behandelprotocollen voor kinderen en jeugdigen opgenomen. De mate waarin de gepresenteerde protocollen evidence-based zijn, varieert: de meeste zijn ‘waarschijnlijk effectief’ of ‘werkzaam’, maar er zijn ook protocollen waarbij de effectiviteit alleen is aangetoond bij volwassenen (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 22 over de behandeling van boulimia nervosa) of via een N = 1-design of een pilotstudy (waarin het therapieresultaat van minimaal tien behandelde kinderen wordt geëvalueerd). Deze kunnen we hier nog niet als ‘effectief werkzaam’ classificeren. Vanwege de geringe prevalentie van bepaalde problemen, de beperkte aandacht voor een probleem of wanneer men in een ontwerpfasen zit van een behandelmethodiek, is het logisch dat de allereerste publicaties over bepaalde behandelingen pilotstudy’s of enkelvoudige gevalsbeschrijvingen (N = 1) betreffen (zie ook Veerman & Van Yperen, 2005). Vaststaat wel dat voor elk van de protocollen in dit boek de evaluaties al voldoen aan bepaalde eisen uit de reeks beschreven in box 1.2, zoals: een duidelijke omschrijving van de doelgroep, de activiteiten (in de vorm van een draaiboek) en een objectieve resultaatbeoordeling. Indien mogelijk is er ook al vergeleken met een bij voorkeur aselecte controlegroep die de behandeling niet kreeg. Hoewel het onderzoek dus nog niet altijd aan de strenge eisen voldoet om tot een conclusie van ‘werkzame’ of ‘waarschijnlijk effectieve’ behandeling te leiden, hopen we onderzoek naar de effectiviteit van deze protocollen verder te stimuleren. Het is namelijk waarschijnlijk dat het toepassen van een dergelijk protocol effectiever is dan ongestructureerd werken. Het veelgeciteerde onderzoek van Schulte, Kunzel, Pepping en Schultebahrenberg (1992) bij volwassen cliënten met

angststoornissen laat namelijk zien dat protocollair werken effectiever is dan maatwerk waarbij een op de specifieke cliënt en diens probleem toegesneden behandeling werd toegepast.

Box 1.2 Criteria voor opsporing en ontwikkeling van empirisch ondersteunde behandelingen (naar Chambless & Hollon, 1998)

1. *onderzoek met meerdere proefpersonen met aselechte toewijzing (= gerandomiseerde, gecontroleerde trials of RCT's)*
2. *goed beschreven en dus repliceerbare behandelprocedures (uiteengezet in een protocol)*
3. *bewijsmateriaal voor eenduidige training van therapeuten en bewijs dat therapeuten zich aan de geplande procedure houden (= treatment integrity)*
4. *tests met klinische steekproeven, dat wil zeggen kinderen die in aanmerking komen voor behandeling (= clinical trials)*
5. *resultaatbeoordeling met meerdere methoden*
6. *resultaat verkregen door minstens twee verschillende onderzoeksgroepen, onafhankelijk van elkaar*
7. *toetsing van de klinische significantie van resultaten*
8. *toetsing van behandelprocedures, naast symptoomverbetering, aan echte, functionele resultaten*
9. *beoordeling van resultaten op de lange termijn*

De eis van 'standaardisatie' (zie punt 2 bij de criteria van Chambless & Hollon, 1998) hoeft niet te impliceren dat een behandelprotocol een 'kookboek' wordt. Zoals uit dit boek blijkt, kunnen protocollen sterk variëren. Wat is dan de gemeenschappelijke kern? Volgens de criteria van evidence-based werken moeten de behandelprocedures duidelijk zijn en repliceerbaar. Volgens Weisz et al. (2006) valt vooral op dat wanneer men onderzoek doet in een reguliere praktijk, de therapeuten hun procedures niet goed omschrijven. Ze schrijven het succes van EST dan ook vooral toe aan de gehanteerde procedures. Een goed behandelprotocol omschrijft in ieder geval de doelgroep, de rationale, het aantal sessies waarin men moet voorzien, welke methodieken er moeten worden toegepast en wat er stapsgewijs moet gebeuren (de activiteiten). Het draaiboek omvat verder richtlijnen voor het opzetten van de behandeling, de inclusie- en exclusiecriteria, de huiswerkopdrachten en suggesties voor evaluatie van het effect van de behandeling. Voldoet een draaiboek aan deze indicaties, dan levert het voldoende garanties omtrent de standaardisatie van de behandeling, de overdraagbaarheid en de herhaalbaarheid. De protocollen die in dit boek zijn opgenomen zijn hiervan een voorbeeld.

1.2 Behandelprotocollen: de voordelen op een rijtje

Degenen die een protocol in handen krijgen, zijn vaak kritische gebruikers. Daarom worden de voordelen van protocollen nog even op een rijtje gezet.

Een protocol ontstaat niet op één dag. Wanneer een protocol ontworpen wordt, is dit gebaseerd op heel veel ervaring van mensen die deze problematiek vaak jarenlang behandelden. Het protocol is meestal verschillende keren voorgelegd aan een forum van deskundigen. Daarom biedt zo'n protocol een schat aan informatie en is het interessant voor iedereen die in de praktijk werkt en misschien zelfs in het bijzonder voor hen die nog maar kort in de praktijk werken. Het is ook heel bruikbaar voor diegenen die met heel diverse proble-

matiek te maken hebben en niet in alles evenveel expertise hebben. Behandelprotocollen maken het immers gemakkelijker om therapeuten op een bepaald niveau van technische en klinische bekwaamheid te brengen.

Protocollen zijn overdraagbaar en repliceerbaar. Dat is niet alleen belangrijk voor onderzoek, maar ook voor de klinische praktijk. Wanneer cliënten bijvoorbeeld worden doorverwezen, kan men helder communiceren (hoeveel van) welk protocol een cliënt gevolgd heeft en welk resultaat dat gehad heeft. Ook voor de cliënt zelf geeft een protocol veel duidelijkheid over waar men mee bezig is, welk resultaat verwacht kan worden, welke inspanning daarbij van de cliënt verwacht wordt, en hoe lang dit gaat duren. Hierdoor is legitimatie mogelijk, dat wil zeggen valide uitspraken en voorlichting omtrent de gebruikte behandeling.

Protocollen zijn gebaseerd op een theoretisch model of modellen waarin de antecedenten en gevolgen van een probleem in kaart zijn gebracht, vaak ondersteund door onderzoeksgegevens. Eigenlijk heeft een protocol dus ook het voordeel dat er al van tevoren een algemene probleemanalyse heeft plaatsgevonden van een bepaald probleem, rekening houdend met het onderzoek dat daarnaar is gedaan. De modellen onderkennen dat klinische problemen heterogeen zijn en door verschillende factoren veroorzaakt kunnen worden of erdoor in stand worden gehouden. Het is ongetwijfeld een kracht dat protocollen met deze diversiteit rekening houden.

Protocollen zijn getoetst op hun effectiviteit, en zijn doorgaans (veel) effectiever dan care as usual. Dat neemt niet weg dat er ook protocollen gepubliceerd worden waarvan de effectiviteit (nog) niet onderzocht is, of die niet bewezen effectief zijn. Een goed protocol gaat echter steeds uit van een samenvatting van de beschikbare onderzoeksgegevens en evalueert voortdurend. Zelfs wanneer het evaluatieonderzoek nog aan de gang is, biedt het protocol het voordeel dat het een gestandaardiseerde aanpak verschaft, wat meer garanties voor evaluatie geeft, zelfs in een reguliere praktijk waar men één cliënt met één protocol behandelt.

1.3 Wat werkt?

Hoe is het nu gesteld met de effectiviteit van de kinder- en jeugdpsychotherapie voor diverse problematiek? De klachten waarmee jongeren zich vaak presenteren zijn voor ons het uitgangspunt geweest bij de samenstelling van dit boek. Vervolgens zijn we samen met de auteurs van dit boek op zoek gegaan naar een behandelmethodiek die, volgens onderzoek, aantoonbaar werkt. Hierbij stonden we open voor verschillende therapeutische scholen. Wanneer we het werk van Weisz et al. (2006) raadplegen, dan leren we dat momenteel ongeveer 75% van de geëvalueerde behandelingen (cognitief-)gedragstherapeutisch (CGT) georiënteerd is, terwijl 19% een multisystemische aanpak heeft, en een minderheid interpersoonlijke therapie of het motivationele interview als therapie evalueert. Ondanks dat het aantal overzichten omtrent werkzame behandelingen gestaag groeit, nemen we hier als basis het overzicht dat in 2001 gepubliceerd is in de *European Child & Adolescent Psychiatry* (Hibbs, 2001). Vervolgens hebben we de verschillende auteurs van de huidige behandelprotocollen gevraagd hun programma hierin te situeren.

Tabel 1.1 geeft een overzicht van de geselecteerde behandelingen voor 21 verschillende klachten die het label ‘werkzaam’, ‘waarschijnlijk effectief’ of ‘veelbelovend’ toegekend krijgen. Het label ‘werkzaam’ betekent dat het onderzoek aan alle eisen voldoet (Chambless & Hollon, 1998; Hibbs, 2001). Ondanks de hoge eisen zijn er al negen die deze status verdienen. Bij ‘waarschijnlijk effectief’ ontbreekt nog één ultieme test. Hier vallen nog eens negen programma's onder. Meestal blijft de laatste evaluatie uit omdat er niet voldoende middelen

gevonden worden. Voor drie protocollen vonden we het label ‘veelbelovend’ het meest gepast, ondanks dat onderzoek in de goede richting wijst, omdat nog verder uitsluitel nodig is. De meeste programma’s die zijn opgenomen in tabel 1.1 zijn gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische interventies. Sommige programma’s zijn aanpassingen van bestaande programma’s en in hun aangepaste vorm nog niet voldoende getoetst om het kwaliteitslabel ‘werkzaam’ te krijgen. In ieder geval zijn ze vooraf getoetst door deskundige kindertherapeuten specifiek voor het gebruik ervan bij kinderen, jongeren of hun ouders. Men kan daarbij niet stellen dat kinderprotocollen altijd/nooit afgeleid moeten/mogen worden van werkzame programma’s voor volwassenen. Men zal dit steeds per klacht moeten bekijken.

Tabel 1.1 geeft maar summier weer wat er op het terrein van de kinderpsychotherapie zoal gebeurt. Zo leeft voor vele problemen sterk de vraag of het therapeutisch werken met ouders nu beter is dan het therapeutisch werken met een kind alleen en of een gecombineerde behandeling nog effectiever is. Voor zover hierover al uitsluitel is, wordt verwezen naar de paragraaf ‘Onderzoeksbevindingen’ in de verschillende hoofdstukken. Aangezien een kind niet los kan worden gezien van zijn omgeving, worden over de rol van de ouders in elk hoofdstuk enkele beschouwingen beschreven onder de paragraaf ‘Rol van de omgeving’. Voor sommige klachten vindt men het momenteel wel raadzaam parallel met de ouders te werken. In die gevallen heeft de combinatiebehandeling de voorkeur en is deze ook al protocolair uitgewerkt (hetzij geïntegreerd, hetzij in twee aparte protocollen). We selecteerden hier zowel protocollen gericht op kinderen of adolescenten zelf (met beperkte richtlijnen voor het betrekken van de ouders), geïntegreerde ouder-en-kindprotocollen, programma’s waarin aparte protocollen beschreven staan voor ouders en kinderen, als programma’s (vooral bij problemen bij jonge kinderen) die uitsluitend gericht zijn op de ouders. Het is een uitdaging voor de kinder- en jeugdpsychotherapie om voor elke klacht de juiste vorm van samenwerking met de ouders en de jongere te vinden.

Voor sommige klachten komt daarbij dat men ook de vraag moet beantwoorden of medicatie enige baat heeft, dan wel even effectief is. Een andere vraag die men beantwoord wil zien is hoe groot de slaagkansen zijn van een behandeling. Dit wil zeggen dat niet alleen effect sizes van belang zijn, maar ook hoeveel kinderen een behandeling succesvol beëindigen en hoeveel het in de korte- of langetermijnfollow-up nog altijd goed doen. Succes, oftewel ‘high end state functioning’, wordt dan gedefinieerd als niet meer voldoen aan de criteria van de stoornis, dus diagnosevrij zijn, en/of onder een afkappunt zijn geraakt op een vragenlijst die de symptomen meet. Veel onderzoek hieromtrent staat echter nog in de kinderschoenen; hierover biedt tabel 1.1 geen uitsluitel. Ten slotte ziet men ook dat groepsprogramma’s soms effectiever zijn dan wanneer de behandelprincipes op één kind worden toegepast. In dit boek zijn negen programma’s als groepsprogramma beschreven. Maar of het resultaat beter is, moet nog verder onderzocht worden. Voor zover de auteurs op de hier beschreven vragen een antwoord konden formuleren, hebben zij dit in de paragraaf ‘Onderzoeksbevindingen’ in hun hoofdstuk nader toegelicht.

Een andere kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat de hier beschreven behandeling daarom niet de enige behandeling is die werkzaam is en dus doen we in tabel 1.1 helemaal geen uitspraken over mogelijke andere werkzame behandelingen voor deze klacht, of over combinatiebehandelingen met bijvoorbeeld medicatie, of over de kosteneffectiviteit van de behandelingen.

Tot slot moet opgemerkt worden dat er een reeks behandelingen voor kinderen en adolescenten niet in tabel 1.1 staat, denk hierbij bijvoorbeeld aan problemen zoals stotteren, anorexia nervosa, agressieve adolescenten, impulsieve kinderen, faalangst, selectief mutisme, jongeren met paniekaanvallen, jongeren die suïcidaal zijn, chronische posttraumatische stressstoornis, of jongeren met psychotische perioden. Een aantal van deze proto-