

Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 2

onder redactie van
Caroline Braet & Susan Bögels

Uitgeverij Boom, Amsterdam

© 2013 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 vervoelvoudigd, 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 Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van 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.

Vormgeving omslag: Eelko van Iersel
Beeld omslag: Anne Reitsma
Verzorging binnenwerk: Nico Buitendijk

ISBN 978 90 6105 016 8

NUR 777

www.behandelprotocollen.nl

www.uitgeverijboom.nl

Inhoud

| | |
|---|--|
| Inleiding..... | 9 |
| <i>Susan Bögels en Caroline Braet</i> | |
| 1 | Familietherapie (FBT): behandeling van anorexia nervosa bij adolescenten..... 17 |
| <i>Lien Goossens, Liesbet Boone, Kim Van Durme en Annelies Matton</i> | |
| 2 | Zelf plannen: cognitief gedragstherapeutische plannings- en organisatietraining voor adolescenten met ADHD 43 |
| <i>Bianca Boyer, Marije Kuin en Saskia van der Oord</i> | |
| 3 | Mindfulness voor kinderen en adolescenten met ADHD en hun ouders 65 |
| <i>Susan Bögels, Dorreke Peijnenburg en Saskia van der Oord</i> | |
| 4 | Braingame Brian: een executieve functietraining met game-elementen voor kinderen met ADHD 85 |
| <i>Esther ten Brink, Sebastiaan Dovis, Albert Ponsioen, Hilde Geurts, Saskia van der Oord, Marieke de Vries en Pier Prins</i> | |
| 5 | Sociale vaardigheidstraining voor kinderen met een autismespectrumstoornis..... 115 |
| <i>Anne Deckers, Marieke Gunther, Peter Dijkshoorn, Welmoed Pietersen en Jeffrey Roelofs</i> | |
| 6 | Interpersoonlijke psychotherapie (IPT): behandeling bij adolescenten met een depressie 139 |
| <i>Cecile Gunning, Kosse Jonker en Lotte Berkhout</i> | |
| 7 | D(o)epressie cursus: een groepsbehandeling voor depressieve adolescenten 157 |
| <i>Yvonne Stikkelbroek, Denise Bodden en Henk Bouman</i> | |
| 8 | Attachment-based family therapy (ABFT): een evidence-based systeemtherapeutisch behandelprogramma voor depressieve adolescenten..... 179 |
| <i>Guy Bosmans, Eva Vandevivere en E. Stephanie Krauthamer Ewing</i> | |
| 9 | Rouwhulp: behandeling ter preventie van (dreigende) gecompliceerde rouw bij kinderen en adolescenten 201 |
| <i>Mariken Spuij en Paul Boelen</i> | |
| 10 | Schematherapie: behandeling van adolescenten met persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling..... 229 |
| <i>Jeffrey Roelofs, Tineke van der Linden, Marian Blokland, Dorien Roodenrijs, Ardy Quaedackers, Judith Vanhommerig, Luciënne Becker en Mieke Boots</i> | |
| 11 | Behandeling van kinderen met selectief mutisme 259 |
| <i>Max Güldner en Els Wippo</i> | |
| 12 | SlimSlapen: cognitieve gedragstherapie voor insomnia (CGT-i) bij adolescenten 277 |
| <i>Eduard de Bruin, Dé Waterman en Anne Marie Meijer</i> | |

| | | |
|----|---|-----|
| 13 | EMDR: een behandeling voor jonge kinderen en adolescenten met traumagerelateerde klachten..... | 313 |
| | <i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i> | |
| 14 | WRITEjunior: schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten | 335 |
| | <i>Sacha Lucassen en Saskia van der Oord</i> | |
| 15 | Slapende honden? Wakker maken!: behandeling van kinderen en adolescenten met vroegkinderlijk chronisch trauma..... | 353 |
| | <i>Arienne Struik</i> | |
| 16 | Gecomputeriseerde trainingen voor verslavingsgedrag bij adolescenten..... | 377 |
| | <i>Reinout Wiers, Denise van Deursen, Andrea Wolf en Elske Saleminck</i> | |
| 17 | Het PrOP-model: kortdurende psychologische interventies voor kinderen en adolescenten | 399 |
| | <i>Sara Debruyne en Nathalie Haeck</i> | |
| 18 | Mindful Parenting..... | 423 |
| | <i>Susan Bögels</i> | |
| 19 | Denken + Doen = Durven: preventie van angststoornissen bij kinderen | 443 |
| | <i>Ellin Simon, Arjan Bos en Susan Bögels</i> | |
| 20 | Doe-praatgroep: preventieve ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen..... | 467 |
| | <i>Floor van Santvoort en Ferry Goossens</i> | |
| 21 | PASTA: groepstraining voor faalangst en sociale angst bij adolescenten | 493 |
| | <i>Maaïke Nauta, Esther Sportel en Eva de Hullu</i> | |
| | Personalia..... | 519 |

Diverse bijlagen zijn beschikbaar via www.behandelprotocollen.nl.

Inleiding

De behandeling van kinderen met psychische problemen en hun ouders is een zeer belangrijk onderwerp in de politiek, in de behandelinstellingen, in de DSM, op school, in het gezin en voor het kind zelf. Logisch, want het kind heeft de toekomst. Toch verscheen het eerste boek over kinderpsychiatrie pas in 1935, werd het eerste artikel over het meten van effecten van de behandeling van kinderen pas gepubliceerd eind 1980 en was het diagnosticeren van jonge kinderen tot voor kort taboe. Bovendien wordt het ontwikkelingsperspectief van psychiatrische stoornissen pas nu, in de DSM-5, serieus opgepakt.

Ook het protocollair behandelen van psychische problemen bij kinderen is relatief recent. Toen het protocollair werken was doorgedrongen in de volwassenenzorg, werden kinderen helaas nog behandeld zonder protocol, met speltherapie, praattherapie, of ouderbegeleiding. Niet dat deze behandelingen niet zouden werken, maar uit het volwassenenonderzoek werd duidelijk dat gestandaardiseerd werken, volgens een vast protocol, beduidend effectiever was en minder tijd (en dus geld) kostte dan niet-geprotocolleerd behandelen. Bovendien vonden cliënten het prettiger, werden hulpverleners er beter door getraind en konden minder ervaren hulpverleners de protocollen net zo goed uitvoeren als ervaren hulpverleners.

In korte tijd is er veel veranderd. Er worden steeds meer protocollen uitgegeven voor het behandelen van psychische problemen bij kinderen en hun ouders. In het boek *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1* (Braet & Bögels, 2008) worden 21 van dergelijke protocollen beschreven. Dit boek heeft een belangrijke invloed gehad op de jeugdzorg en jeugd-ggz, en heeft geleid tot een belangrijke toename van het gebruik van protocollen in Nederland en België. Ook heeft het boek bijgedragen aan de opleiding van hulpverleners in het werken met protocollen.

Nu, vijf jaar later, zijn er vele nieuwe protocollen ontwikkeld die effectief blijken te zijn. Het gaat om protocollen voor psychische problemen die niet in het in 2008 verschenen boek voorkwamen, zoals een protocol voor selectief mutisme, om nieuwe effectieve(re) methoden voor de behandeling van psychische problemen die al wel in het boek beschreven stonden, zoals de schrijftherapie en EMDR voor de behandeling van een eenmalig trauma, en om protocollen voor andere leeftijden, zoals de plannings- en organisatietraining voor adolescenten met ADHD. Daarom vonden we dat het tijd werd voor een deel 2. In dit deel worden, net als in wat we vanaf nu deel 1 van het protocollenboek noemen, behandelprotocollen beschreven voor de behandeling van uiteenlopende psychische stoornissen bij kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar. Naast behandelprotocollen worden er nieuwe trends opgenomen, zoals onder andere meer interactioneel en systemisch gerichte interventies, en enkele preventieve protocollen, bijvoorbeeld een protocol voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Bovendien worden er in dit tweede deel protocollen beschreven die voor veel verschillende psychische problemen kunnen worden ingezet, zogenoemde stoornis-overstijgende protocollen, zoals Mindful Parenting, of die zich expliciet richten op veronderstelde onderliggende mechanismen, zoals een werkgeheugentraining.

Evidence-based of veelbelovend

De meeste protocollen die we hebben geselecteerd zijn evidence-based. Slechts enkele van de geselecteerde protocollen zijn nog niet evidence-based. We hebben deze protocollen toch in het boek opgenomen omdat wij ze om inhoudelijke redenen veelbelovend of innovatief vonden, of omdat ze een behandelneed opvulden. Net als in deel 1 hebben we een tabel opgemaakt met een evaluatie van de 21 beschreven protocollaire behandelingen voor psychische klachten bij kinderen en jeugdigen. Hiervoor hebben we de behandelingen inge-

deeld in drie categorieën: werkzaam, waarschijnlijk effectief en veelbelovend (zie tabel 1). Hierbij hanteerden we de negen criteria die Chambless en Hollon hebben geformuleerd (Braet en Bögels, 2008; Chambless & Hollon, 1998) voor ‘werkzaam’ (met minimaal twee gecontroleerde studies door onafhankelijke groepen). Behandelingen die nog in een pilot-fase verkeren, plaatsten we in de categorie ‘veelbelovend’. Tot slot kregen behandelingen de status ‘waarschijnlijk effectief’ wanneer er slechts één gecontroleerde studie plaatsvond onder de doelgroep kinderen en adolescenten en/of wanneer er voor soortgelijke behandelingen al meerdere gecontroleerde studies gebeurden onder volwassenen.

Tabel 1 Evaluatie van 21 protocollaire behandelingen voor psychische klachten bij kinderen en jongeren die werkzaam, waarschijnlijk effectief of veelbelovend zijn

| | | Veelbelovend | Waarschijnlijk effectief | Werkzaam |
|----|---|--------------|--------------------------|----------|
| 1 | Familietherapie (FBT): behandeling van anorexia nervosa bij adolescenten | | | X |
| 2 | Zelf plannen: cognitief gedragstherapeutische plannings- en organisatietraining voor adolescenten met ADHD | | X | |
| 3 | Mindfulness voor kinderen en adolescenten met ADHD en hun ouders | | X | |
| 4 | Braingame Brian: een executieve functietraining met game-elementen voor kinderen met ADHD | | X | |
| 5 | Sociale vaardigheidstraining voor kinderen met een autismespectrumstoornis | | X | |
| 6 | Interpersoonlijke psychotherapie (IPT): behandeling van adolescenten met een depressie | | X | |
| 7 | D(o)epressie cursus: een groepsbehandeling voor depressieve adolescenten | | | X |
| 8 | Attachment-based family therapy (ABFT): een evidence-based systeemtherapeutisch behandelprogramma voor depressieve adolescenten | | | X |
| 9 | Rouwhulp: behandeling ter preventie van (dreigende) gecompliceerde rouw bij kinderen en adolescenten | X | | |
| 10 | Schematherapie: behandeling van adolescenten met persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling | X | | |
| 11 | Behandeling van kinderen met selectief mutisme | | X | |
| 12 | SlimSlapen: cognitieve gedragstherapie voor insomnia (CGT-i) bij adolescenten | | X | |
| 13 | EMDR: een behandeling voor jonge kinderen en adolescenten met traumagerelateerde klachten | | | X |
| 14 | WRITEjunior: schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten | X | | |
| 15 | Slapende honden? Wakker maken!: behandeling van kinderen en adolescenten met een vroegkinderlijk chronisch trauma | X | | |
| 16 | Gecomputeriseerde trainingen voor verslavingsgedrag bij adolescenten | X | | |
| 17 | Het ProP-model: kortdurende psychologische interventies voor kinderen en adolescenten | X | | |
| 18 | Mindful Parenting | | X | |
| 19 | Denken + Doen = Durven: preventie van angststoornissen bij kinderen | | X | |
| 20 | Doe-praatgroep: preventieve ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen | | X | |
| 21 | PASTA: groepstraining voor faalangst en sociale angst bij adolescenten | | X | |

Effectiviteit van protocollaire behandelingen

In de introductie van deel 1 beschreven we de stand van zaken van de wetenschappelijke kennis over de effectiviteit van protocollaire en niet-protocollaire behandelingen van kinderen met psychische problemen en hun ouders. We concludeerden dat een protocollaire behandeling aanzienlijk effectiever is dan *treatment as usual* bij kinderen en jeugdigen met psychopathologie. De laatste grote meta-analyse die we daar bespraken, betrof die van Weisz, Jensen-Doss en Hawley (2006) naar 32 studies waarin een directe vergelijking werd gemaakt (gerandomiseerd) tussen protocollaire behandeling, evidence-based treatment, en treatment as usual. Het ging om studies bij kinderen met delinquentie en/of verslaving ($N = 17$), een gedragsstoornis ($N = 12$), of internaliserende stoornissen ($N = 3$). Protocollaire behandeling was effectiever dan treatment as usual (TAU), met een klein tot gemiddeld *effect size*-verschil (.30). Op grond van de effectgrootten kon worden geconcludeerd dat wanneer een jongere werd toegewezen aan een protocollaire behandeling hij beter af was dan 62% van de jongeren die TAU kregen. Het verschil bleef bestaan na controle voor ernst van de problematiek en allochtone kinderen. Hoewel deze meta-analyse een al wat gunstiger beeld gaf in vergelijking met eerdere meta-analyses van onder meer Weisz et al. over de effectiviteit van TAU, bleek opnieuw de protocollaire behandeling effectiever.

Een kritische meta-analyse naar variabelen die zouden kunnen verklaren waarom evidence-based treatment beter is dan TAU verscheen na het verschijnen van *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1* en is interessant om hier te vermelden (Spelmans, Gatlin & McFall, 2010). Wanneer Spelmans, Gatlin en McFall bonafide TAU vergeleken met evidence-based treatment, waarbij gecontroleerd werd voor variabelen zoals of de therapeuten van de evidence-based treatment onderzoekers waren naast therapeut, of ze gespecialiseerde training hadden gehad in de evidence-based procedure, of ze supervisie kregen en wat hun caseload was, dan was het meereffect van evidence-based treatment nog maar klein. Uit deze meta-analyse kunnen we echter leren dat de specifieke kenmerken van het gebruik van protocollen, dat wil zeggen dat therapeuten kennis van onderzoek hebben, speciaal getraind en gesuperviseerd worden, en voldoende tijd hebben om zich op een protocollaire sessie voor te bereiden (dus een niet te grote caseload hebben), belangrijk zijn en in de klinische praktijk ook geïmplementeerd moeten worden bij de invoering van de protocollen.

Tot slot bespreken we een recent voorbeeld van een goed onderzoek naar de effectiviteit van TAU in de kinder- en jeugdzorg. Bachmann, Bachmann, Heinzl-Gutenbrunner, Remschmidt en Mattejat (2010) onderzochten de effectiviteit van TAU bij 306 cliënten (ADHD, $N = 94$; gedragsstoornis, $N = 57$; angststoornissen, $N = 53$; depressieve stoornissen, $N = 38$; anders, $N = 64$) van acht kinderpsychiatrische instellingen. CBCL-data bij pretest en na één jaar werden verzameld. De behandelingen werden ingedeeld in hoge dosis (> 8 sessies) en lage dosis (< 8 sessies; alleen diagnostiek en kortdurende interventie). Voor de groep als geheel bleek TAU niet effectief, omdat er geen verschil werd gevonden tussen de korte en langere behandelduur. Verdere analyses naar subgroepen lieten zien dat bij kinderen met een gedragsstoornis of een depressieve stoornis geen verschil in effect werd gevonden tussen de korte en lange behandeling, wat suggereert dat TAU niet werkt bij een gedrags- of een depressieve stoornis. Voor kinderen met ADHD en angststoornissen werd wel een groter effect gevonden van de lange versus de korte behandeling, met een kleine tot middelgrote effect size, wat suggereert dat TAU wel (enigszins) effectief is bij het langdurig behandelen van ADHD en angststoornissen. Geconcludeerd kan worden dat treatment as usual dus wel degelijk effectief kan zijn, in ieder geval bij sommige stoornissen, maar dat protocollaire, evidence-based treatment meer effect oplevert (grotere effecten en bij meerdere klachten) effect oplevert.

Voordelen van protocollair werken

De voordelen van protocollair werken zijn velerlei en hebben we in het introducerende hoofdstuk van deel 1 uiteengezet. Kort samengevat: protocollaire behandelingen zijn doorgaans effectiever, korter (en daardoor goedkoper), transparant voor de cliënt (vanwege de voorspelbaarheid van het aantal sessies, de methoden, duidelijk gestructureerd materiaal in de vorm van een werkboek of werkbladen enzovoort) en niet stigmatiserend (omdat de behandelingen de vorm hebben van een cursus of training). Bovendien geven protocollen de hulpverlener kennis en houvast, en zijn ze efficiënt wat betreft kennisverspreiding; hulpverleners hoeven daardoor niet steeds opnieuw het wiel uit te vinden. Daarnaast helpen protocollen het onderzoek naar een effectieve behandeling, en dus ook de kennis over die effectieve behandeling, vooruit. Met protocollen kunnen betere Randomized Controlled Trials worden uitgevoerd, omdat de experimentele behandeling die onderzocht wordt repliceerbaar moet zijn. Repliceerbaar betekent dat andere hulpverleners die op dezelfde wijze getraind zijn, met dezelfde cliëntenpopulatie, bij gebruik van het protocol vergelijkbare resultaten zouden moeten vinden. Protocollen helpen ook het kosteneffectiviteitsonderzoek, waarbij de effecten van een experimentele behandeling in relatie worden gezien tot de kosten. Dit onderzoek maakt het mogelijk uitspraken te doen over wat de meest kosteneffectieve behandeling voor een bepaald probleem is. In het kader van de alsmaar toenemende vraag om behandeling van kinderen met psychische klachten, de wachtlijsten voor dergelijke zorg en de stijgende kosten van de zorg, is dit een zeer belangrijk onderzoeksterrein. Recent vonden wij bijvoorbeeld dat een protocollaire behandeling met Denken + Doen = Durven, voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen met een autismespectrumstoornis, kosteneffectiever is dan TAU voor deze doelgroep (Steensel, Dirksen & Bögels, submitted). Dit betekent dat we voor minder geld meer kinderen effectief kunnen behandelen wanneer we het protocol gebruiken.

Hoe lang moet een protocollaire behandeling duren? De protocollen die in deel 2 beschreven worden, duren doorgaans tussen de acht en zestien sessies, met uitschieters naar beneden van drie face-to-facesessies met een therapeut voor het Braingame Brian-protocol voor kinderen met ADHD (maar de kinderen doen wel een groot aantal trainingssessies op de computer thuis) en drie sessies EMDR bij kinderen met een eenmalig trauma. Uitschieters naar boven betreffen de rond de dertig sessies (één jaar) bij het familietherapieprotocol voor jongeren met anorexia nervosa, de dertig tot vijfenveertig sessies bij de schematherapie voor jongeren met persoonlijkheidsstoornissen en de rond de vijftig sessies voor het ‘Slapende honden. Wakker maken!’-protocol voor een vroegkinderlijk chronisch trauma. Interessant is in dit kader het onderzoek naar de effecten van korte en lange behandelingen. In het kinder- en jeugdonderzoek naar de behandelduur komen opvallend vergelijkbare resultaten naar voren als in het volwassenenonderzoek (Anderson & Lambert, 2001; Hansen & Lambert, 2003). De effectieve behandelduur zou minimaal acht sessies moeten zijn, terwijl na twintig sessies de effecten niet meer significant groter worden. We willen hierbij opmerken dat dit kan gelden voor de meeste as I-stoornissen, maar het lijkt ons niet aan te raden de duur van de hier beschreven en zorgvuldig geëvalueerde protocollen te betwijfelen: bij bepaalde stoornissen, zoals anorexia nervosa, persoonlijkheidsstoornissen en een vroegkinderlijk chronisch trauma, is een langere behandelduur noodzakelijk en draagt deze wel degelijk bij aan de effectiviteit. Ter ondersteuning laat het ‘dose response’-onderzoek naar de relatie tussen behandelduur en behandeluitkomsten zien dat symptomen sneller verbeteren dan relationele problemen, waar bij de laatst genoemde protocollen (ook) sprake van is.

Ook laat onderzoek zien dat wanneer een behandeling niet is aangeslagen na drie tot vijf sessies (dat wil zeggen dat er geen aantoonbare verbetering is in de klachten waarvoor het

protocol was ingezet), de behandeling ook daarna niet effectief wordt (Haas, Hill, Lambert & Morrell, 2002). De eerste klap is dus een daalder waard. Deze trend wordt ook gelabeld als 'early gain' onderzoek en nodigt iedereen uit om regelmatig tussentijds te evalueren, en indien er geen aantoonbare verbetering is, ondanks het toepassen van een geïndiceerd 'erkend werkzaam' protocol, niet langer nodeloos te blijven doorbehandelen. Een langere behandeling draagt dan doorgaans niet meer veel bij aan de effectiviteit. Maar er zijn meer goede redenen om kort te behandelen. Onze zorg begint onbetaalbaar te worden, terwijl de vraag naar zorg alsmaar toeneemt. Als we korter behandelen, kunnen we meer kinderen helpen voor dezelfde prijs. Een andere belangrijke reden om kort te behandelen is dat kinderen maar weinig tijd hebben. Kinderen ontwikkelen zich snel, moeten spelen, groeien, leren, denken, sociaal zijn, sporten, knutselen... Ze hebben ook niet het geduld van volwassenen, ze willen snel resultaat zien en doorgaan met hun leven! Om hierop in te spelen hebben we in ieder protocol een paragraaf gewijd aan de evaluatie. Het is belangrijk dat hulpverleners hun behandeling objectief meten en evalueren, en zich realiseren dat zij (ja, ook zij) een roze bril dragen. Zij schatten de effectiviteit van hun behandeling hoger in dan de werkelijke effectiviteit en de risico's van de behandeling lager dan de werkelijke risico's (Margraf, 2012). Daardoor lopen zij het risico langer te behandelen dan goed is, cliënten in behandeling te houden die beter doorverwezen kunnen worden enzovoort. Protocollen helpen tegen deze roze bril, want we kunnen uitgaan van objectieve kennis over de effectiviteit van het protocol.

Implementatie van protocollen

Implementatie lijkt het nieuwe toverwoord in behandelonderzoek. We kunnen immers effectieve behandelprotocollen ontwikkelen, maar als in de praktijk hulpverleners volgens hun oude, eigen methoden blijven werken en effectievere behandelingen niet aanbieden, dan schiet het onderzoek zijn doel voorbij. Garland, Bickman en Chorpita (2010) onderzochten bij kinderen in zes klinieken in de VS met een conduct disorder en een oppositionele gedragsstoornis in hoeverre effectieve behandelingen en behandelingsstrategieën in de praktijk worden toegepast. Kinderen kregen gemiddeld 22 behandelsessies. Er bestond veel variatie in hoeveelheid en type van behandelingstechnieken, maar alle interventies werden slechts met een lage intensiteit toegepast. Sommige evidence-based strategieën werden frequent gebruikt (bijvoorbeeld affecteducatie, positieve bekrachtiging), maar andere nauwelijks (bijvoorbeeld het geven en bespreken van huiswerk, rollenspel). De onderzoekers concludeerden wat betreft de implementatie van evidence-based behandelingsstrategieën dat er sprake is van 'great, not depth'.

Dit boek, *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 2*, draagt samen met deel 1 bij aan de implementatie van in totaal 42 geëvalueerde, waarschijnlijk effectieve, werkzame of veelbelovende protocollen in de jeugdzorg en jeugdggz. De protocollen zoals hier beschreven, zijn veelal samenvattingen van de uitgebreide versies van de protocollen. De auteurs verwijzen dan naar boeken voor professionals en cliënten waarin het volledige protocol staat. Soms wordt er ook informatie gegeven over waar en hoe hulpverleners getraind kunnen worden in het gebruik van het protocol. Een waarschuwend woord is hier op zijn plaats. De effectiviteit van het protocol is aangetoond bij het gebruik van het volledige protocol door adequaat getrainde en ervaren hulpverleners. Wanneer het protocol wordt toegepast zonder het gebruik van de originele boeken en de vereiste vooropleiding en training, is het niet duidelijk of die werkwijze effectief is, omdat er dan sprake is van een verdunde versie van het protocol.

Opbouw van de hoofdstukken

De hoofdstukken in dit boek hebben allemaal dezelfde opbouw. Ieder hoofdstuk begint met een *inleiding* waarin de klacht of het probleem waarvoor het protocol wordt ingezet, wordt geschetst. Als het om een DSM-diagnose gaat, worden eventuele veranderingen in de DSM-5, die in 2013 wordt gelanceerd, geschetst voor zover deze met het ter perse gaan van dit boek bekend zijn. Na de inleiding volgt een kort overzicht van de *wetenschappelijke evidentie* voor het protocol. Zo veel mogelijk is daarbij de effect size van het protocol vermeld. Onder de kop *assessment* beschrijven de auteurs de inclusie- en exclusiecriteria. Bovendien beschrijven zij welke metingen nodig zijn om een beeld te krijgen van de klacht, en of het protocol hierbij past. Daarna volgt een beschrijving van *de rationale*, zodat aan het kind of de jongere en de eventuele ouders kan worden uitgelegd wat er tijdens de sessies zal gebeuren. Vervolgens beschrijven de verschillende auteurs *het protocol*, veelal per sessie, gevolgd door voorbeelden van oefeningen, individuele gevallen en therapeut-kinddialogen. Daarna wordt ingegaan op de *rol van de omgeving* (ouders, gezin, school) bij het uitvoeren van het protocol, en waar mogelijk wordt de rol van *het huiswerk* behandeld. Vervolgens wordt ingegaan op het evalueren van de behandeling. Door sommige auteurs wordt dit geïllustreerd met een *casus* ($N = 1$). Alle namen die gebruikt worden zijn geanonimiseerd. Bovendien is in de casussen een aantal zaken veranderd, zodat die niet meer herleidbaar zijn tot een bepaald persoon. Tot slot wordt onder het kopje *discussie* ingegaan op valkuilen, verder onderzoek dat nodig is, nieuwe toepassingen enzovoort.

We hopen dat deel 1 en deel 2 van *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten* zullen bijdragen aan een effectieve en vooral fijne manier van behandelen van kinderen en adolescenten die niet langer zal duren dan nodig is.

Susan Bögels en Caroline Braet

Literatuur

- Anderson, E.M. & Lambert, M.J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 875-888.
- Bachmann, M., Bachmann, C.J.K., Heinzl-Gutenbrunner, M., Remschmidt H. & Mattejat, F. (2010). The effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting. *World Psychiatry*, 9, 111.
- Bögels, S.M. (2009). De theorie van het interveniëren. In: S. Colijn, H. Sniijders, M. Thunissen & S.M. Bögels (red.), *Leerboek Psychotherapie* (pp. 189-191). Utrecht: De Tijdstroom.
- Braet, C. & Bögels, S.M. (2008). Kinderen met psychische klachten: Aanzet tot evidence-based werken. In: C. Braet & S.M. Bögels (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1* (pp. 9-27). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Garland, A.F., Bickman, L. & Chorpita, B.F. (2010). Change what? Identifying quality improvement targets by investigating usual mental health care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37, 15-26.
- Haas, E., Hill, R.D., Lambert, M.J. & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1157-1172.
- Hansen, N.B. & Lambert, M.J. (2003). An evaluation of the dose response-relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5, 1-12.

- Margraf, J. (2012). *Keynote at the Conference of the German network of psychotherapy research*. Hannover.
- Spielmanns, G.I., Gatlin, E.T. & McFall, J.P. (2010). The efficacy of evidence-based psychotherapies versus usual care for youths: Controlling confounds in a meta-reanalysis. *Psychotherapy Research, 20*, 234-246.
- Steensel, F.J.A., Dirksen, C.D. & Bögels, S.M. (submitted). *The cost-effectiveness of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety disorders in children with autism spectrum disorder*.
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: a meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist, 61*, 671.